

***Volviendo a pensar sobre los llamados
“ataques de pánico”***

Dra. María Adamo

Lic. Carmen Lorusso

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA

-31 de mayo 2024-

Introducción

La intención de este trabajo es poder desarrollar un poco más el tema de los llamados “ataques de pánico”, del cual nos ocupamos de manera breve en otras oportunidades (Adamo, M. y Lorusso, C.; 2009, 2024a, 2024b).

En la primera parte del trabajo abordaremos aspectos más generales, como el tema de la nomenclatura y la concepción psiquiátrica, trayendo algunas cuestiones que trascienden el tema particular de los ataques de pánico pero que, a la vez, nos parecen importantes para centrar el estudio de este trastorno.

En la segunda parte nos enfocaremos en el tema de la angustia y los ataques de angustia. Sabemos que se trata de una cuestión central dentro del psicoanálisis y sobre la que podríamos pensar que “ya está todo dicho”. Sin embargo, nos resultó interesante retomar algunos puntos centrales desarrollados por Freud y reflexionar sobre ellos a la luz de algunos aportes más recientes realizados por Luis y Gustavo Chiozza.

¿“Ataque de pánico” o directamente “ataque de angustia”?

“Es verdad que la psiquiatría debería ocuparse de las perturbaciones de las funciones anímicas, pero se sabe de qué modo y con qué propósitos lo hace. Busca las condiciones corporales de las perturbaciones anímicas, y las trata como a cualquier otro ocasionamiento patológico.”

Sigmund Freud (1926e, pág. 216)

Antes de abordar el tema del ataque de pánico en sí, queremos detenernos en su denominación. El DSM V -la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*- incluye a los ataques de pánico dentro de otros cuadros diagnósticos -principalmente los trastornos de ansiedad, pero también muchos otros- y los define como:

“La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. *Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca*
 2. *Sudoración*
 3. *Temblor o sacudidas*
 4. *Sensación de dificultad para respirar o de asfixia*
 5. *Sensación de ahogo*
 6. *Dolor o molestias en el tórax*
 7. *Náuseas o malestar abdominal*
 8. *Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo*
 9. *Escalofríos o sensación de calor*
 10. *Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)*
 11. *Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo)*
 12. *Miedo a perder el control o de “volverse loco”*
 13. *Miedo a morir”*
- (pág. 208)

Si “rastreamos” este cuadro en las versiones anteriores del manual, encontramos que en la traducción española del DSM-IV todavía aparecía la palabra “angustia”. Así, esta edición hablaba de “Crisis de angustia (panic attack)” y de “Trastorno de angustia (panic disorder)” (pág. 203) -siendo las crisis de angustia uno de los elementos diagnósticos de este cuadro-. En cambio, en el DSM V el término “panic disorder” se traduce ya directamente por “Trastorno de pánico” -que se engloba dentro de los “Trastornos de ansiedad”- y los “panic attacks” se traducen como “ataques de pánico”. De esta manera, el término “angustia” desaparece de la nomenclatura también en la versión española.

Ahora bien, si comparamos la descripción que hace Freud (1895b [1894]) sobre la “angustia automática” o “ataque de angustia” nos encontramos con un cuadro prácticamente idéntico al actualmente llamado “ataque de pánico”:

“(...) el estado de angustia (...) también puede irrumpir de pronto en la conciencia, sin ser evocado por el decurso de las representaciones, provocando un ataque de angustia. Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea, como la aniquilación de la vida, «caer fulminado por un síncope», la amenaza de volverse loco; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera (semejante al aura histérica) o, por último, se conecta con la sensación de angustia una perturbación de una o varias funciones corporales -la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular-. De esta combinación, el paciente destaca ora un factor, ora el otro: se queja de «espasmos en el corazón», «falta de aire», «oleadas de sudor», «hambre insaciable», etc., y en su exposición es frecuente que el sentimiento de angustia quede completamente relegado o se vuelva apenas reconocible como un «sentirse mal», un «malestar»” (pág. 94).

Vemos que en esta definición de Freud el afecto angustia ocupa un lugar central, a pesar de corresponder a sus primeros abordajes sobre el tema, aún muy alejados de los desarrollos que hará en las décadas posteriores, como luego veremos.

Nos preguntamos entonces cómo fue que el término “angustia” desapareció de la nomenclatura psiquiátrica y cómo podemos interpretar este fenómeno.

El término “ataque de pánico” fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Donald Klein quien, en 1962, observó que un psicofármaco -la imipramina, un antidepresivo tricíclico- disminuía las crisis de angustia de los pacientes, mientras que era ineficaz para reducir el estado de ansiedad generalizada. A partir de aquí, planteó una distinción entre lo que denominó “trastornos de pánico” -para hacer referencia a los ataques de angustia agudos-, y “trastornos de ansiedad generalizada”, para designar un estado constante de ansiedad moderada, considerándolo un trastorno completamente independiente¹.

Sin embargo, el término “ataque de pánico” recién es incorporado en el DSM en su tercera versión, publicada en el año 1980. A continuación, haremos un pequeño rodeo para referirnos al surgimiento y la evolución de este manual, porque pensamos que puede iluminar el tema.

¹ Donald Klein vinculó los ataques de pánico con los desarrollos de Bowlby sobre la teoría del apego, que subrayaban la importancia del vínculo entre el niño y ciertas figuras que son capaces de asistirlo y apoyarlo, brindándole atención, protección y consuelo. Bowlby consideraba a la angustia como una reacción ante las amenazas de pérdida y a la inseguridad en las relaciones de apego. (Avia, M.D., 1991). Estas ideas también están presentes en los desarrollos de algunos neurólogos en la actualidad, como Pankseep y Solms (Panksepp, J., 1998; Solms, M. y Turnbull, O., 2002), quienes plantean que la estimulación del sistema del pánico, también llamado sistema del dolor de separación (*separation distress*), se asocia en humanos a la aparición de ataques de pánico, así como a la emergencia de sentimientos de pérdida y tristeza que pueden manifestarse incluso como síntomas depresivos. En animales, la activación de estos circuitos neuronales ocasiona, inicialmente, la emisión de gritos o aullidos denominados “vocalizaciones de auxilio” o “llamados de separación”, así como conductas de búsqueda, que corresponden a la actitud de la cría cuando es separada repentinamente de su madre. Si continúa la estimulación, la conducta cambia, el animal se aísla y adquiere un comportamiento parecido al de hibernación, que presenta rasgos similares a los de una depresión clínica.

Tal como señala García Zabaleta² (2019 [2018]) en una revisión sobre el desarrollo y la evolución de estos manuales, *“el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (...) se ha convertido en una referencia internacional para la actividad clínica e investigadora en el área de la psiquiatría y la psicología”*, ejerciendo su influencia ya no sólo en los Estados Unidos y el resto de América, sino también en Europa e incluso Asia. Plantea que *“no sería equivocado decir que el DSM es al mismo tiempo causa y producto del pensamiento socialmente dominante en lo que a salud mental se refiere en una sociedad determinada, la occidental, en una época determinada. Y su desarrollo a través de diferentes ediciones evidencia, a la vez que impulsa, los cambios producidos en ésta a través de los años —del mismo modo que su expansión internacional es una muestra de la expansión de un pensamiento determinado a otras culturas y sociedades”* (pág. 2).

En este sentido, explica que las primeras dos versiones del DSM (publicadas en los años 1952 y 1968, respectivamente) se encontraban bastante influenciadas por los desarrollos de Freud, y los trastornos mentales se asociaban a factores ambientales y psicológicos, sin limitárselos a disfunciones orgánicas. Sin embargo, las cosas pronto van a cambiar. En efecto, *“el DSM-II constituye el final de esta etapa inicial del manual, en la que la teoría psicodinámica orientó su estructura y clasificación. Esta visión que empapa las dos primeras ediciones del manual dejó paso, en las siguientes, a una nueva orientación que aún hoy se mantiene como guía y principio rector del DSM”* (pág. 4).

Explica que en los años 60' y 70' comenzaron a aumentar las críticas a la psiquiatría, se la tildaba de “pseudocientífica” y se cuestionaba su objeto y sus métodos de tratamiento. Como destaca este autor, las compañías aseguradoras y las empresas farmacéuticas influenciaron, reforzando el enfoque “neo-kraepeliano³”, biologicista, de los trastornos mentales. También tuvieron gran repercusión las protestas de los “activistas gays”, quienes reclamaban la erradicación de la homosexualidad como trastorno mental, clasificado en el DSM-II.

“El estatus científico de la psiquiatría se encontraba cuestionado, del mismo modo que lo estaba la supremacía de sus métodos de tratamiento frente a los realizados por otros profesionales. Su incapacidad para definir una frontera clara entre los comportamientos normales y los patológicos y para demostrar la eficiencia de sus tratamientos había puesto en su contra tanto a críticos como a protagonistas poderosos del entramado psiquiátrico. La única solución parecía ser un cambio, y todos los indicios apuntaban hacia un modelo biomédico. De esta forma conseguiría burlar las críticas de quienes la tildaban de pseudociencia, al mismo tiempo que estaría en disposición de ofrecer resultados más fácilmente cuantificables” (pág. 6).

El DSM-III actuó entonces como *“un ansiolítico para la convulsionada situación a la que se enfrentaba la psiquiatría de la época”* (pág. 7) y fue un claro reflejo del cambio

² Omar García Zabaleta (1988) es un profesor vasco, doctor en Filosofía, Ciencia y Valores, quien se dedicó a investigar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Es autor de una tesis de doctorado y varios escritos que repasan la historia de sus sucesivas ediciones.

³ *“Emil Kraepelin (Neustrelitz, Alemania 1856-1926) había abogado por un enfoque somático, por fundamentar el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico en los síntomas de la enfermedad, dejando de lado las causas subyacentes, cuyo establecimiento estaba a su juicio ligado a especulaciones que serían sustituidas por correspondencias biológicas sólidas con el avance del conocimiento científico. (...) Esta corriente de pensamiento que ya había dominado Europa, resurge en Estados Unidos en la época de los '80 denominada como neo-kraepelianismo, y se erige en el enfoque constituyente del DSM hasta la actualidad”* (García Zabaleta, O. (2019 [2018]), pág. 6).

de paradigma de esta disciplina. En él se eliminó la terminología propia de la psicodinámica, incluyendo el término “neurosis”, que fue sustituido por “trastorno neurótico”, añadido entre paréntesis. García Zabaleta destaca que una consecuencia evidente fue la mayor medicalización de los pacientes con trastornos mentales: *“este cambio de enfoque potenció la investigación farmacológica y neuroquímica, lo que, al mismo tiempo, permitió a la industria farmacéutica generar todo tipo de drogas para el tratamiento de los aspectos o condiciones consideradas patológicas por el DSM”* (pág. 8).

De esta manera, *“la aparición del nuevo paradigma reflejado en el manual sirvió para acallar las críticas recibidas desde la antipsiquiatría que aludían a la incapacidad de la psiquiatría para definir los trastornos mentales de una manera objetiva. Y, además, se vieron saciados los intereses de quienes pasaron a ser uno de los actores principales del entramado psiquiátrico: las compañías farmacéuticas. Con el DSM-III se establecieron numerosas categorías de diagnóstico específicas que pasaron a convertirse en trastornos potencialmente tratables con los productos que ellas producían”* (pág. 10).

A partir de este punto de inflexión, las siguientes versiones del DSM no hicieron más que profundizar el enfoque que se había tomado en el DSM III. Así, *“el DSM-5 da por hecho que los trastornos mentales se deben a una causa biológica o disfunción y, además, iguala estos trastornos con las enfermedades médicas (...). El descenso de los umbrales de diagnóstico y la patologización de cada vez más comportamientos (...) han provocado una inflación diagnóstica difícilmente sostenible (...). Una situación ya de por sí crítica que se agrava al considerar que esa inflación lleva consigo la medicalización de un porcentaje cada vez mayor de la población”* (pág. 12).

Resumiendo, podemos ver cómo la evolución del DSM refleja una tendencia progresiva hacia una concepción cada vez más “biologicista” de las enfermedades tradicionalmente consideradas “ánimicas”. En este punto, nos parece interesante recurrir a lo que plantea Bettelheim (1982) en su libro *Freud y el alma humana*, respecto de la traducción de las obras de Freud al inglés. El autor considera que los errores en dicha traducción pueden comprenderse como un intento de distanciarse afectivamente de los contenidos que el psicoanálisis revela:

“En lugar de inculcar una profunda percepción de lo que todos nosotros tenemos de más humano, las traducciones tratan de inducir al lector a que adopte una actitud «científica» respecto al hombre y sus acciones, una comprensión «científica» del inconsciente y de cómo éste condiciona buena parte de nuestra conducta (...). El mayor defecto de las traducciones inglesas es que, al servirse de abstracciones, facilitan que el lector se distancie de lo que Freud buscaba enseñar sobre la vida interior del hombre y del propio lector. En las traducciones inglesas, el psicoanálisis se convierte en algo que se refiere y se aplica a los otros como sistema de explicaciones intelectuales (...) los conceptos psicoanalíticos se han convertido para estos estudiantes en sólo una forma de mirar a los otros desde una distancia a salvo de riesgo, es decir, en nada que tuviese algo que ver con ellos mismos (...). (págs. 19-21). “Con esta traducción incorrecta y —por lo que se refiere a nuestra respuesta emocional— desorientadora, la psicología introspectiva se convierte en psicología del comportamiento, que observa desde fuera. Tal es exactamente, por supuesto, la visión y la utilización del psicoanálisis por la mayor parte de los norteamericanos” (págs. 83-84).

Bettelheim explica que Freud sabía que emprender la tarea de conocerse más a uno mismo, entrando en contacto con el propio inconsciente, era algo que despertaría profundas dificultades, y él intentaba disminuir estas resistencias utilizando un lenguaje vivencial que llegara directamente a sus lectores y los conmoviera afectivamente. Con la traducción inglesa, en cambio, sucede justo lo contrario; así, por ejemplo, al traducir “alma” por “mente” el concepto pierde sus connotaciones afectivas y se vuelve un término intelectual y distante.

En este sentido, pensamos que no es casual que el DSM haya sido creado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), reflejando así esta misma tendencia a reducir el padecimiento anímico del ser humano a un “trastorno mental”. Creemos que las reflexiones que Bettelheim realiza respecto de la traducción al inglés de la obra freudiana también pueden aplicarse a este enfoque de la salud anímica que se desarrolla en los Estados Unidos.

Es interesante que Bettelheim también señala que para Freud la enfermedad mental era una metáfora, al igual que la concepción del psicoanálisis como tratamiento y cura de dicha enfermedad: *“Freud evocaba la imagen de la enfermedad y de su tratamiento para permitirnos comprender cómo determinadas confusiones influyen en la psique, qué las produce y cómo podemos hacerles frente. Si esta metáfora no se reconoce como tal y, por el contrario, se entiende que se refiere a hechos objetivos, renunciamos a la verdadera comprensión del inconsciente y de su funcionamiento”* (pág. 65). Entendemos que lo que quiere decir Bettelheim es que para Freud lo esencial del psicoanálisis no es la idea de “enfermedad” y “curación”, sino el conocimiento del alma humana.

El autor considera que en los Estados Unidos se ha tomado a esta metáfora de manera literal y, de este modo, se ha concebido a los trastornos anímicos como algo concreto y tangible, considerando a la principal tarea del psicoanálisis como “la cura de la enfermedad mental”: *“Se cuenta con que todo el que se someta a psicoanálisis consiga resultados tangibles —el tipo de resultados que el médico consigue para el cuerpo— en lugar de conseguir un conocimiento más profundo de sí mismo y un mayor control de su vida”* (pág. 66).

Este enfoque, mecanicista y causalista, es propio del pensamiento médico, el cual concibe a las enfermedades como producto de una determinada causa y el objetivo radica entonces en intentar “eliminar” dicha causa, “culpable” de la enfermedad: “muerto el perro, se acabó la rabia”. En este contexto, el paciente queda reducido a un espectador pasivo de la lucha encarnizada que médico y enfermedad realizan en el “campo de batalla” de su propio cuerpo (Chiozza, L., 1978m).

Chiozza, siguiendo a Freud, resalta que la medicina se ocupa de explicar *cómo* es que se origina una enfermedad, pero no logra responder la pregunta acerca de *por qué* aparece. Esta pregunta, sin embargo, es la que más le importa al paciente y de ella se ocupa el psicoanálisis. No se trata ahora de descubrir una causa, sino de comprender el sentido que una enfermedad o una alteración tiene en la vida de quien la padece.

En esta misma dirección, Weizsäcker (1928) plantea que nuestras enfermedades tienen que ver con nuestras verdades, ya que se relacionan con un conocimiento acerca de nosotros mismos que hemos perdido. La necesidad de recuperar este saber es, para el autor, más importante que la necesidad de “curar” la enfermedad, en el

sentido de hacerla desaparecer. Es más, tal como ilustra en su artículo “La historia clínica”, a veces lo que desde la medicina se considera una curación exitosa, desde nuestro punto de vista constituye una pérdida irreparable que nos aleja aún más de la posibilidad de reencontrarnos con lo que necesitamos saber.

La idea de la curación como la eliminación de la enfermedad a cualquier costo se vincula con otra idea de Weizsäcker, quien plantea que la medicina suele acercarse a la enfermedad con la actitud de “fuera con ella”, es decir con el propósito de combatirla hasta hacerla desaparecer. El autor, en cambio, propone decirle a la enfermedad: “sí, pero no así”; para él no se trata de luchar contra ella, sino de interrogarla, escucharla e intentar comprenderla. Busca aprender de la enfermedad y averiguar qué es lo que ella está expresando. Es en este sentido que Weizsäcker afirma que toda penuria y todo padecer contienen una pregunta por la verdad y que en toda ayuda podrá encontrarse una respuesta a ella, un saber que produce alivio.

Afín a estas ideas, Chiozza nos advierte que no debemos olvidar que la enfermedad es, como decía Freud (1914g), un oponente digno y que, en tanto es un intento curativo del paciente, producto de su esfuerzo, merece nuestro respeto. Nos alienta a tener sensibilidad para comprender el trabajo que el paciente invirtió en el desarrollo de su patología y a evitar la actitud “quirúrgica” de querer “cortarla por lo sano”, sin preguntarnos por la función que cumple en su vida: *“Es necesario tener en cuenta que la enfermedad es la ‘solución’ que el paciente ha encontrado y que su simple desaparición suele restablecer el problema inicial o puede incluso agravarlo”* (Chiozza, L., 1981j, pág. 46).

Chiozza (1978m) plantea que, una vez que hemos comprendido lo que una enfermedad significa en la vida del paciente, la idea de curar *“en el sentido tradicional de intentar restituir las cosas a su estado primitivo, constituye una utopía o, peor aún, ‘un sinsentido’”* (pág. 46). El psicoanalista se propone en cambio ayudar al paciente a restituir un equilibrio en un nuevo nivel que no implica volver a un estado anterior, sino haber crecido.

Así, mientras el paciente busca que lo ayudemos a encontrar, dentro del “mapa” según el cual vive la vida, un modo de sentirse mejor, nosotros comprendemos que eso que él anhela suele ser, ya, producto de un mapa “equivocado” que hace falta poner en crisis.

Vemos entonces que la concepción psicoanalítica de “curación” es diferente a la de la medicina. Sin embargo, queremos subrayar algo que destacó Chiozza durante la discusión de una mesa redonda sobre “Fantasía de curación en el tratamiento psicoanalítico”⁴. Allí señaló que actualmente, *“en el ‘mundo psi’, predominantemente, la fantasía de curación de los terapeutas es inadecuada, es decir que hay una fantasía de curación pobre, simplista, rudimentaria, demasiado planificada en términos mecanicistas -aunque se trate de cosas psicológicas o aunque se trate del carácter-, que es la desaparición del síntoma y los criterios de salud psíquica de acuerdo con la tabla de la asociación psiquiátrica”*.

Pensamos que esto que plantea Chiozza se refleja bien en el caso de los llamados “ataques de pánico”. Tal como vimos, la evolución del pensamiento predominante en el ámbito de la psiquiatría y la psicología determinó que lo que anteriormente se

⁴ Mesa redonda realizada en la Fundación Luis Chiozza el 22 de junio de 2012.

designaba como “ataques de angustia” -un término vivencial que enseguida identificamos con un estado afectivo- fuera transformado en “ataques de pánico” y “trastorno de pánico”, adquiriendo así un barniz “científico” -como dice Bettelheim- que lo presenta como una alteración biológica y que invita a su medicación, alejándose de la comprensión de su sentido en la vida de quien lo padece.

En este punto, queremos introducir brevemente algunas reflexiones de Gustavo Chiozza sobre la histeria, para vincularlas con este tema.

Gustavo Chiozza (1994b, 1995d, 1996d, 2004a, 2004e, 2011a) abordó extensamente el tema de lo psíquico y lo somático en las neurosis al estudiar los síntomas somáticos presentes en la histeria de conversión. A lo largo de una serie de trabajos, explora la cuestión de la diferencia entre los síntomas corporales presentes en la histeria y aquellos propios de las enfermedades orgánicas. A través de una minuciosa argumentación que no podemos reproducir aquí, llega a la conclusión de que ambos grupos de síntomas son en realidad dos maneras distintas de referirse a un mismo fenómeno y que la diferencia radica en el punto de vista y el marco epistemológico desde el cual abordemos su comprensión.

El autor recalca lo que plantea Chiozza acerca de que psíquico y somático pueden considerarse dos maneras de categorizar la realidad desde nuestra consciencia y sostiene que, por lo tanto, intentar diferenciar, por ejemplo, entre un acto fallido y un síntoma corporal, planteando que uno es psíquico y el otro somático, es algo innecesario e insuficiente. Enfatiza que esta forma de categorizar que tiene la consciencia es algo dinámico que depende del observador, pero que además puede modificarse en un mismo observador. Así, por ejemplo, cuando comenzamos a comprender el significado de un síntoma orgánico, empezamos a “verlo” como algo psíquico. Por eso el autor se pregunta: “¿Sería muy osado pensar que cuanto más transparente es el significado oculto tras el síntoma corporal, tanto menos ‘somático’ nos parece el síntoma?” (Chiozza, G., 1995d, pág. 16). Y, más adelante, explica que “el mismo síntoma que, a primera vista, nos parecía somático, luego de interrogar al paciente, a nosotros mismos nos parece una simulación o una histeria; y a partir de allí, nos cuesta creer que en él haya algún trastorno **verdaderamente**⁵ orgánico. Cuando creemos comprender un sentido, pensamos en lo psíquico y nos cuesta creer que lo psíquico pueda **producir** lo somático. Como se desprende de lo afirmado por Chiozza (1995o), cuando no comprendo, juzgo el fenómeno como somático; si más tarde comprendo, **cambio** mi propio juicio y lo que antes me parecía somático ahora me parece psíquico; y pienso que, por **ser** psíquico, no puede ser **verdaderamente** somático. La posibilidad de comprender un sentido en algo que aparenta no tenerlo es muy variable; varía de un momento a otro y de un observador a otro” (Chiozza, G., 2011a, pág. 32)⁶.

⁵ A lo largo del trabajo, consignaremos en negrita los términos que se encuentran destacados en las citas originales.

⁶ En esta misma línea de pensamientos, Gustavo Chiozza (2011a) plantea que, así como, siguiendo a Chiozza, no podemos aceptar la idea de que existan síntomas que sean “sólo somáticos”, carentes de significado, tampoco podemos adherir a la idea de que una fobia o una compulsión sean síntomas “sólo psíquicos”, sin manifestaciones corporales. Explica que lo que ocurre es que, en estos últimos casos, a diferencia de lo que sucede en la enfermedad orgánica, las manifestaciones corporales llegan a la consciencia plenas de sentido, como una descarga afectiva que reconocemos como tal y por eso, dado que podemos asignarles un significado, es que se nos dificulta “verlas” como algo que es, también, “físico”.

Siguiendo estas ideas, pensamos que la tendencia actual que busca tratar con medicación psicofarmacológica no sólo los síntomas psicóticos de los pacientes, sino también cuadros más propios de las neurosis, como las crisis de angustia, las fobias y los síntomas obsesivos, puede considerarse un ejemplo de cómo la capacidad de comprender un sentido puede también “involucionar”, sucumbir a la resistencia, determinando entonces que allí donde Freud “veía” una patología sin dudas anímica, actualmente se tienda a “ver” predominantemente una alteración neurológica - orgánica-, a la cual hay que tratar químicamente.

Pensamos que en este enfoque participa también una concepción casi “religiosa” de la ciencia y de la medicina, que predomina en la actualidad. Según esta concepción, esperamos que la medicina resuelva nuestro malestar evitándonos toda duda y sufrimiento. Tal como señala Gustavo Chiozza (2016): *“...inconscientemente, lo que le estamos pidiendo a la ‘Ciencia’ (...) es que nos salve. No queremos saber nada con sus dudas; no queremos escuchar de sus incertezas; no queremos enterarnos de sus dificultades para arribar a conclusiones claras. Queremos, en cambio, preceptos claros que podamos obedecer para obtener las garantías que tanto deseamos. Creo que nos cuesta mucho asumir la responsabilidad por lo que decidamos hacer de nuestra vida; aceptar que nuestra vida es un experimento único e irrepetible”* (pág. 187).

En este sentido, se comprende que sea “tentador” concebir a los ataques de angustia como un “trastorno de pánico” que la psiquiatría promete “quitarnos” a través de un psicofármaco, sin que sea necesario que nosotros nos involucremos ni que tengamos que cambiar. De este modo, no sólo los terapeutas, sino también los pacientes colaboran para que este enfoque se instale y se vuelva predominante.

A partir de lo que hemos dicho hasta aquí, consideramos que es conveniente dejar de lado la denominación “ataque de pánico” y volver a llamar a estas crisis “ataques de angustia”. Creemos que no se trata sólo de una cuestión de nomenclatura, sino que, como vimos, la expresión “ataque de pánico” conlleva y promueve una mayor represión y resistencia frente al abordaje del drama anímico que sostiene a este síntoma.

En lo que sigue del trabajo, abordaremos algunos aspectos de la angustia y de los ataques de angustia que nos parecen centrales para poder comprender mejor el tema.

Breve resumen de los trabajos anteriores

Al ocuparnos del tema de los “ataques de pánico” -que, como dijimos, ahora preferimos llamar directamente “ataques de angustia”- en ocasiones anteriores (Adamo, M. y Lorusso, C., 2009, 2024a, 2024b), siguiendo la relación que establece Freud entre la angustia y el trauma del nacimiento, vinculamos la emergencia de estas crisis con la vivencia de ruptura de un vínculo con un objeto con el que se experimenta una intensa dependencia y de quien se espera cuidado, protección y asistencia. Planteamos que este tipo de vínculo le permite al sujeto negar su sensación de debilidad y sostener una ilusión de omnipotencia que se rompe cuando el vínculo se pierde. En lugar de que esta sensación de debilidad surja en la consciencia, aparece el ataque de angustia, que suele experimentarse como algo que irrumpe “desde afuera”, sin tener relación alguna con la vida de la persona.

Además, planteamos que estas crisis expresarían también la intención inconsciente del sujeto de “llamar” al objeto y reclamarle que regrese y lo proteja frente a un mundo que experimenta como incierto y demasiado exigente. Vinculamos esta fantasía con la vivencia contratransferencial, habitual frente a un paciente que sufre ataques de angustia, de tener que “hacer algo” para calmarlo o para evitar que se presente una crisis.

En esta dirección, planteamos que el tratamiento farmacológico de estos ataques, así como las interpretaciones “tranquilizantes”, que buscan calmar al paciente, constituyen un fallido intento de preservar la ilusión de seguridad perdida. Y consideramos que, en cambio, un mejor camino para elaborar este conflicto sería el que ayuda al paciente a ir asumiendo la indelegable responsabilidad que tiene frente a su vida, enfrentando el “peligro” y atravesando la situación de angustia mediante un progreso -que implica materialización y duelo-.

A partir de comentarios recibidos en ocasión de la presentación de los trabajos anteriores, continuamos elaborando el tema y pudimos comprender que los ataques de angustia no dependen, en esencia, de la ruptura del vínculo de dependencia, sino de algo más primario⁷, algo que esta ruptura, en todo caso, pone en evidencia⁸: el encuentro con un estímulo que el sujeto siente que no puede procesar y que experimenta como una amenaza de aniquilación -como imaginamos que, otrora, se sintiera el bebé al tener que atravesar el canal de parto-. En este sentido, el peligro ante la pérdida del objeto de la asistencia encubriría un peligro más primario, que es el de tener que lidiar con la dificultad por los propios medios.

⁷ Agradecemos al Dr. Gustavo Chiozza, quien nos ayudó a comprender este punto.

⁸ Pensamos que esto también puede suceder de manera “directa”, sin que sea necesaria la pérdida de objeto, así como le ocurría a las pacientes histéricas de Freud cuando se encontraban con una excitación sexual que no podían tramitar y que les desencadenaba ataques de angustia. Por ejemplo, en el caso Katharina, el autor escribe: “*Harto a menudo había discernido la angustia en muchachas jóvenes como una consecuencia del horror que invade a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez*” (Freud, S. y Breuer, J., 1895d, pág. 142).

El concepto de angustia en Freud

Sabemos que la angustia es central en el pensamiento freudiano y que el autor se ocupó de este tema a lo largo de toda su obra, pasando por diferentes enfoques teóricos. En esta ocasión, no pretendemos hacer un análisis exhaustivo de sus desarrollos sobre la angustia, sino que nos centraremos en algunos puntos que nos parecen esenciales.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud (1926d [1925]) postula que hay tres factores relevantes que contribuyen a la formación de la neurosis: el biológico, el filogenético y el psicológico⁹. Nos interesa ahora remarcar, en especial, el factor biológico, que tiene que ver con el nacimiento “prematureo” de la criatura humana, un hecho poblado de consecuencias. El autor considera que, al nacer de un modo más inacabado que el resto de los animales, el infante humano se siente vulnerable hacia los peligros del mundo exterior y que esto *“incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce las primeras situaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de que el hombre no se libraré más”* (pág. 145). En otras palabras, el prolongado desvalimiento y su consecuente dependencia en lo que respecta a la supervivencia constituye el factor biológico que, según Freud, contribuye al surgimiento de la neurosis.

Freud describe la circunstancia en la que el sujeto se siente desvalido frente a una situación que considera peligrosa y para la cual no se siente en condiciones de responder. Explica que, en esa situación, la angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento y que esto configura un trauma. Considera que, más tarde, la angustia será reproducida, a pequeña cantidad, como una señal para el propio yo frente a la amenaza de una nueva situación traumática. Llamará entonces “angustia señal” a este distintivo que necesita el yo para emprender el proceso defensivo, evitando así el peligro.

El autor sostiene que en la angustia se reproduce el acto del nacimiento, ya que es la vivencia que reunió las condiciones de un enorme incremento de estímulos y de sensaciones displacenteras, producto de la repentina interrupción del aporte de sangre materna, generando un clima tóxico: *“Así, es probable que en el curso del nacimiento la inervación dirigida a los órganos de la respiración preparara la actividad de los pulmones, y la aceleración del ritmo cardíaco previniera el envenenamiento de la sangre”* (Ibíd, pág. 127). De esta manera, el displacer de la angustia recibió su carácter específico. La palabra “angustia”, que remite a “angostamiento”, destaca la cualidad de falta de aliento que la caracteriza.

Así, para Freud, la angustia es un afecto que se generó en la filogenia como reacción frente a un estado de peligro y, en lo sucesivo, se la reproducirá regularmente cuando un estado semejante vuelva a presentarse.

⁹ Freud relaciona el factor filogenético con el desarrollo de la sexualidad humana en dos tiempos. Sostiene que el contacto temprano con las “exigencias” de la sexualidad es vivido como peligro por el yo, de un modo similar a como se vivenció el prematuro contacto con el mundo exterior. Con respecto al factor psicológico, señala la “imperfección del aparato anímico”, relacionada a la diferenciación ello-yo frente al influjo de la realidad. Describe el padecimiento neurótico como el resultado de la defensa del yo frente a los peligros pulsionales y del mundo exterior.

Freud se pregunta qué es, en última instancia, un “peligro”. Considera que en el acto del nacimiento existe un peligro objetivo para la conservación de la vida. Explica que grandes sumas de excitación irrumpen en el sujeto, produciendo novedosas sensaciones de displacer. Las posteriores situaciones de insatisfacción, en que las magnitudes de estímulo alcanzan un nivel displacentero sin que se las pueda tramitar, establecen para el lactante la analogía con la vivencia del nacimiento, la repetición de la situación de peligro. Lo común a ambas situaciones es la perturbación económica por el incremento de las magnitudes de estímulo en espera de tramitación. El autor concluye entonces que es este el factor que constituye el núcleo genuino del “peligro”.

Freud sostiene que, posteriormente, el bebé tiene la experiencia de que el objeto, con su asistencia, puede satisfacer sus necesidades, poniendo término a la situación peligrosa. Por lo tanto, el contenido del peligro se desplaza de la condición económica -los volúmenes de excitación que no se pueden tramitar- a la ausencia de la madre o su sustituto. El niño añora entonces la percepción de la madre porque ya sabe, por experiencia, que ella es capaz de satisfacer sus necesidades. Podríamos decir entonces que del pensamiento freudiano se desprende la idea de que la angustia por la separación de la madre encubre la angustia por la imposibilidad de satisfacer sus necesidades por sus propios medios. Así, vemos que la verdadera situación que el niño valora como “peligro” y de la cual quiere resguardarse es la de la insatisfacción - el aumento de la tensión de necesidad-, frente a la cual se siente desvalido e indefenso, es decir, impotente. Comprendemos así que, para Freud, la angustia surge siempre frente a lo que se siente como un peligro, y el peligro, en última instancia, consiste en que el yo no logre procesar la excitación y que eso resulte destructivo.

Freud (1933a [1932]) considera que a cada edad del desarrollo le corresponde una determinada condición de angustia, asociada a un peligro específico: *“El peligro del desvalimiento psíquico conviene al estadio de la temprana inmadurez del yo; el peligro de la pérdida de objeto (de amor), a la heteronomía de la primera infancia; el peligro de la castración, a la fase fálica; y, por último, la angustia ante el superyó, (...) al período de latencia”* (pág. 81-82). Podríamos pensar que, en última instancia, son todas versiones de lo mismo. El cambio en el vínculo con un objeto significativo, la separación o la pérdida, conduce al sujeto a perder la esperanza puesta en la asistencia de ese objeto para poder satisfacer sus deseos. Así, al perderse la omnipotencia ilusoria, surge nuevamente el desvalimiento.

En este sentido, Freud (1926d [1925]) considera que tanto niños como adultos se angustiarían cuando sienten que el estímulo supera su capacidad para tramitarlo. Piensa que, de manera ideal, podría suponerse que, a medida que el yo se va fortaleciendo, las antiguas condiciones de angustia deberían ser desestimadas, pero confiesa que esto nunca se logra por completo. Plantea que el neurótico, a diferencia del hombre normal, vivencia los peligros de una manera exagerada y se comporta como un niño que, librado a sí mismo, se siente constantemente expuesto a situaciones traumáticas que le resultan inmanejables.

En síntesis, vemos que de los desarrollos de Freud se desprende la idea de que la angustia es un afecto primario y fundamental, que deriva de la consciencia de la propia debilidad y que se encuentra en la base de las neurosis¹⁰.

¹⁰ Recordemos que, según el autor, todo síntoma neurótico -como, por ejemplo, las evitaciones fóbicas y los rituales obsesivos- procura evitar la emergencia de la angustia.

La “castración”, la “mutilación del yo” y la “primera falta”

En *Las cosas de la vida*, Chiozza (2005a) aborda el tema de la angustia y vincula este afecto con la vivencia de estar “desperdiciando la vida”: *“El sentimiento crónico de desperdiciar la vida nos hace sentir frecuentemente en un callejón sin salida y, cuando nos produce angustia, es obvio que esta angustia no es entonces la causa de ese sentimiento, sino su consecuencia. Cuando nos sentimos en un callejón sin salida, es natural pensar que se reaviven en nosotros las antiguas experiencias (perinatales) que vivimos en el momento de nacer y que entonces reaccionemos, frente a esta ‘reconocida’ situación de callejón sin salida, con la figura ‘corporal’ de las sensaciones que llamamos ‘angustia’”* (pág. 195). Destaca que una característica de este afecto es la sensación de temor frente a algo que se ignora qué es y cuál es el peligro que implica. Además, el sujeto siente que aquello que teme no se ha producido todavía -o no se ha completado hasta su peor condición- y que podría evitarlo si pudiera o supiera hacer algo eficaz. Es decir, siente que evitar el daño depende de él, pero que no sabe qué es lo que tiene que hacer para lograrlo. Siguiendo a Freud, Chiozza sostiene que la angustia se experimenta remedando el pasaje por el canal de parto, como una sensación de angostura, de tener que pasar por un estrecho brete sin saber qué sucederá: *“en situaciones en las cuales la vida nos enfrenta con una sensación de amenaza y con la ignorancia de lo que nos espera, se reactivarán entonces en nosotros las sensaciones ‘corporales’ que hemos experimentado al nacer y acerca de las cuales conservamos una ‘huella’”* (pág. 194).

Como vimos, para Freud la vivencia de peligro remite, en última instancia, a la sensación de estar enfrentados a un estímulo cuya intensidad nos supera y amenaza con nuestra aniquilación. En este sentido, Chiozza destaca que Freud considera que el miedo a la muerte no puede existir como tal, porque la muerte es algo que no nos sucedió y de lo que, por lo tanto, carecemos de representaciones. Explica que *“sólo podemos temer algo semejante a lo que una vez ya nos hizo sufrir, y que lo que tememos, conocido y reprimido, es un sufrimiento actual que adquiere la forma consciente de un temor a lo desconocido”* (Ibíd., pág. 139). Agrega que, para Freud, el pretendido temor a la muerte encubre el temor a un daño que nos produciría un sufrimiento, un incremento de la sensación de displacer, y considera que el paradigma de este daño se representa, en lo inconsciente, por la mutilación del pene que Freud denomina “castración”.

Chiozza lleva el concepto de “castración” a un plano más general y lo relaciona con una vivencia que denomina “mutilación del yo”. Para ilustrar y caracterizar esta vivencia, el autor recurre a representaciones de la vida del bebé. Siguiendo a Freud, explica que el lactante tiende a considerar ajeno todo lo que le produce displacer y propio todo lo que le produce placer. De esta manera, construye la idea defensiva de un “yo” omnipotente: *“Cuando en nuestra más tierna infancia, pensando como un primitivo, incluíamos en nuestro self todo aquello que nos daba placer, poniendo allí, en lo que considerábamos ‘yo’, una parte que un observador hubiera dicho que pertenecía al mundo o al yo de algún otro, progresábamos en un camino que ineludiblemente conduciría a una crisis”* (Ibíd., pág. 142). En efecto, señala el autor, “un buen día” -que experimenta como muy malo- el bebé se da cuenta de que no puede dominar todo aquello que le da placer; por ejemplo, siente que el pecho de la madre -que considera suyo- se comporta como si estuviera regido por la voluntad de otro. Chiozza explica que esta crisis, vinculada a los límites que separan la propia potencia de la impotencia, es experimentada como *“el sentimiento de un enorme daño,*

de un episodio tan funesto y horrible como ser devorado, que [mutila] drásticamente el tamaño de nuestro querido yo” (Ibíd, 142-143). Considera que esta vivencia es fundante y “dado que se experimenta como una injuria, como una herida, como una verdadera mutilación que nos arranca algo que sentimos como una parte de nuestro propio ‘yo’, es también el origen del sentimiento que el psicoanálisis denomina, quizás inadecuadamente, ‘castración’” (Chiozza, L., 2010, pág. 95).

Chiozza (2005a) concluye entonces que detrás del temor a la muerte se oculta un sufrimiento actual, nacido de esta vivencia dolorosa de descubrir que nuestro yo no es todo lo omnipotente que antes queríamos creer: *“No parece muy aventurado suponer que la idea insoportable de que nuestro yo desaparezca es la forma en que representamos un dolor actual, una injuria a nuestro egocentrismo, que evoca el dolor de aquella otra injuria primitiva que fue experimentada como un enorme daño que empequeñecía, mutilándolo, a nuestro yo idolatrado”* (pág. 143).

Más adelante, Chiozza (2010) aludirá a esta vivencia fundante con la expresión “primera falta”, apelando a las dos acepciones del término “falta”, que alude tanto a la idea de carencia -lo que nos “falta” para sentirnos completos-, como a la idea de culpa -sentimiento de estar “en falta” por no lograr concretar nuestro ideal-.

Si volvemos ahora sobre la angustia, podemos pensar que, en última instancia, este afecto surge frente al peligro de encontrarnos con que algo “nos falta”; se trata de una falta que nos empeñamos en negar y cuya presencia nos obliga a asumir los límites de nuestro “yo”.

A continuación, haremos referencia al modelo del aparato psíquico que plantea Gustavo Chiozza en su trabajo “La debilidad del yo como principio de la teoría psicoanalítica” (2013b), para ver cómo podemos entender la angustia dentro de ese esquema.

La debilidad del yo como principio explicativo

En este trabajo, el autor busca iniciar un camino que se propone fusionar, en una única teoría, la metapsicología freudiana con el modelo metapsicológico implícito en la obra de Luis Chiozza (Chiozza, G., 1998c), con la intención de lograr una teoría más simple. Para ello, parte de un primer paso, que consiste en situar el fundamento de la teoría metapsicológica en un único principio explicativo: la debilidad del yo. Destaca que este principio se encuentra implícito en los desarrollos de Freud y que Chiozza se ha ocupado de subrayarlo. Mientras la metapsicología freudiana concibe al psiquismo en términos de la física -centrándose en una tónica, una dinámica y una economía-, Gustavo Chiozza subraya que, en última instancia, la cantidad es siempre importante *para alguien*, para un sujeto para quien dicha cantidad significa displacer –un acto de consciencia-. Por este motivo, sugiere introducir de entrada al sujeto en la teoría –en lugar de hablar de un aparato psíquico- y plantear, como principio fundamental: “*Al principio el yo es débil*” (Chiozza, G., 2013b, pág. 10).

Este principio explicativo es, también, el principio de una historia y configura un “hipotético instante primitivo” en el cual “todo comienza”. El yo, entonces, es concebido aquí como un sujeto, un sujeto que desea llevar adelante propósitos.

Los otros elementos básicos de este principio teórico son el estímulo y la debilidad del yo. El estímulo, explica el autor, siguiendo los desarrollos de Chiozza (1970a), representa una perturbación que el yo necesita resolver, para lo cual debe llevar a cabo una acción específica. Si lo logra, crece, aprende y se fortalece. Mientras no lo logra, experimenta displacer. En este planteo teórico nos encontramos con que al principio el yo no puede lidiar con el estímulo: “*De modo que el yo, al principio, es impotente y por lo tanto está en falta. El resultado de esta falta es una insatisfacción a la que podemos dar distintos nombres: displacer, dolor, daño, impotencia, castración... En síntesis, «al principio el yo es débil» significa para nosotros, «al principio, la insatisfacción». O también, «al principio, la falta», dando así una ubicación precisa, en la teoría, al concepto de primera falta desarrollado por Chiozza (2010)*” (Chiozza, G., 2013b, pág. 14).

El autor explica que el estímulo perturbador da origen a la vida anímica. Lo que diferencia a un ser vivo de la materia inorgánica es, precisamente, la sensación de displacer y de tener que resolver algo que lo perturba: “*La vida anímica sucede en la dificultad, con la consciencia enfocada en lo que falta*” (Ibíd., pág. 18).

En un trabajo posterior, Gustavo Chiozza (2019b) vincula al yo inicial desvalido con el concepto de Freud (1915c) de “yo-realidad inicial”, coincidiendo con este autor en que existiría un primer sentimiento de sí que es displacentero, donde el sujeto se siente débil para lidiar con los estímulos, siente que algo le falta para lograr por sí mismo la satisfacción real que necesita. Considera que “*este sentimiento de falta es el más primitivo que cabe concebir*” (Chiozza, G., 2019b, pág. 9). En concordancia con Freud, plantea que, gracias a la existencia del cuidado y la protección brindadas por el objeto, este sentimiento de sí inicial es negado maníacamente y reemplazado por una nueva versión, “purificada” de todo displacer. Se constituye así el “yo-placer purificado” donde “*el sujeto se alucina grandioso y omnipotente*” (Ibíd.).

El autor explica que esta situación, como toda defensa maníaca, no se sostiene mucho tiempo; tarde o temprano la realidad la desmiente. Sin embargo, el sujeto, en lugar de

hacer el duelo por esa imagen de omnipotencia, la conserva dentro suyo bajo la forma del “ideal del yo” que es proyectado sobre el objeto auxiliador, proveedor de la satisfacción. Señala que, a partir de aquí, el sujeto siente que lo que le falta no depende de lo que le falta *hacer*, sino de lo que le falta *recibir* -del objeto ideal-. De esta manera, se produce un cambio de dirección en la búsqueda de la satisfacción: en lugar de procurar satisfacerse de manera directa, actuando sobre la realidad, el sujeto buscará hacerlo de manera *indirecta*, actuando sobre el objeto sobre el cual ha proyectado el ideal. Así, el autor concluye que el sentimiento de desvalimiento determina la “necesidad de amor del neurótico”.

Si retomamos ahora el tema de la angustia en el contexto de este modelo, podemos pensar que este sentimiento surgiría junto con la vivencia originaria de debilidad, así como cada vez que, posteriormente, aparezca el peligro de tener que “reencontrarnos” con dicha vivencia. Como vimos, desde la neurosis, solemos experimentar el hecho de vernos confrontados con los límites de nuestra potencia como un daño irreversible, como una mutilación o una “castración”.

Para poder avanzar, necesitamos “ver lo que falta”

“Solo lo muerto no está en peligro. Vitalidad, por el contrario, es siempre periculosidad.”

José Ortega y Gasset (1917, pág. 16)

En su trabajo “Algunas reflexiones sobre la dificultad”, Gustavo Chiozza (2016a) subraya dos importantes diferencias entre los conceptos de “falta” y “castración”. Explica que la castración, a diferencia del concepto de “falta”, implica la idea de una mutilación que se experimenta como definitiva: *“en la fantasía de castración, lo que falta, falta irremediablemente; es decir falta ahora y faltará siempre”*; esto, dice el autor, dota a esta fantasía de un carácter intolerable. Además, señala, *“el segundo matiz, derivado del primero y como una defensa frente a él, involucra al objeto de la asistencia ajena: lo que falta, falta porque no ha sido dado (...) y falta porque el objeto ideal es malo, severo y cruel”* (pág. 21).

Así, explica el autor, el “yo infantil” experimenta la falta con el sentido de una castración y vive la dificultad como condena, injusticia y desamor. Siente que resolver la dificultad es imposible para él, porque imagina que sólo podría resolverla con una potencia ideal -el falo- de la que carece. Mientras que, para el “yo adulto”, la falta guía las acciones que podrían subsanarla, *“para el ‘yo infantil’, la castración no es subsanable. Por lo tanto, la castración no guía las acciones, sino las demandas, las quejas y el llanto; la castración pide a gritos la presencia del objeto ideal ya que solo él puede resolver la dificultad. Para el ‘yo adulto’, en cambio, lo que falta es solamente lo que falta conseguir. De modo que la dificultad es el estímulo que indica el «norte» de la acción”* (pág. 21).

En este sentido, en una ocasión reciente¹¹, Gustavo Chiozza hizo algunas reflexiones sobre el afecto “miedo” que nos parece posible extender a la angustia¹². Planteó que todo miedo es, en definitiva, miedo a la castración: *“pero no la castración en el sentido del pene, sino en el sentido de la falta, de la mutilación, de la debilidad, del ‘no voy a poder y no voy a poder aguantar el no poder’; ‘va a suceder una cosa horrible y yo voy a tener que vivir con esa cosa horrible o en esa cosa horrible y esto no lo voy a poder aguantar”*.

También distinguió entre el miedo y la noción de peligro: *“El miedo no favorece a enfrentar el peligro y tampoco favorece a evitar el peligro. El miedo es una reacción completamente inadecuada que dificulta la justipreciación del peligro real y de las acciones que hay que hacer para evitarlo o para sortearlo. Si uno tiene que caminar por una cornisa, el miedo no te ayuda a caminar por la cornisa, lo que te ayuda es estar consciente de que es una cornisa. Entonces, en la medida en que el miedo tiene que ver con esta situación de castración y de mutilación, y esta castración otra vez*

¹¹ Comentario realizado durante la discusión del trabajo “El miedo en la infancia”, presentado por la Lic. Aizenberg en la Fundación Luis Chiozza el 25 de noviembre de 2022.

¹² Entendemos que se trata de afectos diferentes, pero íntimamente relacionados. Freud (1916-17 [1915-1917]) destaca que la angustia (*Angst*) carece de un objeto determinado, mientras que el miedo (*Furcht*) *“dirige la atención justamente al objeto”* (pág. 360). Considera que, en cambio, el terror (*Schreck*) se produce ante un peligro que no fue anticipado por el apronte angustiado, de manera que *“el hombre se protege del horror mediante la angustia”* (Ibíd.). Por otro lado, Chiozza (2001) relaciona el miedo con la angustia cuando expresa que *“el trauma del estar naciendo genera esa forma indeterminada del miedo que llamamos angustia”* (pág. 16) y que *“encontramos en la angustia un equivalente del miedo a lo desconocido por venir”* (pág. 19).

tiene que ver con el tema de la omnipotencia, parece coherente que todo miedo sea neurótico. Y yo creo que todos los miedos son distintas formas de experimentar lo mismo”.

En otra ocasión reciente¹³ el autor destacó que es llamativo que los psicoanalistas utilicemos la expresión “aceptar la castración” para aludir a la idea de “aceptar que toda potencia tiene un límite”. Explicó que esto implica un malentendido que busca sostener la fantasía optativa de que “alguien nos ha dañado”, de que la vida es injusta y de que, por lo tanto, también existe un objeto omnipotente a quien podemos reclamarle aquello que nos falta.

Todo esto, explica, contribuye a que veamos a la falta y a la dificultad como algo negativo y dañino, algo que intentamos “esquivar” o de lo que procuramos mantenernos alejados. Sin embargo, aclara el autor, paradójicamente, el placer que buscamos se encuentra “detrás” de la dificultad, es decir que sólo lo conseguiremos una vez que hayamos podido superarla. En este sentido, plantea que la dificultad es nuestro “mejor aliado”, porque ella nos indica lo que nos está faltando y, por lo tanto, nos muestra dónde está el placer que buscamos, hacia dónde debemos encaminarnos para encontrarlo. Pero, para ello, tenemos que ser capaces de “ir hacia” la dificultad, de enfrentarla, en lugar de huir de ella. Si logramos superar los obstáculos, nos sentimos más fuertes. Si no logramos hacerlo, pero podemos tolerar lo que nos falta, aguantar lo que no podemos, ya recuperamos algo de autoestima: *“sentimos que lo que no pudimos superar, al menos lo podemos soportar”* (Chiozza, G., 2014d, pág. 2). Tal como señala el autor, hacer el duelo por la capacidad que aún no poseemos es también una forma de materializar un yo más fuerte.

De manera que, para poder progresar, tenemos que estar dispuestos a arriesgarnos a pasar por la vivencia de que con lo que podemos no basta y que necesitamos mejorar. Para poder hacernos más fuertes, primero necesitamos aceptar nuestros defectos y nuestra debilidad, atrevernos a “ver lo que falta”. Sólo así podremos aprender lo que aún no sabemos, capacitarnos, fortalecernos, hacernos mejores.

En este punto, nos parece interesante recordar lo que plantea Ortega y Gasset (1934) respecto del peligro. El autor estudia la etimología de este término y explica que el vocablo “experiencia” deriva de la idea de “haber pasado peligros” y que es por este camino que alguien se transforma en un “perito”, en un “experto”. No concibe al peligro como algo necesariamente negativo, sino que considera que también puede ser algo benéfico: *“Para salir de la duda hay que probarlo, ensayarlo, tantearlo, experimentarlo. Esto -prueba, ensayo- es lo que significó primero el vocablo latino periculum, de donde viene por disimilación nuestro peligro”.*

Podemos concluir entonces que estar vivos implica enfrentarnos con obstáculos, atravesar dificultades y peligros. En este sentido, Gustavo Chiozza destaca que el placer se obtiene cuando se satisfacen los deseos en la realidad, pero que tener deseos implica, precisamente, que algo falte. Por eso, agrega, vivir sin que nada nos falte, vivir sin dificultades, sería equivalente a vivir sin deseos; sería como estar muertos en vida.

¹³ Comentario realizado durante la discusión del trabajo “Algunas reflexiones en torno al fenómeno denominado ‘bullying’”, presentado por la Lic. Sofía García Belmonte y la Dra. María Adamo en la Fundación Luis Chiozza el 8 de octubre de 2023.

La palabra latina “angustia”, empleada en plural, designa los desfiladeros -si estamos en tierra- y los estrechos o pasos difíciles por su angostura -si estamos en el mar-. Deriva del adjetivo *angustus*, que significa “estrecho”. En la antigüedad, los desfiladeros estrechos se atravesaban en fila, lo cual implicaba que las personas se vieran presionadas entre paredes o zonas apremiantes que tácticamente les impedían agruparse, y ello conllevaba riesgo de ser atacadas desde arriba y verse indefensas ante potenciales agresores. Es por eso que, en el lenguaje militar, atravesar un desfiladero -*angustiae*- era sinónimo de apremio, apuro, agobio, dificultad¹⁴ (Etimologías de Chile). De esta manera, el lenguaje vincula la vivencia de angustia con la experiencia de atravesar una situación difícil.

Chiozza, en *Las cosas de la vida*, sostiene que lo que dice Almafuerte cuando escribe que, si estamos encerrados en una celda, debemos buscar las rendijas y no las llaves, *“resume de una manera muy lograda lo esencial del malentendido perjudicial en el cual solemos incurrir cuando nos encontramos en el callejón sin salida que configura la angustia e insistimos tercamente ‘en una sola dirección’”* (pág. 207). Entendemos que esta dirección en la que “tercamente insistimos” sería la dirección de pretender sostener una omnipotencia que en el fondo sabemos que no tenemos. Chiozza agrega que el tratamiento de la angustia con medicamentos tampoco nos ayuda, porque, aunque logremos disminuir o hacer desaparecer la angustia, no logramos resolver la crisis que la motiva y que muchas veces puede arruinar nuestra vida. Y luego agrega: *“cuando, en cambio, enfrentamos la angustia procurando tolerar la penuria, comprobamos que nunca se mantiene durante muchas horas, y que a veces se produce una variación en el panorama que representa nuestro drama. Cuando miramos ‘para atrás’, podemos ver que, aunque a veces ocurren cosas peores, aquello que tememos casi nunca ocurre. La vida tiene más de un camino, y buscar las rendijas es tratar de encontrarlos. No solemos encontrar, por supuesto, las soluciones mágicas que nos van a complacer completamente, pero la existencia de soluciones diferentes, surgidas de la aceptación de nuestros límites y de un proceso de duelo, logrará desviarnos del ‘callejón sin salida’”* (Ibid.).

Podemos concluir entonces que lo habitual es que la angustia -sobre todo cuando se despliega a plena cantidad, llegando a constituir lo que llamamos un “ataque de angustia”-, nos conduzca en dirección opuesta al crecimiento, porque nos impide enfrentarnos adecuadamente con el peligro, con la dificultad y con la vivencia de falta. Así, por ejemplo, cuando se despliega en forma de crisis aguda, este afecto opera de manera regresiva, paralizándonos, llevándonos a refugiarnos en algún objeto de quien esperamos que resuelva por nosotros lo que no nos atrevemos a enfrentar.

Sin embargo, nos preguntamos: ¿es posible que la angustia pueda llegar a cumplir una función positiva? Al fin y al cabo, aquello que nos despierta angustia es también aquello que necesitamos enfrentar, en este sentido, ¿podría la angustia -cuando logramos tolerarla- indicarnos hacia dónde encaminarnos, mostrarnos cuál es el próximo “atolladero” peligroso que necesitamos animarnos a atravesar para lograr progresar y darle sentido a nuestra vida, duelo y materialización mediante?

Pensamos que, mientras el abordaje psiquiátrico intenta ayudar al paciente a “huir” de la angustia y evitarla, el tratamiento psicoanalítico, al revés, procura acompañarlo hacia el encuentro con este afecto y con lo que se oculta tras él.

¹⁴ Además, en el lenguaje médico *angustiae* se aplica a las fauces y a la garganta, por la estrechez que supone. De allí también el término *angina*, que en origen es “opresión” y designa la sensación dolorosa de estrechez en el pecho o en las vías respiratorias altas o la garganta (Etim. De Chile).

Síntesis

- Subrayamos la concordancia del cuadro que Freud describe como “ataque de angustia” y el trastorno actualmente denominado por la psiquiatría “ataque de pánico”. Planteamos que, a nuestro parecer, el cambio de nomenclatura refleja una actitud resistencial que busca ocultar el significado anímico de esta afección y tratarla como un fenómeno “somático” carente de sentido. Por este motivo, nos parece importante volver a llamar a estas crisis “ataques de angustia”.
- Luego de continuar elaborando el tema a partir de las discusiones de trabajos anteriores, nos convence pensar que, en su esencia, las crisis de angustia surgen frente a la sensación de tener que asumir los límites de la propia potencia ante un estímulo que supera al yo. Entendemos que esto puede darse de manera primaria, o bien de manera secundaria, como resultado de la ruptura de un vínculo con un objeto por el cual la persona se sentía cuidada y protegida.
- En este sentido, destacamos que, para Freud, la cuestión esencial que caracteriza a la vivencia de peligro que despierta angustia es la existencia de un estímulo que supera la capacidad del sujeto para tramitarlo y que, por lo tanto, se experimenta como destructivo. El autor también plantea que, posteriormente, esto se sustituye por el temor a la pérdida del objeto protector, porque éste es quien, según la experiencia del niño, es capaz de tramitar el estímulo peligroso.
- Chiozza, por su lado, plantea que el temor a la muerte, así como la angustia de castración, encubren lo que él denomina “vivencia de mutilación yoica” -concepto que posteriormente reformulará bajo la expresión “primera falta”-: la vivencia dolorosa de descubrir que no dominamos todo lo que nos da placer y que, al revés, no podemos sustraernos a todo displacer; es decir, que no somos omnipotentes.
- Pensamos que, dentro del modelo del aparato psíquico planteado por Gustavo Chiozza, la angustia surgiría en el momento primero de debilidad, cuando el sujeto siente que no puede lidiar con los estímulos, así como cada vez que, luego, aparezca el peligro de tener que “reencontrarse” con dicha vivencia.
- Retomamos lo que señala Gustavo Chiozza respecto del malentendido entre la idea de aceptar los límites de la propia potencia y el concepto de castración como un daño absoluto e irreversible, así como el malentendido de considerar a la falta y a la dificultad como algo negativo, cuando en ellas se encuentra la esencia de la vida. En este sentido, destacamos la relación entre la angustia y la vivencia de peligro y de tener que enfrentar una situación difícil.
- Por último, nos preguntamos si es posible que la angustia pueda llegar a cumplir una función positiva; sí, cuando logramos tolerarla, ella podría indicarnos hacia dónde encaminarnos, cuál es la próxima dificultad que necesitamos enfrentar. En este sentido, pensamos que, mientras el abordaje psiquiátrico intenta ayudar al paciente a “huir” de la angustia y evitarla, el tratamiento psicoanalítico, al revés, procura acompañarlo hacia el encuentro con este afecto y con lo que se oculta tras él.

BIBLIOGRAFÍA

AVIA, María Dolores (1991)

“El fenómeno del pánico: modelos conceptuales e implicaciones para el tratamiento”, *Clínica y Salud*, Año 2, Volumen 2, Número 2, en journals.copmadrid.org, 1991.

BETTELHEIM, Bruno (1982)

Freud y el alma humana, Editorial Crítica (Grupo Editorial Grijalbo), Barcelona, 1982.

CHIOZZA, Gustavo (1996d)

“Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Gustavo (1998c)

“Consideraciones sobre una ‘metapsicología’ en la obra de Chiozza”, en L. Chiozza, *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

CHIOZZA, Gustavo (2016)

¿Por qué la gente fuma?: Un reencuentro con el humo y el fuego -1ª ed.-Buenos Aires; Libros del Zorzal, 2016.

CHIOZZA, Luis (1970a)

Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia, en *Obras Completas*, t. I, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1978m)

“Prólogo de *Ideas para una concepción psicoanalítica del cáncer*”, en *Obras Completas*, t. IV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1981j)

“Psicoanálisis y enfermedad somática en la práctica clínica”, en *Obras Completas*, t. IX, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (1995o)

“El psicoanálisis y los procesos cognitivos”, en *Obras Completas*, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2001l)

“Prólogo” de *Enfermedades y afectos*, en *Obras Completas*, t. XIII, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, Luis (2005a)

Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa, La historia que se oculta en el cuerpo, en *Obras Completas*, t. XV, Ed. Libros del Zorzal, Bs. As., 2008

CHIOZZA, Luis (2010)

Cáncer, ¿por qué a mí, por qué ahora?, en *Obras Completas*, t. XIX, Ed. Libros del Zorzal, Bs. As., 2013.

DSM-IV Breviario (1995)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson S.A., 1995.

DSM-V (2013)

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición, Editorial Médica Panamericana, España, 2014

FREUD, Sigmund (1895b [1894])

“Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’”, en *Freud O.C.*, t. III, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund y BREUER, Josef (1895d)

“Estudios sobre la histeria”, en *Freud O.C.*, t. II, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1914g)

“Recordar, repetir y elaborar”, en *Freud O.C.*, t. XII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1915c)

“Pulsiones y destinos de pulsión”, en *Freud O.C.*, t. XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1916-17 [1915-17])

“La angustia”, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* en Obras completas, tomo XVI, Amorrortu Editores, Bs. As., 1976.

FREUD, Sigmund (1926d [1925])

“Inhibición, síntoma y angustia”, en *Freud O.C.*, t. XX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1926e)

“Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?”, en *Freud O.C.*, t. XX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

FREUD, Sigmund (1933a [1932])

“Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis”, en *Freud O.C.*, t. XXII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

GARCÍA ZABALETA, Omar (2019 [2018])

“La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico”, en *Theoria: An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, Volume 34, Issue 3, septiembre 2019.

ORTEGA Y GASSET, José (1917)

“Los votos van al presidio”, en *Obras Completas*, t. III, Santillana Ediciones Generales, S.L. y Fundación José Ortega y Gasset, en coedición, 2005.

ORTEGA Y GASSET (1934)

El hombre y la gente, Alianza Editorial, Madrid, 1995.

PANKSEPP, Jaak (1998)

Affective neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions, New York: Oxford University Press, 1998.

SOLMS, Mark y TURNBULL, Oliver (2002)

The brain and the inner world, New York: Other Press, 2002.

WEIZSÄCKER, Viktor von (1928)

“La historia Clínica”, en *Escritos de Antropología Médica*, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2009.

Bibliografía inédita

ADAMO, María y LORUSSO, Carmen (2009)

“Acerca del ataque de pánico y la desolación”, presentado en el Simposio de la Fundación Luis Chiozza, 2009.

ADAMO, María y LORUSSO, Carmen (2024a)

“Volviendo a pensar sobre el ataque de pánico”, presentado en el Simposio de la Fundación Luis Chiozza, 2024.

ADAMO, María y LORUSSO, Carmen (2024b)

“Un acercamiento al ataque de pánico a través de algunas crónicas literarias”, presentado en el Simposio de la Fundación Luis Chiozza, 2024.

CHIOZZA, Gustavo (1994b)

“Reconsideraciones sobre la historia de conversión”, presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker, agosto de 1994, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (1995d)

“El síntoma corporal para la teoría psicoanalítica”, presentado en el Centro de Consulta Médica Weizsäcker, junio de 1995, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2004a)

“La historia de conversión y lo genuinamente somático”, presentado en Simposio 2004, Fundación Luis Chiozza, enero 2004, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2004e)

“La historia de conversión a la luz de las ideas de Chiozza”, presentado en Fundación Luis Chiozza, noviembre 2004, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2011a)

“La construcción de lo ‘psíquico’ y lo ‘somático’ en la práctica psicoanalítica”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, septiembre 2011, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2013b)

“La debilidad del yo como principio de la teoría psicoanalítica”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 13 de Setiembre 2013, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2014d)

“Reflexiones sobre la función parental”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 5 de diciembre 2014, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2016a)

“Algunas reflexiones sobre la dificultad”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 17 de Junio 2016, Buenos Aires.

CHIOZZA, Gustavo (2019b)

“Algunas reflexiones sobre la autoestima”, presentado en la Fundación Luis Chiozza, 24 de mayo 2019, Buenos Aires.

ETIMOLOGÍAS DE CHILE,

Diccionario etimológico online, www.etimologias.dechile.net