

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Integración

Descripción de un tratamiento psicoanalítico a un paciente con una crisis de angustia.

Tutora: Analía Brizzio

Alumna: Eugenia Segura

31 de Agosto, 2020

Índice

1	<i>Introducción</i>	2
2	<i>Objetivos</i>	2
2.1	Objetivo general.....	2
2.2	Objetivos específicos	2
3	<i>Marco teórico</i>	3
3.1	Psicoanálisis – Las bases del método	3
3.1.1	Definición y conceptos generales.....	3
3.1.2	Asociación Libre	4
3.1.3	Iniciación del tratamiento.....	5
3.1.4	La Transferencia	7
3.1.5	Repetición	11
3.2	Lo inconsciente.....	15
3.2.1	La palabra.....	15
3.2.2	El registro simbólico en Lacan.....	17
3.2.3	El Otro.....	18
3.3	Síntoma	21
3.4	La angustia y la crisis de angustia.....	23
4	<i>Metodología</i>	26
4.1	Tipo de estudio	26
4.2	Participantes	26
4.3	Instrumentos	27
4.4	Procedimiento.....	27
5	<i>Desarrollo</i>	28
5.1	Introducción.....	28
5.2	Descripción del motivo de consulta y sintomatología del paciente al inicio del tratamiento.	29
5.3	Descripción de las intervenciones utilizadas en el tratamiento desde el modelo psicoanalítico.	32
5.4	Análisis en los cambios producidos en la problemática del paciente luego de 6 meses de tratamiento	39
6	<i>Conclusiones</i>	42
7	<i>Referencias bibliográficas</i>	49

1 Introducción

Con el objetivo de realizar un trabajo final integrador se llevó a cabo en el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo una pasantía en la institución psicoanalítica que se dedica a la asistencia y docencia en psicoanálisis abierta a la comunidad. La institución forma y capacita a aquellos profesionales que han elegido al psicoanálisis para desarrollar su profesión. La asistencia clínica comunitaria con orientación psicoanalítica a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias es a través de un bono voluntario de atención clínica. Ya que no recibe subsidios, es una institución privada, pero con un perfil público. La suma del bono voluntario es fijada por el paciente. El tratamiento en este dispositivo dura entre 6 a 8 meses. En esta institución, la terapia intenta acompañar y ayudar a sus pacientes a formular alguna pregunta acerca de su deseo y colaborar en una búsqueda hacia donde orientar su vida.

Debido a la pandemia del coronavirus, la práctica en la institución elegida consistió en la participación de diferentes actividades, en forma virtual. Las actividades que se realizaron fueron los posgrados que ofrece la institución, la participación en la supervisión grupal y otros cursos académicos clínicos.

Este trabajo consistió en un estudio descriptivo de caso único. El propósito fue describir el tratamiento de un paciente que llegó a la institución con una crisis de angustia y que recibió un tratamiento psicoanalítico de una terapeuta en dicha institución. El interés del mismo consistió en describir los síntomas del paciente al inicio del tratamiento y las intervenciones de la terapia psicoanalítica aplicadas a un caso real con el objetivo de analizar sus resultados.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el tratamiento psicoanalítico de un paciente de 55 años con una neurosis que llega a la consulta con una crisis de angustia.

2.2 Objetivos específicos

- Describir el motivo de consulta del paciente y los síntomas que caracterizan a la crisis de angustia al inicio del tratamiento.

- Describir las principales intervenciones psicoanalíticas realizadas durante el tratamiento en relación a la repetición del sentimiento de abandono en las crisis de angustia que el paciente trae a la consulta.
- Analizar los cambios producidos en la problemática inicial del paciente a partir del tratamiento de tipo psicoanalítico a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

3 Marco teórico

3.1 Psicoanálisis – Las bases del método

3.1.1 Definición y conceptos generales

El psicoanálisis es una disciplina que funda Sigmund Freud a fines del siglo XIX. Según la definición propuesta por Laplanche y Pontalis (1996) se pueden distinguir tres niveles. Un método de investigación que consiste en encontrar sentido al inconsciente de las palabras, actos o sueños de un individuo a través de la asociación libre del sujeto. Otro nivel que refiere al método psicoterapéutico basado en esta investigación se caracteriza por la interpretación de la resistencia, transferencia y el deseo. En este sentido la palabra psicoanálisis se usa como sinónimo de cura psicoanalítica. Por último, un tercer nivel se refiere al psicoanálisis como un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en donde se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico mencionados en los dos niveles anteriores (investigación y tratamiento). Se trata de una teoría sobre el funcionamiento del psiquismo humano.

En *Cinco Conferencias sobre Psicoanálisis*, Freud (1909/1992) relata cómo fueron sus inicios y aparecen muchos de los conceptos que luego serán fundamentales en su teoría. En ese entonces, se consideraba que la presencia de traumas (vividos o no) era causante de las perturbaciones y los síntomas en el cuerpo. Como conclusión de los estudios de la hipnosis, derivaron los conceptos de lo consciente, lo inconsciente y el concepto de represión que tiene relación con casos de aparición de deseos inconciliables. Pero este deseo, que se mantiene en el inconsciente, muchas veces aparece en la conciencia en forma sustitutiva a lo que se denomina síntoma. Menciona en este escrito, tres maneras de acceder al inconsciente a través de las

ocurrencias espontáneas del paciente, los sueños y los actos fallidos. Propone que en el sujeto hay fuerzas contrapuestas, una de ellas es lo consciente por recordar lo olvidado, pero al mismo tiempo existe una resistencia para traer a lo consciente aquello ya reprimido. Señala que la vía regia para llegar al inconsciente es a través de los sueños donde se encuentran contenidos manifiestos y latentes y plantea que los síntomas son el reflejo de los deseos del sujeto, y que ello nos remite a las vivencias infantiles ya que son deseos sexuales infantiles reprimidos. Los síntomas se asocian a componentes eróticos pulsionales. Este es el eje de su teoría. Finaliza su quinta conferencia expresando, “si ustedes quieren, pueden caracterizar al tratamiento psicoanalítico sólo como una educación retomada para superar restos infantiles” (p.44).

3.1.2 Asociación Libre

Un pilar fundamental de esta técnica es la asociación libre. La asociación libre consiste en hablar libremente de los pensamientos, ideas, imágenes, emociones que se le aparecen al paciente, sin pensar en que expresarlo sea o no adecuado. La importancia reside en que se hable libremente sin intervenir en la exposición de sus pensamientos. Esta es la que Freud llamó *regla fundamental*. Esa es la única regla absolutamente necesaria que se exponga cuando se comienza un análisis y aunque el paciente la cumpla espontáneamente, es necesario enunciarla. Esta regla fundamental tiene como consecuencia una clínica focalizada en la escucha. La asociación libre permite que el sujeto del inconsciente se manifieste a través de su decir (Lombardi, 2011).

Freud (1912/1992) planteaba que no era importante el punto de partida del paciente, se debía dejarlo hacer su propio relato y ser él quien escoja su punto de partida. El analista por su parte debe tener una escucha parejamente flotante. Esto está enunciado en *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, donde expresa que no hay que dejarse llevar por las motivaciones personales del discurso del paciente, sino que se debe escuchar todo aquello que dice con la misma atención. El objetivo del método consiste en permitir así la exploración del inconsciente. Construir el pasaje de lo inconsciente a consciente a través de la palabra.

3.1.3 Iniciación del tratamiento

Una vez que el paciente toma la decisión de comenzar con un tratamiento psicoanalítico, se puede manifestar que aquello que empuja a ese primer punto de encuentro en el paciente y analista es lo que se define como *motivo de consulta*. Más allá de que es un dato al que se refieren Freud y Lacan cuando presentan su clínica, hay escaso material del tema en sus escritos. Se desprende de los historiales freudianos que el motivo de consulta puede ser formulado claramente por el paciente o elaborarse por él mismo en su primer momento de tratamiento (Haldemann & Muraro, 2006).

En cuanto a la técnica psicoanalítica, es importante mencionar que Freud a lo largo de su carrera enumera en sus textos varios conceptos técnicos que el analista debe tener en cuenta al momento de aplicar el método. Avenburg (1998) explica que el objetivo de Freud consiste en transmitir cómo se crean las mejores condiciones para que pueda llevarse a cabo un tratamiento.

No hay en el psicoanálisis reglas técnicas fijas con un orden estructurado que el analista deber seguir con su paciente.

Freud (1913/1992) escribió:

Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que solo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehusa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico (p.125).

Al analizar las propuestas de Freud (1911/1992) a su método psicoanalítico lo primero que se debe mencionar es que la experiencia clínica con los pacientes es una herramienta fundamental con la que cuenta el terapeuta. Más allá de las puntualizaciones que realiza Freud sobre su técnica que dejó escrita en los libros, siempre insistió en la importancia de la práctica y en el propio análisis del terapeuta. Consideraba que era una práctica primordial de todo analista. Destaca que en el psicoanálisis nunca es obvia la respuesta a la cuestión técnica. No hay un solo camino correcto a tomar para aliviar el sufrimiento, se pueden elegir diversas técnicas. En el tratamiento, no hay

imposición de un método determinado a seguir. Existe la posibilidad de que se abran diferentes caminos entre el paciente y el analista sin necesidad de seguir siempre el mismo camino en dirección a la cura. Por su lado, Lacan no rechaza la idea de reglas técnicas, pero ubica su atención en los fundamentos de la experiencia analítica. Siendo éste el foco en cuestión, la técnica toma una dimensión secundaria. Lacan insiste en despegar la técnica de los preceptos. Para él, hablar de la técnica significa tratar los temas de fundamentos de la clínica, que remiten a la palabra, el sujeto y a la ética (Murillo, 2018).

En su texto *Sobre la iniciación del tratamiento*, Freud (1913/1992) intenta aconsejar a quienes apliquen su método, es decir cómo crear las mejores condiciones para un tratamiento. Son llamados por él consejos y admite la no obligatoriedad de aplicarlos. Es importante destacar que todos estos consejos los aportó en 1913 cuando el psicoanálisis apenas nacía. En aquel entonces, era atacado por la sociedad en general y surgían muchas presiones externas. El psicoanálisis debía proteger y defender su método en aquel momento. Hoy no resulta necesario protegerlo, ya que ha sido adoptado como parte de nuestra cultura. Por lo tanto, muchas de las condiciones que se plantearon en sus inicios hoy no son utilizadas por los analistas, y sólo prevalecieron como una marca de época. La ventaja consiste en que luego de más de un siglo transcurrido, ya hay un camino recorrido. Los analistas se encuentran más seguros con el método con el cual trabajan. Hoy en día existe flexibilidad a la hora de hablar de un tratamiento y está permitido desplazar el *deber ser* de lo que es el análisis en pos a las necesidades específicas de cada paciente (Avenburg, 1998).

El analista no debe mencionar cuál es su propia crítica o pensamiento. Debe permitir que el paciente hable y observar aquellas repeticiones que aparecen en su discurso. Debe desaconsejar la llegada a la sesión con el discurso de lo que se va a decir preparado. Eso evidencia una mayor resistencia del paciente. Se necesita un tiempo prudencial para lograr un buen rapport antes de empezar a comunicar al paciente con las observaciones del analista. El analista no puede comunicar al paciente las posibles soluciones a su síntoma o traducir un deseo a menos que el paciente está próximo a ello. Siempre se debe proceder con mucha cautela sobre esto. El paciente debe apoderarse el mismo de la solución. Debe haber un corto paso entre lo que el analista comunica al paciente y la posibilidad de que él pueda apoderarse del mismo. Lo importante es trabajar sobre las resistencias. La información que se le brinde al paciente de un saber consciente provoca que esas resistencias sean aún más altas. El paciente necesita conectar la relación entre la vivencia

reimprimida y el lugar donde se halla el recuerdo reprimido. Ese análisis es una tarea que debe hacer el paciente. La comunicación oportuna al paciente juega un rol fundamental que guía la cura. (Freud,1913/1992).

Según Avenburg (1998):

La información adecuada no se puede dar si no se crea el interés particular del sujeto por ese fragmento de conocimiento que ya está integrado en su inconsciente, pero en tanto reprimido todavía, no está al servicio del yo. Tienen que crearse las condiciones para despertar en el yo el interés por conocer esas áreas reprimidas, esos fragmentos de historia subjetivo-objetiva que hasta ahora, a consecuencia de una influencia exterior internalizaba, el yo rechazaba. Es realmente un proceso educativo (p.177).

Este proceso educativo mencionado, que lleva a cabo el paciente es ubicar al yo en una nueva posición acerca de los conocimientos que ya tiene. Consiste en crear las condiciones para que el paciente puede reconocer lo que ya lleva adentro. No se trata de un conocimiento nuevo que incorpora. Se trata de poner en palabras los deseos que necesita reconectar.

Aparece entonces al inicio del tratamiento una demanda del paciente que se expresa como un síntoma. Esta puede ser una queja, pedido de ayuda o una pregunta que se hace el paciente y esa demanda se dirige al saber del analista. Hay una suposición del paciente, que el analista debe reconocer e incluso promoverlo. Para darle la oportunidad a alguien como paciente, Lacan exigía un requisito claro: que el paciente presentara un deseo decidido acerca del tratamiento, ya que, si esto no ocurría, no lo admitía como paciente. Esto lo manifestaba en las primeras entrevistas puesto que consideraba que la ausencia de deseo decidido conducía a un fracaso innecesario (Lombardi, 2011).

3.1.4 La Transferencia

La primera meta de un análisis en el comienzo consiste en allegar al paciente al tratamiento y a la persona del médico. Como se mencionó en el apartado anterior, la necesidad de un rapport es lo que sucede al inicio del tratamiento y también puede ser llamada transferencia operativa. Se puede decir que esto más que una técnica, se está frente a una meta, Freud se refiere a la dirección

que debe darse al tratamiento. Según Lombardi (2011), crear una transferencia operativa es la primera meta del tratamiento.

El concepto de la transferencia se encuentra relacionado al vínculo entre el paciente y el analista. En 1912, Freud dedica un capítulo entero que titula *Sobre la dinámica de la transferencia*. Este es un concepto central en toda su obra. Según el autor, una cura analítica no se produce sin transferencia. La misma trata sobre el vínculo que se arma en el análisis entre el paciente y el analista. Todo paciente, debido a características innatas y al trato que recibe durante su infancia desarrolla una especificidad determinada que mantiene y repite con todos sus vínculos. Hay una parte de esta especificidad en el vínculo que se mantiene consciente, pero otra parte de ella está en el inconsciente. Con el analista entran en juego ambos aspectos. En transferencia aparece por parte del paciente una resistencia que también entra en el análisis. Esta está presente durante todo el tratamiento y precisamente se opone al acceso de este inconsciente. Aparece aquí entonces en transferencia una actitud de oposición a estos descubrimientos.

Según Averborg (1998):

Podemos definir a la transferencia como el referir a la persona del analista representaciones y afectos relativos a personas significativas en la historia infantil del paciente (padres y hermanos principalmente). La transferencia supone el funcionamiento de un mecanismo, el desplazamiento, característico de los procesos de lo inconsciente; la desplazabilidad, por otra parte, es un rasgo por el que se distinguen los instintos sexuales de los de auto conservación (p. 122).

En la actualidad, la comprensión y el análisis de la transferencia son consideradas por los psicoanalistas como un punto clave en la técnica terapéutica. Dado que el término transferencia ha registrado un creciente análisis muchas veces desfigurando el término original que aporta Freud a su técnica, es importante mencionar que las dos características presentes en la misma es que experimente sentimientos, impulsos, fantasías y defensas hacia una persona en el presente que hoy son inapropiadas para ella, pero que son una repetición (un desplazamiento) de reacciones originarias de personas significativas de su infancia. Hay dos elementos aquí presentes, la repetición del pasado y el ser inapropiada en el presente (Sandler, Dare & Holder, 1993).

Según lo que plantea Arcón (2016), lo infantil es la clave principal para lo que encontramos en el inconsciente. Lo infantil aparece reeditado bajo condiciones actuales, que es posible modificar. Esto es llevado a la consulta. El paciente tiene una forma de vincularse instaurada, más o menos establecida, que repite pero que puede cambiar. En esta repetición aparecen los deseos, demandas, afectos, mecanismos de defensas, que buscan mantener un patrón constante del aparato psíquico para que él mismo sienta cierta homeostasis, pero no significa que no haya sufrimiento. La relación vincular se mantiene constante y aparece con el analista. Lo que ayuda a cambiar o a salir de ese sufrimiento es el cuestionamiento del analista.

Hay un agregado que hace Lacan a la teoría de Freud de la transferencia. Explica Lombardi (2011), “Para Freud la transferencia es un modo de lazo erótico que suele tomar la forma del amor, un amor auténtico. Lacan añade algo a esta formulación, cuando especifica a la transferencia como el amor al saber” (p.45). Está de acuerdo con el término de amor, pero con respecto al saber. Y agrega “amará a quien suponga que sabe sobre eso, y el síntoma entonces, el síntoma toma una dirección hacia ese supuesto saber”(p.46).

Lacan destaca la importancia de este concepto en el psicoanálisis como uno de los sus cuatro conceptos fundamentales en sus escritos de 1964. El analista ocupa un lugar y nunca debe intervenir desde su ideal. En psicoanálisis no hay por fuera de la transferencia. Todo ocurre dentro de este concepto en el análisis. Es donde es posible acceder al inconsciente. El analista se ubica en el lugar del Otro. Hay un paciente que necesita que se lo escuche y que también lo sostenga. Lacan (1964/1973) ubica a la transferencia en el registro simbólico, propone que ésta no es imaginaria. Primero es necesaria la posición de sujeto supuesto a saber. El paciente pronuncia su discurso con signos y debido a ese saber supuesto, que el analista posee es que extrae los significantes en ese discurso. Dentro de esa transferencia singular que se establece es que el analista escucha y busca aquellos significantes que pueden ayudar al paciente a desplegar su inconsciente. Habla de un acto del analista y pone a la tarea del lado del paciente. Según Murillo (2015) el “acto analítico quiere decir aquí que el analista hace de analista, encuentra un lugar desde donde puede actuar. Pero para poder hacer de analista, se requiere que no sea analista” (p.484). Se trata de una simulación, un acto que es *hacer de* psicoanalista y *hacer de* la persona que garantiza el sujeto supuesto a saber.

La operación inaugural de la transferencia aparece del lado del analista, ya que se piensa que es el analista quien se ubica en el campo transferencial del paciente. La tarea del analista comienza con intentar acercar al paciente al analista. Es el primer momento de análisis donde la energía está centralizada en pasar de los síntomas a la transferencia. El objetivo es descifrar esos síntomas. La posición del analista es lo que hace posible este trabajo que el paciente realiza. Más allá de situar donde comienza se puede profundizar aún más en este concepto. Si se toma el concepto de Lacan que sostiene que en el análisis en transferencia entra el Otro, se puede pensar la transferencia en las formas que toma el lazo relacional. La demanda al Otro, de curación, reconocimiento, amor, satisfacción, entre otros. Es el analista quien ocupa ese lugar del Otro en transferencia, ya que evoca el lugar de sujeto supuesto saber. El analista no se puede inscribir en un lugar de vacío porque si esto ocurre, esa transferencia no ocurre. La demanda es el punto de partida, ya que se origina en una necesidad que aparece en esta relación analítica. Puede aparecer también el rechazo del Otro, donde hay un desentendimiento del Otro (bulimia, anorexias o adicción), o una mostración al Otro, donde la modalidad más usada es el acting-out. Aquí el llamado al Otro se pone en la escena inaugural (Thompson et al., 2007).

La relación entre la instalación y despliegue de la transferencia define el tiempo aproximado del trabajo del análisis y está caracterizado por lo particular de ese lazo social que une al analista con su paciente. Un sujeto que demanda alivio para el sufrimiento y un analista que aloja aquella demanda ocupando este lugar de sujeto supuesto a saber. El paciente trae a la consulta un límite a su propio saber. En transferencia es como a partir del análisis y en su curso ocurre los virajes, cambios o modificaciones de la posición subjetiva del sujeto. Durante el análisis, el lugar del analista es demandado desde lo imaginario (como necesidad de comprensión-contención), con escenas de mostración al Otro, como Ideal del yo. La instalación de la transferencia sucede desde la primera entrevista. En esta primera etapa del análisis aparecen las resistencias y pasar la prueba de afianzamiento de la transferencia. Es el analista el responsable de la posición que toma en las intervenciones. No hay una linealidad que acompaña el proceso del paciente. La función del analista varía durante todo el proceso. Hay momentos que el paciente demanda una extrema dependencia y sostén del analista. Esto forma parte del tratamiento y de la transferencia (Mena et al., 2015).

Es importante resaltar la diferencia entre transferencia y sugestión, debido a que muchas veces tienden a confundirse. La definición de sugestión propuesto por Braier (1998) es “una forma de influencia psíquica que una persona puede ejercer sobre otra” (p.18). Hay un sujeto en una posición de autoridad que puede inducir al otro en dependencia en sus procesos mentales (ideas, emociones ,acciones, etc). Como explica Lombardi (2011), Freud sostiene que el psicoanálisis comienza con el abandono de la hipnosis y la sugestión para avanzar en el campo de la transferencia. La sugestión es el uso de ese poder que la transferencia brinda. Pero, resulta importante es que ese analista no utilice ese poder que la transferencia brinda. La transferencia brinda, poder del Otro, con el saber del Otro y con el deseo del Otro. Es fundamental que el analista tenga esto presente. El analista debe renunciar a sugerir y a usar ese poder que la transferencia le otorga al nivel de sus dichos. La interpretación nunca puede ser una orden del deber ser del sujeto. Para que el analista ocupe su lugar no puede representar el saber. Es decisivo que el paciente lo piense, pero no así que el analista lo crea. También es importante que el analista tenga en cuenta que el sujeto a analizar allí es el paciente y no debe disputar ese lugar con su paciente. Es por este motivo que M. Klein pone al analista en lugar de objeto.

3.1.5 Repetición

En relación con lo que es la transferencia en psicoanálisis aparece la repetición. En transferencia se repiten aquellas formas de vínculo específico del sujeto con todo lo que trae ese comportamiento (sus particularidades, alienaciones, absurdos). Dado que esta repetición ocurre en un dispositivo artificial, puede aislarse más fácilmente y ser reconocida. La situación analítica permite regresar a lo vivido (por la transferencia que ocurre en dicha situación), y repite lo pasado. Con esta repetición en transferencia se da lugar al análisis de la misma. Repetición y transferencia no pueden separarse, aunque si diferenciarse. Según Caruso (1963), “la transferencia repite todos los comportamientos anteriores, y expresa que ellos resumen y totalizan las experiencias vividas, es decir todas las impregnaciones que el sujeto ha recibido de su familia en su infancia” (p.134).

La búsqueda de la repetición entonces entra en juego dentro del análisis. En 1914 Freud escribe acerca de *Recordar, repetir y reelaborar*. Utiliza por primera vez en el término *compulsión a la repetición y reelaboración*. El analista no debe centrarse en un problema determinado, sino

es a través de un arte interpretativo que debe poder percibir aquellas resistencias desconocidas por el paciente para ponerlas al descubierto. Una vez que se dominan las mismas, resulta importante que el paciente puede hablar de las situaciones y nexos olvidados. Esto lo llama vencer la resistencia de la represión. El paciente muchas veces no recuerda, pero sí lo actúa. Lo olvidado y reprimido aparece como una acción que repite. La cura comienza con la repetición. El analista debe estar preparado para distinguir esa compulsión a la repetición que sustituye el impulso a recordar. Sobre ella se trabaja. El paciente repite o actúa sus inhibiciones, sus rasgos patológicos, actitudes inviables y síntomas durante el tratamiento (Freud, 1912/1992).

Freud (1920/1992) destaca que, en los comienzos del psicoanálisis, el analista se dedicaba a inferir, reconstruir y comunicar oportunamente a su paciente aquello que el mismo mantenía en el inconsciente que lo hacía sufrir. Después de 25 años de trabajo, el propósito de la tarea analítica cambió. Se hablaba entonces de acompañar al enfermo a reconstruir mediante su propio recuerdo. Dado este nuevo propósito aparece la importancia de las resistencias del paciente. Esto podía tornarse difícil puesto que muchas veces la reconstrucción no sucedía porque había ausencia de recuerdo. No recuerdan, pero repiten lo reprimido con una vivencia presente sin recordarlo, pero con una base en el pasado. Esta reproducción, que muchas veces no es deseada, pero aparece, tiene siempre relación con la vida sexual infantil y por ende el complejo de Edipo. Ello aparece en el terreno de la transferencia. El analista trabaja en colaboración con el paciente, es un trabajo en conjunto. Se puede considerar aquí una construcción en conjunto, es decir, el analista construye con el paciente un saber para aquello que padece, de forma tal de aclarar el sufrimiento de quien entra en análisis. Para esa construcción, el analista trabaja con el material psíquico que aporte el paciente que está interrelacionado. Trabaja con la asociación libre, los sueños y las repeticiones, muchas veces puestas en actos.

En 1920 Freud amplía sus dichos sobre la compulsión a la repetición en su texto *Más allá del principio de placer* y liga este concepto a la pulsión de muerte y al trauma. Hasta entonces había expresado que la tendencia del aparato psíquico a buscar una homeostasis del yo era dirigida por el principio de placer. Su teoría ahora cambia y propone que la compulsión a repetición que se presenta como traumática para el sujeto no se justifica con este principio del placer. En un trauma, ingresan estímulos al organismo, sumados a un factor sorpresa que es necesario para formar el trauma, provocando que aparezca una energía móvil que no es ligada a una representación. El

trabajo del aparato psíquico es elaborar dicha energía y lograr ligarla, y a través de la repetición de la situación traumática que genera displacer lo hace una y otra vez. Expone que el hombre tiene una fisura que lo perturba y que lo empuja a repetir lo doloroso, el trauma, y que no se puede admitir. A su vez, sostiene que la meta final de la vida en los organismos es la muerte. Aquí aparece la pulsión de muerte. Esta no es libidinal como la pulsión de vida. Esta nos lleva a buscar la repetición del estado anterior y tiene conductas autodestructivas que se repiten una y otra vez. Por lo tanto, estos dos nuevos elementos en la teoría de Freud, el trauma y la pulsión de muerte están relacionados a la compulsión a la repetición que traen los pacientes a su análisis. La pulsión de vida y de muerte conviven adentro del aparato psíquico. Estas son variables, graduales y cambiantes.

Mencionado que la repetición aparece muchas veces a través de la acción (además de lo que ocurre en transferencia con el analista), es importante destacar que para que una acción pueda realizarse correctamente se necesita siempre de un periodo largo de repeticiones. Estas sucesivas repeticiones son necesarias para la elaboración de la experiencia que necesita ser consciente o ligarse en el inconsciente. Del mismo modo, en el trabajo de un análisis, el analista trabaja con las energías de los pacientes aplicadas a la acción. El analista aplica sus energías a las suyas (no contra ellas), y no trata de evitar la repetición, sino permite que ésta ocurra y así poner en evidencia las contradicciones que el paciente plantea que hay que resolver, intentando llevarlas a un nuevo nivel de organización en su pensamiento. (Avernborg, 1998).

Si se analiza a la repetición con los significantes introducidos en los textos de Lacan, la repetición es un significante pulsional real que emerge, recorre un mismo camino, pero no encuentra su ingreso en la red de significantes. Lo permanente en este sentido es que esto se encuentra por fuera de la cadena de significantes y se intenta enlazar a uno, pero ello no ocurre. La diferencia con la reproducción, es que con ella siempre ocurre lo mismo, se llega siempre al mismo lugar. En la repetición, se une lo idéntico con lo diferente. No es exactamente igual. Cada vez que ocurre trae una diferencia (López, 2008). Ello trata acerca de lo que el analista debe ser capaz de interpretar para poder intervenir sobre ello. Es por la vía de la repetición de ese significante que insiste, mortifica al sujeto que el analista tiene la posibilidad de leer esa insistencia. Que el sujeto pueda poner, en palabras, propuestas acerca de esos significantes

interrogándolo acerca de su implicación y su posición deseante como sujeto. El analista realiza un acto de lectura ya que debe interpretar algo como repetición.

Con la asociación libre se nota cómo los significantes se repiten. El paciente generalmente no lo reconoce. Al contrario de lo libre que se piensa que el sujeto es, hay una libertad que no es tal. La compulsión a la repetición transforma al síntoma en una enfermedad general, siendo algo actual que se presentifica en la sesión. Al estar presente se puede operar analíticamente, y esto es lo importante. Lo que intenta es darles a esos síntomas de la enfermedad un nuevo significado. Hay una enfermedad artificial accesible a la intervención del analista que permite trabajar el síntoma para que desaparezca y analizar la causa del mismo. La repetición en transferencia entonces, permite trabajar sobre la causa del síntoma que provoca al paciente el sufrimiento en el presente (Lombardi, 2011).

3.1.6 Interpretación

Con el objetivo principal de Freud en hacer consciente lo inconsciente se necesita de la interpretación a través de una búsqueda por poner en evidencia el sentido latente que un paciente trae a la sesión. El sentido latente existente en la palabra con la que se trabaja en la consulta, pero también con el comportamiento del sujeto. Ella nos permite ver los conflictos defensivos del paciente y apunta a hacer manifiesto el deseo que se formula en el inconsciente. Es importante destacar que este material inconsciente remite también a los síntomas, olvidos, confusiones, acciones no intencionadas y a los sueños. En sus comienzos Freud hace una detallada narración de cómo se deben trabajar los sueños a partir de lo que el paciente dice (lo manifiesto) y el sentido latente al que conduce el sueño en las asociaciones libres. La interpretación del deseo inconsciente y el fantasma que lo encarna es el objetivo final de la interpretación (Laplanche & Pontalis, 1996). Según Freud (1911/1992), “Cada moción de deseo que hoy se procura un sueño retornará en otro mientras no sea entendida ni se sustraiga del imperio de lo inconsciente” (p. 90).

Como explican Sandler, Dare y Holder (1993), el término interpretación ha sido utilizado en la bibliografía psicoanalítica de diferentes maneras. Como ser, las inferencias y conclusiones del analista, en relación al significado de la conducta y comunicaciones del paciente, las

comunicaciones del analista al paciente de sus conclusiones y deducciones, los comentarios hechos por el analista y las intervenciones verbales dirigidas a producir un cambio. El grado de arbitrariedad en este término es muy amplio, pero todos coinciden en que ninguna interpretación es completa, y que en el uso práctico de este concepto se incluye a todos los comentarios o intervenciones verbales que tienen como fin hacer que el paciente se dé cuenta de algún aspecto de su funcionamiento psicológico, que antes no era consciente. Lo que el analista hace es intentar que el paciente amplíe su campo perceptual psíquico, informándolo de aquellos detalles y relaciones hoy presentes en su actividad mental que, por razones defensivas, él no ha podido percibir ni comunicar por sí mismo.

Según Arcón (2006) la interpretación está en constante movimiento, ya que ésta se mueve con el deseo. No hay una sola única interpretación que pueda presentarse al sujeto, son interpretaciones que apuntan a los aspectos del paciente. Tienen una intención, es decir un por qué y para qué en el análisis, y están plenamente justificadas. Se trata de capturar al sujeto en lo que dice, relacionándolo con particularidades de sí mismo, también implicarlo en ese decir, analizar cuáles son las defensas en búsqueda de respuesta dentro de las preguntas con las que el paciente tiene en sesión. Ella no apunta a dar consejos al paciente. Se trata de una “función divisoria, de límite, de distancia y favorece el encuentro del sujeto con su deseo, alejándose de la demanda y más allá de la palabra, y acude a la conexión de lo inconexo en el sujeto, y he ahí donde aparecerá sorprendido” (p. 103). La interpretación depende del estilo cada analista y de la relación que surge entre él y su paciente. Lombardi (2011) señala que hay una relación entre transferencia e interpretación. Es necesario establecer una transferencia operativa para poder interpretar, y también es necesario interpretar, para que se despliegue plenamente la transferencia. El analista realiza interpretaciones desde las primeras entrevistas. En esta primera etapa la interpretación es puesta a disposición de la constitución de la transferencia.

3.2 Lo inconsciente

3.2.1 La palabra.

La posibilidad de la cura mediante la utilización de la palabra como instrumento terapéutico es lo que Freud plantea en 1890. Utiliza en sus tratamientos la palabra como instrumento esencial

en el análisis de lo anímico. Es el síntoma el que necesita ser descifrado con la estructura de un texto a través de ella. Se busca anudar al síntoma y a la palabra, y así lograr *apalabrar el síntoma*. La función de la palabra es el eje central en el análisis (Andina, 2011).

En su texto *Función y campo de la palabra y el lenguaje del psicoanálisis* Lacan (1949/2003) destaca la importancia de comprender la técnica del psicoanálisis, y así la posibilidad de aplicarla correctamente basándose en los conceptos que la fundan. Según él, los conceptos toman pleno sentido cuando se orientan en la función de la palabra. Apunta a la necesidad de volver a los orígenes del psicoanálisis que se habían perdido. El psicoanálisis tiene un medio que es la palabra del paciente y la importancia pasa por atender a este concepto. Es a través de la palabra que el sujeto constituye su historia. La necesidad del análisis del nivel discursivo del sujeto es el eje central que trabaja Lacan. La palabra es un elemento dentro del campo del lenguaje. Ella da la posibilidad de apuntar discursivamente la historia del sujeto. Diferencia entre dos tipos de palabras que puede tener dos estatutos diferentes y esto depende del discurso del paciente. La palabra plena es la que permite la emergencia del inconsciente, ya que allí aparece un plus de significación. La palabra vacía no pasó al estatuto de efecto de verdad del inconsciente. El analista puede, con una puntuación afortunada en el discurso del paciente a través de un corte, obtener esa palabra plena. El corte se realiza cuando la palabra pasa de vacía a plena. El sujeto es entonces tomado por la ley del lenguaje y sometido a sus marcas. Hay una ley imperativa e inconsciente en relación al lenguaje que opera sobre el sujeto, y lo determina.

Lacan (1964/1973) plantea que el “inconsciente está estructurado como el lenguaje” (p.28). Estudia al inconsciente sobre este axioma que propone en su teoría. Al mencionar que está estructurado, significa que tiene una lógica y que éste es deducible. A partir de esto, propone realizar una relectura de los textos de Freud, y expone sus conceptos sobre el psicoanálisis y pronuncia su teoría. El desciframiento del inconsciente es por la vía gramatical y sintáctica de uso de la lengua. Hay una conexión entre representaciones que va formando la palabra, fonológica y gramaticalmente de cómo se forman las palabras. Plantea que el psicoanálisis debe analizar la estructura lingüística que el sujeto expone. Como Freud (1915/1992) utiliza en su teoría los términos de desplazamiento y condensación, Lacan (1957/2003) propone como leyes del inconsciente a la *metonimia* como un desplazamiento de significaciones, y el término *metáfora* que hace alusión a la manera que tiene el sujeto de condensar y organizar diferentes ideas cuando

le da a la palabra un plus de significación. A partir de estos conceptos uno puede comenzar a explorar el inconsciente en el discurso del paciente.

En la palabra plena se puede decir que es el momento donde emerge el inconsciente y el sujeto más que hablar es hablado. Hay momentos en el análisis que esto ocurre, hay un otro que hace su entrada. Con los silencios también se puede pensar en lo simbólico; el silencio puede ser una respuesta también. Ello mismo ocurre con los lapsus o la repetición, ambos aspectos pueden ser una insistencia que marca al sujeto por medio del lenguaje. La palabra pertenece al mundo de lo simbólico. El psicoanálisis intenta vaciar al significante de sentido común que el paciente piensa, de esa significación imaginaria que trae a la sesión. El trabajo que se realiza es poder vaciarlo de ese significante y poder reordenar lo ya vivido (Lacan, 1949/2003).

3.2.2 El registro simbólico en Lacan

En 1956, Lacan, en una conferencia que tituló *Freud en el Siglo* explica que este es un texto en homenaje a su nacimiento y propone un retorno a Freud, realizando una relectura de todos sus escritos. Aparece en ese momento un debate de qué se entiende por psicoanálisis, su rumbo y sus conceptos fundamentales en la clínica, cuando un grupo post freudiano dentro del psicoanálisis ponía el énfasis en fortalecer al yo. Por lo tanto, en este texto se explora en la diferencia sobre el concepto de yo y el inconsciente haciendo especial énfasis en esta diferencia que es muy importante cuando se trata de aplicar el método. Se produce en un descentramiento del yo en el psicoanálisis como eje central. Propone que el descubrimiento de Freud es el inconsciente, y en esto es lo que debía trabajar. Ubica en este texto los conceptos fundamentales y busca leerlos con un método crítico evaluando los conceptos desde el psicoanálisis. Busca encontrar la lógica del texto y la búsqueda de los ejes que transmite.

Lacan (1953) plantea en su teoría tres registros que se encuentran relacionados entre sí, y ellos posibilitan en su conjunto el funcionamiento del aparato psíquico. Se trata de dimensiones o campos a los que él llama registros. Están anudados a un nudo borromeo. Cualquier proceso que pase por el aparato psíquico, puede ser analizado en sus diferentes aspectos. A modo de síntesis (la cual lleva a imprecisiones), se puede pensar en el registro imaginario ubicando al yo del paciente, su cuerpo, sus creencias, imágenes, significaciones, organización de la realidad, sentido

común. En el registro simbólico, sitúa al inconsciente, la palabra, el discurso del Otro, los conceptos, el significante, los fonemas y la combinación de ellos. Por último, en el registro real (un concepto difícil de definir), se coloca todo aquello que es imposible de pensar, imaginar o representar, lo que no sabemos. Estos registros no se pueden analizar individualmente, siempre están anudados los tres dependiendo uno de los otros. No hay manera de pensar un registro sin los otros dos. Los tres registros aparecen siempre que el sujeto despliega su discurso en la sesión.

Según Lacan (1975/1988):

Lo simbólico, lo imaginario y lo real es el enunciado de lo que obra efectivamente en vuestra palabra cuando se sitúan a partir del discurso analítico, cuando ustedes son el analista. Pero esos términos sólo emergen de veras para y por ese discurso (p. 81).

En la primera parte que dejó su enseñanza, Lacan (1956/1984) puso especial énfasis en el registro simbólico ya que necesitaba diferenciarse de los post freudianos que aplicaban una psicología del yo. El principal objetivo de una terapia de esta corriente del psicoanálisis era reforzar al yo débil. Se buscaba que el paciente se identifique con el yo del analista que era más fuerte para poder salir del sufrimiento. Se producía con el paciente una relación de identificación y una dependencia del analista, quedando tomado por la imagen del analista y justamente con lo que no se debía trabajar en el psicoanálisis. El trabajo de los analistas, para quienes formaban parte de este grupo, era sobre el eje imaginario, por eso la dedicación de Lacan por expresar la importancia de lo simbólico a la hora de empezar un análisis. Lacan propone que el psicoanálisis tiene como prioridad el trabajo a realizar en lo simbólico donde sitúa al inconsciente, las palabras, los conceptos, los significantes, fonemas, combinación, el discurso del Otro y un sujeto determinado por el inconsciente.

3.2.3 El Otro

El psicoanálisis plantea que el aparato psíquico (y por lo tanto el inconsciente), se constituye en la infancia y sus diferentes etapas por las que atraviesa el niño poseen una relación directa con los problemas que plantean los pacientes. Lacan (1949/2003) desarrolla su teoría aportando que el aparato psíquico se va desarrollando a partir de la interacción con un Otro. Este Otro tiene una relación directa y un papel principal en el desarrollo del aparato psíquico del ser

humano, hasta que se transforma en sujeto. Lo primero que hace el Otro es ayudarlo a construir su yo en el *estadio del espejo*. Un Otro que lo asiste para confirmar esa imagen de completud. Para que se construya el yo, necesita de la identificación del niño con esa imagen de la que se apropia. Hay un nuevo acto psíquico que ocurre. Es por ello que Lacan pone al yo dentro del registro imaginario. La imagen funciona como una captura de libido y puede hacer cosas con ella porque hubo identificación. Luego este Otro es quien le permite ingresar en el mundo de la palabra, del lenguaje. Ese Otro brinda un lugar afectivo. Aparece la necesidad de ser incluido dentro de su mundo simbólico, libidinal como objeto de deseo. Da al niño un sostén simbólico ya que interpreta qué es lo que le pasa. El Otro tiene un lugar principal en la formación del aparato psíquico del niño. La constitución del sujeto es con Otro, con los significantes del Otro. Hay una doble alienación, simbólica e imaginaria. En la alienación simbólica el niño queda introducido en los significantes y significados del Otro, queda tomado por Otro. En la alienación imaginaria se aliena a las imágenes del Otro. Esta relación especular ayuda a que se pueda identificar con alguno de sus atributos. Este es el eje en el que se ubica el sentido común.

En su texto *Introducción al gran Otro*, Lacan (1955/1983) se pregunta “¿en que momento soy verdaderamente yo?” (p.354). La pregunta se dirige a ¿cuándo algo es mío y cuando algo es otro? “Cuando se trata del hombre, tal relación entre la satisfacción del sujeto y la satisfacción del otro [...] siempre está en tela de juicio” (p.354) . Ilustra en este texto para explicar su teoría y dar la posibilidad de fijar ideas, al *Esquema Lambda*. Aquí relaciona al yo y al otro, el lenguaje y a la palabra. Realiza una descripción del yo imaginario en un discurso que se encuentra con el lenguaje y es el Otro quien hace que el niño incorpore la palabra, y esto pertenece a lo simbólico. Es por ello que la relación entre el sujeto y el Otro pertenece a un registro simbólico donde se encuentra el inconsciente. Aclara Lacan en este texto de la importancia del analista de devolverle al paciente una totalidad de lo que ve, habla de la necesidad de ser un espejo vacío. La necesidad en el análisis de salir del campo especular. El analista debe interrogar al sujeto a través de su discurso. Es por eso que el yo del analista debe estar ausente, no importa que es lo que el piense. El progreso de un análisis se da cuando el paciente puede atravesar esa imagen especular y que el sujeto pueda captar mas allá. Ese mas allá es un determinismo que el sujeto debe reconocer que son las marcas que lo determinan. El yo debe tomar conciencia de las marcas del lenguaje del sujeto.

Como explica López (2020), Lacan dice que el sujeto se constituye en relación a otro, y para ello necesita que ese Otro lo aloje en su deseo. Necesita que ese Otro tenga una falta, y ello le garantiza al sujeto tener un lugar. Es el niño quien descifra cuál es ese lugar, y a qué lugar lo convoca este Otro. Cuando al sujeto no se lo aloja en ese lugar del deseo y no localiza la falta en el Otro (que es necesaria que tenga para poder alojarlo), entonces se puede decir que el sujeto queda desalojado y que se lo rechaza. Si el Otro no lo aloja en su deseo, el lugar en que queda él, funciona como interrogante. El sujeto se identifica con un lugar de resto. Ser querido o ser rechazado por el Otro juega un papel muy importante para ese sujeto en como se ubica frente a las situaciones que presenta la vida.

En su segunda tópica (yo, superyó, ello), Freud (1914/1992) utiliza el término *Ideal del yo* como una instancia de la personalidad que resulta del narcisismo y de las identificaciones del niño con sus padres y los ideales colectivos. El ideal del yo es un modelo al que uno se trata de adecuar. En su texto de 1914 llamado *Introducción al narcisismo* es donde menciona este término por primera vez y explica las bases para lo que más adelante llama superyó. Este es un concepto muy importante que desarrolla en esta segunda tópica que deriva de este ideal del yo. Aclara que el narcisismo del niño es desplazado por este ideal del yo. Aparecen aquí las relaciones con los otros (relaciones de objeto), personas significativas que ocupan un lugar primordial para el niño. Hay influencia crítica de los padres que se mantiene presente a lo largo de la vida. Este es un concepto importante para el análisis.

Lacan diferencia al yo ideal del ideal del yo. El yo ideal pertenece al registro imaginario y tiene origen en esa imagen especular con la que se identifica el niño, en cambio el ideal del yo pertenece a una instancia simbólica y es un lugar preexistente al niño. Aquí entran en juego los ideales y las relaciones con los padres sobre los cuales el niño construye su ideal. Según Lacan (1960/2003), “la función del modelo es dar una imagen de cómo la relación con el espejo, o sea la relación imaginaria con el otro y la captura del Yo ideal sirven para arrastrar al sujeto al campo donde se hipostasía en el Ideal del Yo” (p. 659).

Según Nussbaum (2009), el sujeto del inconsciente es un sujeto de la pulsión y de la herencia. Las identificaciones adquiridas en el seno familiar tienen un rol fundamental en el psiquismo del paciente. Le brinda al aparato psíquico los ideales, escala de valores con lo que es

correcto e incorrecto según cada familia y también prefigura los conflictos. Debido a estas identificaciones, se internalizan las relaciones interpersonales que le dan un marco al sujeto de cómo mira al mundo a través de él, y esta forma adquirida en el seno intrafamiliar juega un rol importante en los conflictos intrapersonales. Es decir, los conflictos con la propia conciencia de uno, sus capacidades, sus limitaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo. La transmisión de los ideales y valores es un tema importante que va de generación en generación y hace que el sujeto por un lado tenga la necesidad de ser un fin para sí mismo, y además ser un eslabón de una cadena generacional a la que se encuentra sujeto sin mediar en ésta su voluntad. Si se piensa en esta idea se puede decir que el bebé que nace está marcado por vínculos que existen antes de su nacimiento. Esto es el deseo de sus padres previo a su nacimiento. Luego aparece la identificación primaria una vez que es sujeto ya está formado donde se heredan los conflictos, las aspiraciones e irracionalidades. Muchas de las aspiraciones propias del sujeto suelen chocar con lo que se espera de él, ya que no siempre coinciden produciendo un conflicto al paciente.

3.3 Síntoma

La definición propuesta por Freud (1916/1992) de síntomas psíquicos son aquellos “actos perjudiciales, o al menos inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella” (p. 326). El principal daño que causa en el sujeto es un gasto anímico muy alto y la necesidad de lucha que trae consigo. El síntoma es aquel que el paciente dice ya que es el discurso que despliega delante del analista el que constituye la clínica psicoanalítica. Para que el síntoma esté presente se necesita de la creencia del paciente en que ese síntoma le cause un sufrimiento, ya que ello es lo que lleva a su análisis. Es para Freud una de las formaciones del inconsciente (Alvarez, Esteban & Sauvagnat, 2004).

Aquí aparece entonces otro concepto clave con el que el psicoanálisis trabaja. Freud enuncia que el psicoanálisis comienza con el síntoma. Dice que este es “rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”. Tienen un sentido al igual que los sueños o las operaciones fallidas. Expresa el mérito en la definición de síntoma que expuso Janet acerca del síntoma, como una exteriorización inconsciente del enfermo. Es por ello su interés en estudiarlo (Freud, 1916/1992). El mismo se diferencia del significado que tiene en medicina o psiquiatría donde se

hace referencia a una lesión o enfermedad. En psicoanálisis, al ser el mismo portador de sentido, entonces podemos entrar en el terreno de la interpretación. Encontramos aquí una dimensión subjetiva singular. Entra en juego si lo registra o no, cómo lo registra, si hay goce o displacer y cómo se articula en el discurso. Su abordaje pasa entonces por la trama discursiva. La instauración del abordaje analítico busca darle un sentido (Leivi, 2001). Según Diaz (2004), es el síntoma el que nos orienta en la cura. Es por ello que es importante qué lo forma y qué lo mantiene. Lo que da forma al síntoma es lo que el paciente dice. Al ser producciones del inconsciente, al igual que los sueños o actos fallidos, están en relación directa a las historias de los sujetos que lo relatan y les produce sufrimiento. Hay en el síntoma condensación y desplazamiento como ocurre con las formaciones del inconsciente.

Freud (1916/1992) propone que para poder resolver los síntomas, hay que realizar el análisis de su origen, poder analizar el conflicto con el que instauraron e intentar darle otro significado a lo ocurrido que antes no estaba disponible para pensarlo. Es necesaria una revisión del proceso represivo. En transferencia, se crean nuevas versiones de lo ocurrido en el pasado. Según Lombardi (2004), el síntoma en transferencia se modifica y hay diferentes momentos por el que mismo transita. Es por ello que la recomendación de Freud es usarlo como una brújula, ya que estos momentos son muy diferentes. Siempre en el síntoma está presente la sustitución. Hay un significante (manifiesto) que se presenta en lugar de otro significante (latente). El trabajo del analista es el desocultamiento del mismo. El trabajo de descifrar al síntoma dándole un sentido es ligada a la fantasía que se relaciona la elaboración de ese síntoma. Puede ser que el paciente en un primer momento lo desconozca, ya que el sujeto no considera que el síntoma que padece está presente. Muchas veces el reconocimiento del síntoma lleva a un padecimiento. Si no es reconocido el analista no puede operar sobre él ya que falta que sea primero reconocido. Reconocer el síntoma es reconocer que hay una causa y esto angustia al paciente. “En el síntoma podemos reconocer tanto un padecimiento como un deseo de curar” (p.66).

Según Lacan (1953):

El síntoma es aquí el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Símbolo escrito sobre la arena de la carne y sobre el velo de Maya, participa del lenguaje por ambigüedad semántica que hemos señalado ya en su constitución (p. 270).

Si se piensa al síntoma con los tres registros de Lacan, se puede decir que el síntoma se puede pensar ubicándolo dentro del registro simbólico. Hay una invasión de lo simbólico en lo real. Aparece una necesidad de querer explicarlo todo, pero esto no resulta. Lo simbólico, no puede recubrir nunca lo real, no es posible. Al pertenecer a lo simbólico se trabaja con la palabra en la sesión. Con cada paciente se puede decir que los significantes de cada uno entran en juego y se realiza un análisis individual caso por caso. En cambio, con la angustia, hay un afecto real que despierta al cuerpo. Lo real invade a lo imaginario, es decir, al cuerpo del paciente y uno tiene la sensación en el cuerpo invadido. El paciente se siente atormentado porque hay algo que no sabe. Hay una angustia que es señal de que algo puede llegar a pasar (Domb, 2020).

Focchi (como se citó en Quiroga, 2019) propone para las crisis de angustia trabajar para que se piense en un significante que pueda darle un nombre a aquello que es insoportable y no se puede mencionar. Una primera aproximación es crear una distancia de uno mismo pudiendo encontrar una referencia al Otro que pueda enlazarlo a otro significante. Destaca la importancia de marcar un significante en el caos de la vida para armar un borde de tal manera que no asuste al paciente el hueco que ese pánico muestra. No hay que trabajar en darle sentido al significante de ese caos que lo paraliza, sí es importante crear una barrera de seguridad que lo contenga de no caer en ese hueco.

3.4 La angustia y la crisis de angustia.

A lo largo de la obra de Freud se puede observar que desarrolla diferentes teorías para referirse a la angustia. A medida que su obra avanza en el tiempo expone diferentes teorías y las reformula. En su texto *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia* en 1895, Freud hace una exposición detallada sobre la neurosis de angustia relacionada a lo sexual. Agrupa bajo neurosis de angustia a un complejo de síntomas donde todos los competentes se agrupan bajo un síntoma principal que es la angustia. La causa de ellos remite a lo sexual. Expresa que la fuente de la angustia no ha de buscarse en lo psíquico. Hay una acumulación de excitación que no es transmitida psíquicamente. Es para él una acumulación de tensión sexual que no ha encontrado manera de satisfacerse. Por eso los síntomas son físicos. Enuncia como neurosis de angustia los síntomas que padece un sujeto en un ataque de angustia.

Ellos son: palpitaciones, transpiración, sudoración, diarrea, miedo a morir, mareos, vértigos, temblores, etc. La retención de esta tensión se transforma en angustia. La represión lleva a la angustia.

Este concepto de angustia evoluciona, hasta que en 1925 en su texto *Inhibición, Síntoma y Angustia* conceptualiza a la angustia como señal de alarma para comenzar a activar su mecanismo de defensa, entre ellos la represión. Entonces se cambia aquí el movimiento entre angustia y represión. Al principio de su teoría, la represión llevaba a la angustia y ahora hablamos de que la angustia induce a la represión. Primero se genera la angustia en el yo y como consecuencia lleva a la represión. El yo funciona como señal para activar su mecanismo de defensa. Define aquí a la angustia como un estado sentido. El yo es el que percibe un estado afectivo que genera displacer y acciones de descarga. Se diferencia del duelo o del dolor, ya que el paciente siente y percibe estas acciones de descarga.

Se incluye ahora en la definición de angustia al estado afectivo. Según Laplanche y Pontalis (1996) es un estado puede ser penoso o agradable, vago o preciso. Puede presentarse en forma de descarga masiva o una tonalidad general. Según Freud en toda pulsión hay una representación y un afecto. El afecto se relaciona con la calidad de la cantidad de energía pulsional y como este varía. Muchas veces este afecto no está ligado a una representación y cuando esto no ocurre surge la angustia. Un afecto sin representación puede terminar en una neurosis de angustia.

La angustia en esta última teoría que expone Freud (1926/1992) es producida por una imagen mnémica preexistente. Algo que haya ocurrido en el pasado, se presupone un momento anterior donde hay angustia. La causa de ese primer momento principal preexistente es la angustia de castración. Hay una señal que dispara la angustia que tiene su origen en la angustia de castración. Ello funciona como huella mnémica.

El término crisis de angustia o ataque de pánico son términos que hoy suenan familiares. Freud describe todos aquellos mismos síntomas en 1895 que se utilizan hoy para caracterizarlos. La diferencia que aparece en las crisis de angustia es que el mundo se desploma. En el sujeto no aparece ninguna defensa que cuide la angustia. La angustia en masa rebalsa el aparato psíquico y este no llega a procesar ese quantum. Al no existir defensa alguna este pasa a un verdadero estado discordante. No siempre está presente la verdadera amenaza o peligro que active la respuesta para que se active el organismo. Aparece sin estar ligado a un motivo aparente un miedo intenso y

desesperado. Hay una falta de relación con la amenaza. Aparece una pérdida de control del sujeto que la vive. No la puede manejar racionalmente y es un episodio traumático. Los episodios duran horas o minutos y tienden a repetirse. Los síntomas físicos son los protagonistas de la escena (palpitaciones, sudor, vértigo, dificultad respiratoria, entre otros). Es la vivencia más cercana a que uno va a morir. Aquí hay un componente que la distingue de la angustia. Las crisis se caracterizan con la idea de la propia muerte. La crisis aparece en cualquier momento, hay un miedo recurrente a una próxima crisis, necesidad de evitación y disminución en la calidad de vida. El psicoanálisis trabaja sobre la relación verdadera entre el sujeto y la angustia. El paciente necesita ubicar en su historia las razones subjetivas de la manifestación de angustia que aparece (Marchesini, 2008).

En su texto *Tres formas de la angustia*, Lombardi (2010) menciona que la experiencia de la angustia puede llevar a un sujeto a diferentes disposiciones. Hay quienes se toman de la primera teoría de Freud donde la angustia no tenía derivación psíquica, por lo tanto, la causa no se encontrará allí. Como no hay participación psíquica del sujeto, no hay entonces qué elaborar. La posibilidad de tratarlo con un fármaco es la solución ya que no hay elaboración posible. Una segunda forma, con una responsabilidad del lado del sujeto, donde la causa final es la angustia de castración. Algo que ya ocurrió, por lo tanto no hay porqué temerle y una tercera forma, como angustia realista (algo que indica un peligro real). El psicoanálisis invita al sujeto a poner en palabras qué es lo que lo inhibe de la acción. Con la palabra el sujeto aquí no corre un riesgo, que sí siente que lo corre con la acción. La angustia se convierte en síntoma. El síntoma (utilizado como brújula como mencionamos en el apartado anterior) es lo que se trabaja en el análisis y puede desplegarse en lo simbólico, finalizando con un pasaje de lo simbólico a lo real. Por lo tanto, se puede pensar en una puerta imaginaria por donde el paciente entra (lo que siente en el cuerpo), y que puede describir sus síntomas, el análisis del síntoma en lo simbólico durante el tratamiento. La puerta de salida sería el pasaje de lo simbólico a lo real, es decir al acto. Aquí hay una elaboración de las coordenadas de la angustia con una asistencia del analista.

El recorrido planteado en el marco teórico para el análisis del caso propuesto, comenzó con las bases del método del psicoanálisis y la importancia de la regla fundamental, o sea la asociación libre, como única regla necesaria de ser expuesta por el analista. El objetivo del método es permitir la exploración del inconsciente. Se detallaron como crear las mejores condiciones para que se

pueda llevar a cabo un tratamiento. También se definió qué se entiende por motivo de consulta, la no estructuración de reglas fijas a seguir, la experiencia clínica del analista, la importancia de desplazar el deber ser del analista, el proceso educativo que lleva a cabo el paciente, y la comunicación oportuna del analista como aspectos importantes a tener en cuenta. Se realizó luego, un recorrido por el concepto, fundamental en psicoanálisis, de transferencia, y cómo un análisis ocurre en transferencia. De no estar instalada la misma, no hay posibilidad de realizar un tratamiento. Conceptos importantes, como el lugar del analista, ocupando una posición de sujeto supuesto a saber, y la diferenciación entre transferencia y sugestión fueron analizados. Luego, se explicó el concepto de repetición e interpretación en psicoanálisis, y la importancia de los mismos. Dentro de este método, para explicar acerca del inconsciente, se desarrollaron los apartados de la importancia de la palabra como medio de acceso al mismo, y se intentó situar qué significa el registro simbólico y el Otro para Lacan. También, se hizo énfasis en el significado del ideal del yo. En cuanto al síntoma, se lo califica de brújula que guía la cura, y se explicó acerca de sus diferentes momentos en el tratamiento. Por último, se describió qué es para el psicoanálisis la angustia, la evolución que tuvo este término, y qué significa una crisis de angustia.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de caso único.

4.2 Participantes

Paciente de 55 años sexo masculino. Su motivo de consulta era una crisis de angustia que volvía a repetirse. Hace un año y medio había hecho un tratamiento de seis meses en la misma institución logrando que los síntomas disminuyan. Llega a la entrevista por una nueva crisis de angustia que no había podido manejar y relata que en el tratamiento anterior no había tenido posibilidades de profundizar. El paciente se siente con una autoestima baja y afirma que no puede llevar a cabo sus proyectos.

Su estado civil es soltero y vive con su pareja del mismo sexo. Su profesión es periodista. Trabaja en la radio los fines de semana con un ciclo de entrevistas a famosos. Conduce su propio programa de entrevistas.

María es la terapeuta que lo atiende y trabaja con una orientación psicoanalítica, de sexo femenino. Es parte de la institución hace 10 años. Tiene 48 años y es coordinadora de uno de los grupos de posgrado de Adultos en dicha institución. Ayuda junto a los docentes a la supervisión de casos de los psicólogos de la institución.

4.3 Instrumentos

Entrevistas semidirigidas a la terapeuta acerca del caso descripto. La primera entrevista será informativa en cuanto al caso con una descripción detallada del motivo de consulta y un paneo general de la evolución del paciente en su tratamiento.

Las siguientes entrevistas serán semidirigidas teniendo en cuenta las preguntas que se plantean sobre el caso utilizado. El eje principal de la entrevista será acerca de la repetición de la sensación de abandono con la que el paciente relaciona las crisis de angustia y cómo lo afecta en sus actividades y logros personales. También se buscará que la analista describa la relación con su padre y cómo fue la relación entre ellos a lo largo de la vida, cuál es la mirada que el padre tiene de su hijo según el paciente. Se buscará indagar acerca cuáles son las intervenciones llevadas a cabo por la analista y los avances que va realizando su paciente en relación a sus vínculos familiares y trayectoria profesional.

Viñeta detallada aportada por la terapeuta con algunos detalles de relevancia en intervenciones y asociaciones del paciente durante las diferentes sesiones.

4.4 Procedimiento

La recopilación de la información y datos del paciente se realizó en la primera entrevista telefónica con la terapeuta con una duración aproximada de una hora. La misma consistió en una explicación general del caso, sus intervenciones y sus avances en el transcurso de los meses. Luego, se realizaron cuatro entrevistas telefónicas y virtuales para entender en profundidad las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta con una extensión aproximadamente de 30 minutos cada una en un período de cuatro semanas.

5 Desarrollo

5.1 Introducción

El caso que se eligió para el desarrollo del presente trabajo es de un paciente sexo masculino de 55 años de edad. Convive con su pareja del mismo sexo hace 6 años, pero ningún miembro de su familia sabe que está en pareja con un hombre. Cuando tenía algún evento familiar asistía al mismo solo, sin su pareja. Su familia de descendencia italiana con tradiciones muy rígidas en cuanto a los roles de los integrantes. Sobre el sexo masculino recae en esa familia la obligación heredar y llevar adelante el negocio de su padre. Esto ya es algo que ocurre hace varias generaciones. Las mujeres dentro de esta estructura familiar no tenían un rol importante, su madre nunca trabajó y siempre se ocupó de las tareas domésticas de la casa y de los hijos. Su madre falleció hace un par de años y mantenía con ella una buena relación. Su padre hoy ya estaba retirado y el paciente lo visitaba todas las semanas como una obligación de ocuparse de su padre y no porque disfrutaba de hacerlo. Con su hermana, dos años menor que él, mantenía un conflicto económico por la sucesión de la herencia de un terreno. Su decisión de haberse dedicado al periodismo y no continuar con la tradición de llevar adelante el negocio familiar había sido un conflicto importante en la relación familiar.

Un año y medio antes de iniciar el tratamiento el paciente había realizado un tratamiento en la misma institución de una duración de 6 meses. En ese entonces había decidido iniciar el tratamiento después de sufrir varios episodios de crisis de angustia que le producían limitaciones en su vida diaria y un malestar muy grande. Su tratamiento duró 6 meses que es el tiempo aproximado institucional en los que se realiza el tratamiento y fue dado de alta. Es importante destacar que un alta institucional no significa el alta del paciente. La institución es privada, pero trabaja con un bono voluntario de pago donde el paciente toma la decisión de cuánto paga por sesión. El objetivo de la institución en el tratamiento es atender el motivo de consulta. Una vez obtenida el alta institucional según la decisión de cada profesional se le ofrece al paciente continuar con el tratamiento en forma privada con el mismo profesional, pero el arreglo económico del pago de cada sesión queda en la decisión de cada analista. Él había obtenido en ese momento el alta institucional ya que los síntomas de la crisis de angustia con las que llegó al motivo de consulta, habían disminuido y había podía controlar los mismos. Decidió luego de esta alta, no continuar con su tratamiento en forma particular. Sin embargo, en este segundo tratamiento que hace en la

institución cuando habla de su tratamiento pasado explica que le sirvió porque pudo controlar las crisis, pero sin embargo no había podido profundizar demasiado en el porqué de la crisis y que un año y medio después estas habían reaparecido con gran intensidad y un malestar muy grande.

Hace varios años había sido diagnosticado con VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Tomaba una medicación para este virus todos los días y se hacía los controles correspondientes. Decía que no tenía miedo de tener esta enfermedad y que el virus con la medicación estaba bajo control. Se describía como una persona hipocondríaca ya que por una interpretación personal ante cualquier síntoma que aparecía él pensaba que tenía una enfermedad y miedo de morir. Su padre tenía esta misma característica. Sin embargo, según el paciente con el VIH no tenía este miedo, ya que sabía que había contraído el virus y cómo controlarlo. Era muy metódico con los controles y con la medicación, realizada el tratamiento indicado por el médico.

5.2 Descripción del motivo de consulta y sintomatología del paciente al inicio del tratamiento.

El paciente inició un tratamiento psicoanalítico por segunda vez en esta institución. Fue admitido nuevamente en la misma después de una entrevista de admisión, y quien estuvo a cargo de la misma (otra psicóloga de la institución) decidió volver a admitirlo como paciente. El tratamiento que inició anteriormente fue con otra profesional. Ya había transcurrido un año y medio desde su tratamiento anterior.

Luego de la entrevista de admisión llegó a la primera consulta donde la analista conoció a su paciente. De las entrevistas con la psicóloga y la viñeta aportada por ella para el análisis del caso se puede describir, lo que el paciente describe como motivo de consulta. Según la definición que aportaron Haldemann y Muraro (2006), el motivo de consulta es aquello que puede ser formulado claramente por el paciente o elaborado por él mismo en su primer momento de tratamiento. Según lo informado por la analista en las primeras dos entrevistas el paciente habló de su tratamiento anterior que había finalizado hace un año y medio. Había comenzado aquel tratamiento debido a repetidos episodios de crisis de angustia que no podía controlar. Expuso que había trabajado ello en su terapia anterior y que aquellos síntomas que no lo dejaban cumplir con su rutina diaria, había logrado controlarlos. Los síntomas disminuyeron, pudo regresar a su rutina

sin inconvenientes y una vez que eso ocurrió logró el alta institucional y la psicóloga con la que hacia el tratamiento en aquel entonces le ofreció seguir el tratamiento, pero él no aceptó ya que sintió que más allá de haber logrado un objetivo importante *no sentía que había profundizado demasiado en el tratamiento*. Un año y medio después sufrió otra crisis de angustia que en este caso no pudo controlar. Al haber vivido otras crisis de angustia previas, pudo identificar con mayor rapidez qué era lo que le ocurría, por su terapia anterior, pero más allá de eso sintió que *no tenía control de la situación*. Es por ello que decidió volver a terapia.

Según la información extraída de la viñeta realizada por la psicóloga, en la tercera entrevista el paciente pudo empezar a relatar con más detalle qué sentía durante la crisis de angustia e identificó algunas sensaciones previas a entrar en crisis. Estas sensaciones previas que él relata son *cosquilleo en la manos, transpiración y palpitaciones*. Aparecen aquí en el relato del paciente un complejo de síntomas físicos que Freud (1895/1992) describe frente a una neurosis de angustia. Un par de horas antes a que se desencadene la crisis de angustia él tenía estos síntomas. Siempre ocurría así. Como ya había tenido estos episodios repetidas veces y al haberlo trabajado en su terapia anterior, el relato del paciente era concreto según la analista, ya tenía identificados sus síntomas físicos. Esta información hacía que sea más consciente de lo que le estaba pasando y mayor capacidad de relación entre los síntomas y la crisis de angustia. Él era capaz de identificar los síntomas previos a que la crisis aparezca. Empezaba con esos tres síntomas mencionados anteriormente y con el transcurso de las horas, estos síntomas no desaparecían, se intensificaban y se agregaba la sensación de ahogo con un miedo muy intenso a morir. Más allá que pudo identificar los síntomas previos, no pudo controlar la crisis de angustia. Aquí aparece una característica importante en la crisis de angustia que es el miedo a morir. Como mencionó Marchesini (2008), si la cantidad excesiva de angustia no llega a ser procesada por el aparato psíquico, hay un desborde del mismo, sin mediar una amenaza que el paciente pueda identificar, y ninguna defensa que funcione que cuide a la angustia. El paciente experimenta una pérdida de control, que no puede ser manejada racionalmente.

Además de la manifestación de síntomas físicos, en la información que fue suministrada se menciona que el paciente dice que tiene temor a morir. Así mismo, manifestó *no saber a qué se debe*. El miedo aparece sin estar ligado a un motivo aparente (Marchesini, 2008). Según el paciente, sospecha que esta última crisis de angustia estaba relacionada a la entrega de los resultados médicos que estaba esperando de unos estudios clínicos que se había realizado hace

unos días (no tenían que ver con su enfermedad de VIH). Eran estudios clínicos anuales de control que se realizaba todos los años. Él se describía como hipocondríaco y decía que antes él no era así, que esto era algo nuevo. Agregó a esta descripción, *esto es muy loco, mi pareja me dice que me busco enfermedades. ¡Es cierto! Y no se por qué. Bueno, mi papá también era un poco así, exageraba en sus dolencias físicas*. En su discurso aparece el padre y la identificación con él en este aspecto que le genera displacer. Relaciona sus síntomas con que es hipocondríaco, como el padre. Aquí se puede mencionar a Freud (1909/1992) donde menciona al psicoanálisis como una educación que se retoma para superar restos infantiles.

Según la analista, en lo relatado por el paciente en las primeras sesiones, luego de haber atravesado la crisis, el mismo quedaba con una sensación de angustia y miedo que estas crisis se vuelvan a repetir. Afectaba su rutina de trabajo porque quedaba muy cansado y con mucho miedo de que vuelvan a aparecer y no poder controlarlas. Freud (1925/1992) definió a la angustia como un estado sentido. Es el yo del paciente el que reconoce este displacer una vez que atravesó la crisis, y el paciente relata que siente un estado de angustia continuo. En términos de la teoría de Lacan, se puede mencionar que el paciente sufrió una invasión de lo real en lo imaginario. Hay un *no sé a qué se debe* que atormenta al cuerpo con sensaciones físicas que no puede controlar (Domb, 2020).

Sus síntomas físicos eran los que aparecían en la descripción del paciente como sintomatología específica que traía a consulta. Todos ellos son síntomas corporales que aparecen de manera abrupta, y que el paciente no puede controlar por más que ya sabe que estaba atravesando una crisis de angustia. Como describe Freud (1895/1992), la angustia rebalsa el aparato psíquico y no la puede procesar ese quantum de angustia. Estos síntomas físicos pasan a ser los protagonistas de la escena y hace que sean los primeros que el paciente relata en su discurso. Estos síntomas físicos tienen una relación con lo psíquico. Todos estos síntomas físicos se agrupan bajo un síntoma principal que es la angustia, y en el análisis es necesario buscar la causa de esa angustia. La causa no es reconocida en las primeras entrevistas como menciona Lombardi (2004), y muchas veces el síntoma no es reconocido por el paciente como en este caso. Aparecen síntomas manifiestos en lo físico, pero hay aquí otros latentes cuya revisión será la tarea del análisis. Según Álvarez, Esteban y Savagnat (2004) para que el síntoma esté presente, tiene que ser dicho por el paciente, ya que para transformar la causa de esa angustia en síntoma se necesita de la creencia del paciente, por ahora ausente.

El paciente hizo referencia a que su experiencia anterior había sido buena, pero ahora demandaba una mayor profundización en las causas de esa angustia, y dijo *estar más preparado para ello que la otra vez*, según lo relatado por la psicóloga en la entrevista. Durante todo el tratamiento, cumplió con sus horarios de la sesión, y tomó el tratamiento con mucha responsabilidad y ganas de trabajar en él. Como explica Lombardi (2011), Lacan dice que, para darle la oportunidad a alguien como paciente, es necesario que tenga un requisito claro, éste es que el paciente tenga un deseo decidido acerca del tratamiento. Hay en este paciente un deseo decidido de comenzar con el tratamiento y de profundizar en las causas de esa angustia según lo relatado por la psicóloga.

A modo de resumen, se puede concluir entonces que el motivo de consulta del paciente que la analista relata es una nueva crisis de angustia. Luego de haber realizado un tratamiento psicoanalítico previo, donde había logrado que los síntomas puedan ser controlados hace un año y medio, apareció una nueva crisis de angustia con sensaciones físicas que se repiten de cosquilleo, palpitaciones, transpiración y miedo intenso a morir. Esto afectaba su trabajo, sus vínculos y producía un sufrimiento al paciente. Según lo informado por la psicóloga que realizó el tratamiento, el paciente no sabía porque le ocurrían estas crisis de angustia. Reconocía la angustia y tenía el deseo decidido de comenzar una búsqueda de las posibles causas del mismo.

5.3 Descripción de las intervenciones utilizadas en el tratamiento desde el modelo psicoanalítico.

Más allá de que el paciente había realizado un tratamiento en la misma clínica, y conocía acerca del método psicoanalítico, la analista introdujo la regla fundamental (Lombardi, 2011) en el comienzo del tratamiento. La analista le pidió a su paciente que hable libremente de sus pensamientos, ideas, imágenes, sin pensar si era adecuado o no, simplemente que hable de lo que quiera. Fue el paciente el que eligió la dirección de su discurso, por dónde empezar y de qué hablar.

La relación entre el paciente y el analista es lo primero que se necesita describir, para poder analizar las intervenciones realizadas por el analista. Desde la primera entrevista se estableció un buen rapport en el vínculo entre ellos. Lombardi (2011), explica acerca de la necesidad de un buen rapport entre el paciente y el analista, también llamada transferencia operativa. Esta es, la primera meta en el tratamiento, para luego abrir la posibilidad que se instale la transferencia. Las

intervenciones deben realizarse con el objetivo principal planteado por Freud en el análisis de hacer consciente lo inconsciente, y a esto deben apuntar dichas intervenciones (Laplanche & Pontalis, 1996). Lo importante es realizar una búsqueda del sentido latente y hacer manifiesto su deseo, siempre se debe tener en cuenta que el deseo se mueve constantemente como explica Arcón (2006). La búsqueda por el síntoma latente detrás de la angustia, es lo primero que la analista buscó identificar con el paciente. Como explica Lombardi (2011) el síntoma transita diferentes momentos y el sujeto puede no saber que este está presente. Cuando se le preguntaba al paciente acerca de lo que pensaba de la causa de su angustia la respuesta era *no sé*. Ello fue lo primero con lo que la analista trabajó.

Según lo relatado por la analista, el paciente eligió describir las crisis de angustia que había tenido hace dos años, y realizó una descripción detallada de su malestar la primera vez que esta crisis irrumpió, ya que no sabía qué era lo que le pasaba. Eligió relatar acerca del primer episodio de angustia donde se sintió fuera de control. El paciente describió qué pudo situar que ocurrió estando él en su casa. Fue en la madrugada, y en la mitad de la crisis relata que llamó a su padre. Dijo el paciente, *estaba angustiado, lo llamé a mi papá para decirle, vos me abandonaste*. A su vez dice que recuerda que ese día recibió una carta documento de parte de su hermana. Y agregó en su discurso, *esa fue la sensación que tuve, haber sido abandonado, haberme quedado solo. Yo pensé que estaba desenganchado, pero hay algo que claramente no se desenganchó*. Hasta el momento solo habían aparecido en la sesión los síntomas físicos en el discurso del paciente. El paciente dijo que su padre proviene de una familia italiana, y cuáles eran sus tradiciones a seguir, o sea la herencia de los negocios, además del apellido y el lugar que él debía ocupar. Como no cumplió con las expectativas que tenía su padre de él, ello provocó un enojo, y un alejamiento del padre de su hijo. El paciente se sintió abandonado, según su propio relato. Dijo no sentirse acompañado en sus elecciones. La analista solo escuchó, sin hacer ninguna intervención ni comentario al respecto.

En las siguientes sesiones habló de su padre, la tradición familiar de su familia donde los hijos varones heredaban los negocios, la relación con su hermana y el lugar simbólico que ocupa la mujer en la familia y qué era lo que se esperaba de ella. Relató, *mi padre siempre se vanagloriaba de todo lo que nos dio, pero me faltó un padre, me faltó cariño, me ha faltado una imagen masculina en la familia*. El paciente se quejaba de que como había elegido algo diferente a lo que su padre esperaba de él, no podía conversar con él sobre sus propios proyectos y trabajos

porque no mostraba ningún interés por acompañarlo en su camino. Sí mencionó que había un tío en su familia con quien podía hablar e intercambiar ideas. Sigue su relato y dice que fantasea con no dejarlo entrar a su padre el día de su velorio. Aquí relacionamos este dicho con la pulsión de muerte de expone Freud (1920/1992). *Va a ser como decirle que no lo dejo entrar a verme porque él no me dio lo que me tendría que haber dado.* En las sesiones siguientes se lo notaba al paciente interesado en seguir con el relato del padre. Dijo que nunca tuvo una buena relación con él. Su padre nunca había escuchado el programa de radio que él conducía, nunca había leído un artículo publicado por su hijo y el paciente relató que *su padre lo consideraba un inútil y se lo decía.* En cada sesión, cuando ésta comenzaba, compartía en la sesión cuestiones que había considerado durante la semana en relación a la sesión anterior. Más allá de tomar en cuenta los consejos de Freud (1913/1992) acerca de desaconsejar al paciente llegar con un discurso preparado, la psicóloga no desalentó a su paciente a hacer esto porque traía material que los ayudaría a construir juntos un saber del paciente, que necesita para aliviar su sufrimiento a través de un trabajo en conjunto (Freud, 1920/1992).

La psicóloga relata que *lo veía con muchas ganas de realizar el tratamiento*, ella mencionó que el paciente mostraba mucho interés. Como expresó Lacan (1964/1973) el acto es del analista ya que tiene el lugar de actor y sostiene la escucha, pero la tarea es del paciente, y según la analista, una tarea que estaba llevando a cabo con mucha responsabilidad y ganas. La transferencia estaba presente y se había instalado en el vínculo la idea de que la analista poseía un supuesto saber, y el paciente tenía una demanda que dirigía a ese saber del analista que ayudaba con su escucha a buscar aquellos significantes que le ayuden a desplegar su inconsciente. Es la demanda a ese Otro, de curación, de reconocimiento, de amor evocando el lugar de sujeto supuesto a saber (Thompson et al., 2007), y el paciente expone en sus dichos un límite a su propio saber (Mena et al., 2015).

La experiencia clínica de la analista en las crisis de angustia era amplia. Hace 10 años que trabajaba en la institución con pacientes en este tema, ayudaba a otros psicólogos de la institución en la supervisión de casos dos veces por semana, y coordinaba un grupo de posgrado que dictaba la institución. Como mencionó Freud (1911/1992), la experiencia clínica es una herramienta fundamental a la hora de aplicar la técnica, ya que la dirección de la cura no es una sola, hay varias posibilidades. Según lo descrito por Avenburg (1998) acerca de posibilidad de desplazar el *deber ser* a las necesidades del paciente, se puede mencionar que dada la experiencia la analista se sintió confiada en que podía lograrlo y permitir dejar el ideal del analista de lado (Lacan 1964/1973).

La analista sugirió traer la palabra que el paciente había utilizado en una de sus primeras sesiones, *desengancharse*, y relacionarlo con todo lo que el paciente había relatado de su padre. En su relato la analista dice *parece que esto de lo que él creía que se había desenganchado no era así*. Dice que al paciente le menciona, *una cosa es desengancharse uno y otra es ver como un padre ha vivido desenganchado de él, en el sentido que no puede reconocer en su hijo un hombre que no cumpliría con los mandatos familiares que su padre impuso, pero esto no lo convertía en un imbécil y que él podía ser otra persona que la que el padre veía*. De esto se trata la búsqueda del síntoma a través de la palabra (Andina, 2011). La palabra *desengancharse* se puede pensar de diferentes maneras, un significante diferente, darle otra idea a la relación que tiene esa palabra con el paciente. Una vez establecida la transferencia, el analista escucha en búsqueda de aquellos significantes que puede ayudar al paciente (Lacan, 1964/1973), éste era uno en que se podía pensar de otra manera, y decidió hacer esta intervención sobre el final de la sesión para que el paciente pueda pensarlo durante la semana, según la analista. Al intervenir con ese otro sentido, el paciente hizo silencio y no contestó nada. Se puede pensar que con la intervención del analista la palabra *desengancharse* se transforma de una palabra vacía a una plena (Lacan, 1949). El paciente explicó en la sesión posterior a esta intervención que él había pensado que se había desenganchado del padre ya que antes hacía un esfuerzo por ir a visitarlo y llamarlo a diario pero que ahora ese esfuerzo lo había dejado de hacer y no lo visitaba. Las llamadas eran cada vez mas esporádicas, y que ese trato que el padre tenía hacia él por no continuar con el legado que se le imponía le molestaba mucho.

En las sesiones siguientes, el paciente trajo en su discurso algo relacionado a este nuevo significante de *desengancharse*. Según el relato de la psicóloga, él comprendía la idea de que podía ser otro del que su padre veía, ya que el paciente lo decía, pero sin embargo también decía que no podía apropiarse de sus trabajos. Varias veces apareció en la sesión la frase tengo la autoestima baja, *no me la creo*. Según Freud (1912/1992), cuando explica acerca del término *compulsión a la repetición* menciona que muchas veces el paciente no recuerda, pero sí lo actúa. Lo olvidado y reprimido aparece en la acción. En este caso, la acción de la que explica Freud es no poder apoderarse de sus trabajos, no sentirse conforme con lo que escribe y con una baja autoestima. Es importante mencionar que aquí la analista solo escuchó, y no realizó una intervención sobre la autoestima ni intentó hacer un refuerzo del yo débil que presentaba su paciente. No realizó ninguna intervención sobre lo imaginario, ya que lo que se intenta en la sesión es dejar eso de lado, para

darle su lugar a lo simbólico como explica Lacan (1956/1984) y no se trabaja en el análisis un fortalecimiento del yo. El analista no debe sugerir y usar el poder que le da la transferencia. (Lombardi, 2011). La analista decidió no realizar ninguna intervención sobre este concepto, para retomarlo más adelante, a medida que las asociaciones del paciente avanzaban en su tratamiento.

En otra sesión, la analista relata que el paciente le comenta que *a veces esas sensaciones físicas previas a las crisis de pánico le agarraban cuando está por entrar a su trabajo*. Dada la experiencia del analista, del relato del paciente pudo extraer muchos significantes que eran importantes para el mismo y que le causaban angustia, pero antes de comunicárselo debía sentir que el paciente esté próximo a apoderarse de la solución él mismo según lo que explica Freud (1913/1992). La comunicación oportuna juega un rol fundamental que guía la cura. La pregunta de la analista según la entrevista fue, *porque creía que le pasaba esto antes de entrar*. Su primera respuesta fue *no sé*. La analista mantuvo silencio y esperó a que el paciente lo asocie con algo, y después dijo, *ya van 10 años trabajando en el mismo lugar, haciendo el mismo programa*. De a poco dentro de esa misma sesión se animó a decir, *quiero reinventarme laboralmente, encontrar algo que me entusiasme, me siento en una llanura, estoy aburrido, aunque mi trabajo me encanta*. Pensó en silencio, y relató el paciente *a veces no voy a otros lados porque pienso que me van a decir que no*. Asocia libremente y dice, *cuando era joven mi primer trabajo lo conseguí impulsado por mi tía, hace 30 años, y desde que quiero algo lucho siempre por conseguirlo, yo siempre desarmé mis miedos para poder avanzar, pero ahora algo me detiene*. La psicóloga interviene y le dice, *parece que esa sensación de abandono volvió*. La analista escuchó *algo me detiene*. El paciente relató como él pudo luchar para romper con esa tradición familiar de hacía 30 años, y que siempre luchó para conseguir lo que él quería, pero ahora algo lo detenía. Tenía varios proyectos por delante, escribir un libro, una mudanza a otro país, un cambio de trabajo ya que estaba aburrido del suyo, pero algo lo detenía. La analista le recuerda que, en su relato con la primera crisis de angustia, llamó a su padre a decirle que lo había abandonado, su sensación de abandono y con respecto a su hermana con la que siempre había tenido una buena relación, justo la primera crisis de pánico ocurre el día que le llegó de parte de ella una carta documento por la disputa de un tema legal. Recién avanzado el tratamiento, dos meses después el paciente pudo identificar y apalabrar su síntoma, como explica Andina (2011), era lo que le traía tanta angustia. El paciente recién en esa sesión pudo reconocerlo, más allá de que había mencionado un abandono en la primera sesión, no lo había incorporado conscientemente, lo había dicho al pasar sin darle importancia. La analista

esperó dos meses para que él pueda relacionarlo. En este tiempo, él pudo apoderarse de lo que le pasaba (Freud1913/1992). Forma parte del proceso educativo mencionado por Avenburg (1998) en el que el paciente puede ubicar al yo en una nueva posición acerca de los conocimientos que ya tiene.

Finalmente, el paciente pudo decir que, *la sensación de abandono de su padre era lo que más le angustiaba*. Según el paciente, desde que eligió no seguir con los negocios del padre y dedicarse a otra actividad, su padre no tuvo ningún interés por nada de lo que estaba relacionado a la elección de su hijo. Como explicaba el paciente, pensó que se había *desenganchado*, pero se dio cuenta que esto no había ocurrido. Antes, el paciente visitaba a su padre todas las semanas, pero no tenía una buena relación con él. Por eso había decidido casi no pasar por su casa a visitarlo, y los llamados telefónicos eran cada vez mas esporádicos. Sin embargo, la angustia seguía estando presente.

Todos aquellos síntomas físicos actuaban como sustituto (Lombardi, 2004) del verdadero síntoma que le generaba angustia. A través de la palabra fue encontrado diferentes significantes y a través de su discurso con la ayuda de la analista identificó la causa de esas crisis de pánico que se repetían y no podían controlar. La sensación de abandono del padre pasa ahora a ser su síntoma en la medida que es portador de sentido para el paciente y permite su interpretación. La analista entra así en la dimensión subjetiva del paciente al que analizan en conjunto, buscando a través del análisis darle un sentido (Leivi, 2011), y servirá para que los oriente en la cura (Diaz, 2004). La analista intentó hacer un análisis del mismo a su origen, analizar cuál es el conflicto que lo instauró para intentar darle un significado diferente, que antes no estaba disponible como explica Freud (1916/1992). Unas sesiones después, la psicóloga decidió interrogar al paciente sobre su deseo y decidió mencionar dos partes del discurso del paciente, ya que creyó que estaban relacionados y se podía indagar sobre ello. La analista le señaló, *que él había hablado de que las sensaciones estaban en relación a la idea de abandono de su padre, de su hermana (por la carta documento) y le preguntó si algo de esto le está pasando con su deseo, ya que quería escribir un libro, reinventarse, entonces le mencionó, ¿pero ahí podemos decir que te abandonaste en ese punto?* Realizó esta intervención sobre el final de la sesión. El paciente se mantuvo en silencio y se despidió de la analista sin decir nada. La siguiente sesión comenzó diciendo que el tema relacionado a que no avanza en su trabajo, con su baja autoestima *es en relación a su padre que de chico le decía que no iba a poder, que no sabía hacer nada y que era un inútil*. Como se

describió previamente, el aparato psíquico se constituye en la infancia. La importancia del Otro es su constitución es fundamental. La palabra de su padre pasó a representar un factor importante en su desarrollo. Como padre, tener una mirada pensando que tiene un hijo inútil, y además decirselo al paciente quedó marcado en él. Como explicó Lacan (1949/2003), los niños quedan introducidos en los significantes y significados del Otro. El Otro tiene una relación directa, y un papel principal en el desarrollo psíquico del niño. Según Freud (1914/1992) el ideal del yo, que pertenece a la instancia simbólica (Lacan 1960/2003), es aquella instancia con la que el paciente se identificó a su padre en su niñez, pero al no haber cumplido con los mandatos que el padre tenía para su hijo, el paciente tuvo que luchar contra ese ideal. Más allá de haber luchado, esa influencia crítica del padre a su hijo se mantenía presente al momento del tratamiento, y este era un conflicto a analizar. Las identificaciones adquiridas en el seno familiar son muy importantes, cuando uno quiere romper con ellas entra en un conflicto interno y externo que muchas veces no es fácil de resolver. Éste es el caso del paciente analizado. Nussbaum (2009) menciona que los padres además de brindarle los ideales, valores, también prefiguran conflictos futuros.

El padecimiento del paciente, según lo relatado por la analista, estaba relacionado al abandono que sintió de su padre por no cumplir con los mandatos familiares. Esta fue la línea principal que la psicóloga a cargo del caso decidió interrogar. La analista decidió intervenir acerca de la mirada de su padre sobre el paciente, y cómo esa sensación de abandono de su padre a la que él hacía referencia desde la primera sesión, se relacionaba con el abandono de sus propios deseos con los que no podía avanzar. La analista relacionó el abandono que él sentía por parte de su padre, la mirada de inútil que el padre tenía hacia el paciente repercutía sobre su paciente porque se sentía así y abandonaba su propio deseo y no podía cumplir con aquellos deseos, que sí podía expresar, pero no buscar satisfacerlos. El método psicoterapéutico trabaja sobre la interpretación de ese deseo inconsciente, y es uno de los objetivos finales de la interpretación (Laplanche, 1996). Como explica Freud (1912/1992), el paciente repite o actúa sus inhibiciones, sus rasgos patológicos y síntomas durante el tratamiento. Esto ocurría con el paciente según la analista. Estaba aburrido en su trabajo, quería escribir un libro, y tenía todo listo para mostrarle a la editorial, tenía los contactos, quería mudarse a otro país. Muchos deseos que quería cumplir, pero su autoestima era baja, se sentía como le decía su padre un inútil, entonces no podía avanzar. Ese abandono se trasladó al abandono de su propio deseo. Lombardi (2011) menciona que la clínica psicoanalítica busca orientarse por el deseo del paciente, ubicándolo por el síntoma, la demanda, etc. El objetivo

que busca el psicoanálisis es la modificación de la posición en la que se encuentra el sujeto respecto a ese deseo, y esto fue lo que la psicóloga intentó ubicar en el relato del paciente.

Resumiendo, se puede decir que el paciente no tenía manifiesto el síntoma principal que le traía esa angustia que no podía controlar. La analista tuvo que realizar varias intervenciones que fueron mencionadas para finalmente encontrar el síntoma, la sensación de abandono. La analista comenzó buscando diferentes significantes al discurso del paciente en cuanto al término desengancharse. Realizó diferentes intervenciones que los llevaron a construir recuerdos para hacer manifiesto el síntoma. Una vez aclarado el síntoma la analista trabajó con el paciente en profundizar sobre la relación con su padre.

5.4 Análisis en los cambios producidos en la problemática del paciente luego de 6 meses de tratamiento.

Luego de seis meses, la psicóloga relató que los cambios en la problemática del paciente habían evolucionado en forma positiva según su análisis del caso. Según la entrevista realizada a la psicóloga el tratamiento terminó a los 6 meses *obteniendo el alta institucional ya que el paciente había realizado algunos movimientos que lo acercaban a poner en marcha varios de sus proyectos*. Es necesario mencionar aquí que el alta institucional no significa el alta del paciente. Se le ofreció continuar seguir con el tratamiento en forma particular con la misma analista, pero las condiciones del mismo son diferentes ya que la institución no forma parte de la relación entre la analista y el paciente. La relación analista-paciente pasa a ser una relación que solo depende de ellos dos sin mediar la institución. El paciente dijo tener interés en seguir con el tratamiento en forma individual pero después no lo realizó.

Luego de las intervenciones mencionadas en el objetivo anterior, durante la entrevista la analista explicó que una reflexión muy importante que él pudo hacer sobre el final del tratamiento cuando reconoce que es su última crisis de angustia (la que lo trajo por segunda vez a la institución), ocurrió cuando él se advirtió que se tomaba a si mismo tal cual lo hacía su padre, por el hecho de *quedar pegado a la imagen de no poder*. Relacionó esto que le ocurrió, con sentirse en una llanura en lo que atañe a su deseo. Tomó conciencia de sus deseos y los pudo mencionar en voz alta, escribir un libro, mudarse a otro país, vivir libremente sus elecciones de vida y de pareja con mayor libertad ya que nadie de la familia sabía que su pareja con la que convivía era

hombre. Con esta toma de conciencia de sus deseos, también se da cuenta que no hace nada por ello, que algo lo detiene. Como menciona Avenburg (1998), lo reprimido no estaba al servicio del yo. Es necesario, como ocurrió con el paciente, que haya un interés sobre esas áreas reprimidas para despertar al yo del paciente. Como explicaba Freud (1913/1992), la comunicación debe ser oportuna para que guíe la cura. Ese fragmento olvidado fue fundamental para comprender la crisis de angustia. Él se veía tomado por la mirada de ese padre que decía que era un inútil y quedaba identificado a la imagen de *no poder*. Se puede decir que esta imagen que le brindó el padre en su niñez, a la cuál quedó identificado, es un resto infantil que es necesario superar en la educación que brinda el tratamiento psicoanalítico al paciente. Como mencionaba Freud (1909/1992), durante el tratamiento había fuerzas por recordar aquello olvidado, pero a la vez una resistencia para que no se haga consciente lo reprimido. Sobre ello fue lo que la analista trabajó, intentó disminuir aquellas resistencias que no eran advertidas ni siquiera por el paciente.

Según Arcón (2016), lo infantil aparece reeditado bajo condiciones actuales. El abandono que sintió del padre apareció reeditado en el abandono que tenía de las cosas que mencionaba que quería hacer pero que no avanzaba. En un principio, cuando la analista le preguntó por sus deseos decía *no sé*, ese *no sé* de a poco fue tomando un sentido y lentamente pudo decir qué quería, pero al principio según la analista no podía ni mencionarlos. Como dice Freud (1912/1992), el paciente muchas veces no recuerda, pero si la actúa. Lo relacionado a su trabajo y vida personal estaban vinculadas al abandono a través del acto y no a través del discurso. Cuando la analista interviene y realiza asociaciones, ayuda a recordar este olvido traumático de que había sentido en sus crisis de angustia, en relación a él y que tenía que ver con como era mirado por su padre.

Una vez identificado esto, según la analista, con el correr de las sesiones el paciente pudo realizar un duelo por este lugar que comenzó a dejar de ocupar para poder avanzar. Tuvo las primeras reuniones con una editorial por su libro, comenzó a explorar posibilidades para ir a vivir en el extranjero. La analista relató que comenzó con un movimiento importante para acceder a sus deseos. *El perder este lugar en el padre, aunque sea el de un inútil era algo que lo enganchaba a él, tanto así, como sus síntomas hipocondríacos*. Como menciona Lacan (1955/1983), la necesidad en el análisis de salir de la imagen especular. La posibilidad del sujeto de poder atravesarla para captar el más allá. Aparece en análisis, la posibilidad de reconocer las marcas que lo determinan. Esto de sentirse inútil como el padre le decía, podía buscarle una nueva mirada durante su análisis

es lo que le dan la posibilidad de avanzar. Pudo entonces, como relató la analista, *tomarse de la mirada de su tía quien le decía que sí podía*.

Como explica López (2008), la repetición de un significante pulsional que emerge, que recorre un mismo camino, y que no encuentra su ingreso en la red de significantes, busca enlazarse, pero no lo consigue. En la repetición hay algo de diferente, y esto fue lo que la analista iluminó. El abandono no aparecía como una reproducción, porque más allá de que el paciente no se sentía a gusto con su padre, se ocupaba de él siempre, y el abandono era sobre su persona, sobre sus deseos. Se une aquí lo idéntico con lo diferente. Es el significante que se repite lo que insiste y mortifica, y la analista fue capaz de captar esto para poder leer esta insistencia, interpretarla e intervenir sobre ello.

Dentro de los movimientos que pudo hacer el paciente, según lo relatado en la entrevista, la analista mencionó que decidió escribir un texto abierto en las redes sociales sobre él donde el paciente se cuenta a sí mismo quién es y cómo ha decidido vivir la vida. Comenta la psicóloga que, entre risas, su paciente le dijo, *salí del armario, que se ofenda el que quiera...pero no lo hice para eso*. La analista le preguntó que quería decir con eso, él explicó que ahora él podía avanzar sin tener que esconderse de la mirada de los otros. En esta frase él aclaraba que la necesidad de que su exposición pública no era con el fin de que todos se enteraran cuál era su elección sexual, sino que necesitaba no quedar atrapado en la mirada de los demás, como sí se sintió atrapado tantos años en esa mirada de su padre que le provocaba tanta angustia. Como expresa Lacan (1940/2003) el sujeto más que hablar es hablado. Es el Otro que lo introduce en el mundo de las palabras, del lenguaje y quien le brinda un lugar afectivo. Hay una doble alienación imaginaria y simbólica. El paciente además de quedar identificado con alguno de los atributos e imagen de sus padres también quedó identificado a ese significante y significado que era *inútil* para su padre, y lo tomó como propio, no pudiendo avanzar en su trabajo y sus aspectos personales.

Como se mencionó, tanto Freud (1914/1992) como Lacan (1960/2003) utilizan el término *ideal del yo* siendo éste un modelo al que uno se trata de adecuar. En el caso del paciente, según la entrevista realizada con la analista, este ideal del yo (según Lacan pertenece al registro simbólico), fue un lugar conflictivo para el paciente. Sus decisiones y elecciones fueron a lo largo de su vida opuestas a ese ideal del yo que el paciente construyó durante su niñez. Rompió con la tradición de continuar el negocio familiar y decidió dedicarse a otra actividad, eligió como pareja

a un hombre, en una familia muy tradicional, donde esa elección no era una opción posible, y se enfrentó a su padre en muchas situaciones. El haber decidido escribir una carta en las redes donde cuenta quién es él y como ha decidido vivir la vida, fue para el paciente un paso muy importante. Demuestra, que más allá que él había logrado luchar contra ese ideal y liberarse en *algunos* aspectos, había otros en los que el paciente se sentía atrapado y culpable. Había quedado *enganchado* a la idea de inútil que su padre le repetía, y sus elecciones laborales y afectivas no iban de acuerdo a lo esperado por su familia. No podía compartir sus logros laborales con su padre y su hermana. A los eventos familiares iba solo, porque no sabían que su pareja era del mismo sexo. El escribir acerca de él mismo, le permitió tener una sensación de mayor libertad, sin tener el peso de la mirada del padre que tanto lo angustiaba.

Resumiendo, los movimientos que realizó el paciente en 6 meses fueron muy positivos y recibió el alta institucional. No volvió a repetir una crisis de angustia y las respectivas sensaciones disminuyeron. Pudo reconocer y recordar que su última crisis de angustia aparece cuando él se miró a sí mismo con la misma mirada que tenía su padre hacía él, como un *inútil*. Pudo analizar esta situación, y logró comenzar a realizar un duelo por dejar este lugar, para poder avanzar en sus cuestiones personales que tenía pendiente, escribir un libro, vivir en otro país. El lugar de *inútil*, como lugar que ocupaba en su padre, era algo que aún lo *enganchaba* a él. Este fue el eje de la terapia.

6 Conclusiones

En este trabajo final de integración se intentó describir el tratamiento psicoanalítico de un paciente con una neurosis que consulta por una crisis de angustia. Este fue el objetivo general del trabajo y surgió de la práctica profesional que se realizó en una institución psicoanalítica que se dedica a la asistencia y docencia en psicoanálisis abierta a la comunidad. Este fue un caso real de un paciente de la institución y durante la práctica se pudo entrevistar a la analista a cargo del caso y se obtuvo acceso una viñeta clínica que la psicóloga aportó.

Para describir dicho tratamiento del paciente, se plantearon tres objetivos específicos en relación a la descripción del motivo de consulta y los síntomas al inicio del tratamiento, las principales intervenciones que realizó la analista y los cambios producidos en la problemática del paciente a los seis meses de haber iniciado el tratamiento.

El primer objetivo permitió realizar una descripción del motivo de consulta y la sintomatología del paciente al inicio del tratamiento. Según el relato del paciente, su motivo de consulta fue por una nueva crisis de angustia. No era la primera vez que le ocurría, ya había realizado un tratamiento anterior en la misma institución por las repetidas crisis de angustia que había tenido, y con dicho tratamiento había logrado que los síntomas disminuyeran y puedan ser controlados. Llegó a la consulta por una nueva crisis de angustia que se desencadenó, que no había podido controlar después de un año y medio de finalizado su tratamiento. Relató que en su tratamiento anterior sentía que no había llegado a profundizar demasiado. Los síntomas que el paciente relataba eran cosquilleo en las manos, palpitaciones, transpiración y miedo intenso a morir. Estos síntomas físicos que el paciente describía afectaban su vida diaria, interferían con su trabajo de periodista y con sus vínculos produciéndole un sufrimiento. Freud (1895/1992) describe a este complejo de síntomas físicos como una neurosis de angustia, y los agrupó bajo un síntoma principal que era la angustia. Como menciona Marchesini (2008), la cantidad excesiva de angustia no puede ser procesada por el aparato psíquico y hay un desborde del mismo. Sin mediar una amenaza que el paciente pueda identificar, hay una pérdida de control y no hay manejo racional de la situación. Esta era la situación fuera de control que el paciente relataba, y era el yo del paciente como menciona Freud (1925/1992), quien reconocía ese displacer. El paciente reconoció desde la primera entrevista la angustia que tenía y no sabía porque le ocurría. Como menciona Domb (2020), hay un relato en el paciente que dice, *no sé a qué se debe*, pero existe una sensación que le atormenta el cuerpo con sensaciones físicas que no controla, y que no puede explicar. Hay un cuerpo que se siente invadido, y el paciente se siente atormentado por algo que no sabe qué es. Como aclara Lombardi (2004), la causa de angustia no es reconocida por el paciente, aparece solo lo manifiesto. La búsqueda que realizó la analista fue en este sentido, los síntomas latentes fueron la tarea del análisis en un primer momento. Según la analista, el paciente tenía un deseo decidido, como explica Lacan, que le permitió comenzar con el tratamiento (Lombardi, 2004).

Un segundo objetivo específico intentó describir cuáles fueron las intervenciones que llevó a cabo la analista durante el tratamiento. Durante la primera entrevista introdujo la regla fundamental que le permitió al paciente hablar libremente sin pensar si era adecuado o no, y desde esa primera entrevista se estableció una transferencia operativa que dio la posibilidad a que se instale luego la transferencia necesaria para un análisis. Solo instalada la transferencia se puede comenzar con un análisis. Si no se instala no se puede asociar libremente (Lombardi, 2011). Con

la transferencia presente, la idea instalada era que la analista tenía un saber. El paciente dirigía una demanda a la psicóloga donde se expone su límite a su propio saber como explica Mena (2015). Lo primero que la analista trabajó fue ayudar al paciente a construir la causa de la angustia. Este es un trabajo en conjunto del paciente y la analista. La analista realizó diferentes intervenciones durante el relato del paciente, para poder pensar que una posible causa de la angustia que traía el paciente al comenzar su tratamiento podría estar relacionada con el abandono que sentía de su padre el paciente. Con una escucha flotante (Freud, 1912/1992), realizó diferentes recortes del discurso del paciente y buscó en palabras dichas por él, diferentes significantes para poder pensar. El disparador inicial fue una palabra dicha con el paciente que fue *desengancharse*, y la posibilidad que tuvo el paciente para pasar de una palabra vacía a una plena como explica Lacan (1949). Realizó diferentes interpretaciones, ya que para hacer consciente lo inconsciente se necesita de ellas.

Durante una de las primeras sesiones, sin darle importancia a lo que decía, el paciente relató esta sensación de abandono de su padre. El apalabrar el síntoma, como explica Andina (2011), que estaba latente cuando comenzó con el tratamiento, le llevó dos meses. La sensación de abandono de su padre fue lo que apareció. Ello fue lo que la analista utilizó para orientar la cura (Díaz, 2004). La calificación de *inútil* conformaba una mirada que su padre tenía hacia el paciente, y que lo había marcado ya que él no había cumplido con los mandatos familiares. El síntoma de abandono se repite en acto en el paciente como explica Freud (1912/1992), ya que su autoestima es baja, no pudiendo entonces avanzar con sus deseos. Interrogado el paciente sobre su deseo, resulta ser que junto con la analista, llegan a relacionar el abandono que siente de su padre con su propio abandono de cumplimiento de sus deseos. El paciente quedó tomado por esa mirada del padre, y se abandonó a él mismo, y sobre ello se trabajó. Esta fue la principal línea de interpretación que construyeron con el devenir de las sesiones.

Por último, en el tercer objetivo, se analizaron los cambios producidos en el paciente luego de 6 meses de tratamiento. Según la analista, los movimientos que él mismo pudo realizar fueron muy positivos y obtuvo el alta institucional (no es sinónimo de alta del paciente). No volvió a repetir una crisis de angustia mientras estuvo en análisis y la sensación de angustia disminuyó con el tratamiento. Un movimiento importante para destacar fue la posibilidad de recordar y reconocer detalladamente su pensamiento previo a que se desencadenara la última crisis de angustia que lo llevó a su nuevo tratamiento. Recordó que se miró a sí mismo, con la misma mirada que su padre

tenía del él, como un *inútil*. Pudo revisar con ese lugar de *inútil* que todavía lo *enganchaba* a su padre. Este recuerdo dio lugar a la posibilidad de comenzar a elaborar un duelo para dejar de ocupar ese lugar y poder avanzar con sus cuestiones personales. Comenzó con entrevistas con la editorial para escribir un libro, avanzó sobre sus planes de vivir en el exterior y escribió abiertamente una carta en las redes donde cuenta quien es él y cuáles son sus elecciones en la vida que le dan felicidad.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo se pueden señalar diferentes cuestiones. Respecto del material teórico sólo se pudo realizar su búsqueda en internet ya que, debido al aislamiento obligatorio, no se pudo acceder a ninguna biblioteca para realizar una búsqueda de material que no se encuentre en la red. El acceso a la información, y los detalles del presente caso fueron brindados en su totalidad por la analista a cargo del caso, no habiendo ninguna restricción en la información brindada por ella en las entrevistas y en la viñeta que aportó para el análisis del mismo. Sí hubo limitación a la historia clínica, por una resolución de la institución dado el secreto profesional que corresponde a la institución con los casos de los pacientes. Más allá de ello, la analista tuvo entera disposición para preguntar lo que no estaba claro. Una limitación externa a la analista fue que las entrevistas que se realizaron fueron durante el primer mes de cuarentena, donde la rutina pasó a ser que todas las actividades fueran realizadas de forma virtual, y la adaptación de todos a esta nueva modalidad significó un esfuerzo extra. Pienso que resultaba no ser el mejor momento para realizar entrevistas de tipo virtual. No se tuvo acceso a la entrevista de admisión del paciente a cargo de otro profesional, ni tampoco al tratamiento anterior que realizó el paciente hace un tiempo en la misma institución. Hubiese resultado interesante poder tener acceso a la información que brindó el paciente en esa entrevista de admisión, y poder analizar su tratamiento anterior, para describir cuales fueron los avances en la problemática de las repetidas crisis de angustia y su evolución, para poder analizar como colaboró en el presente caso. El tratamiento psicoanalítico es de carácter individual subjetivo que lleva al caso por caso. Al ser el método de recolección de información, las entrevistas a la analista como fuente única, esto conlleva una mirada también subjetiva que cae sobre la analista y sobre su relato. Otra limitación está relacionada a que la institución, dada que tiene una orientación comunitaria, tiene un tiempo aproximado para dar el alta que es entre seis a ocho meses, siendo este un tiempo corto en lo que refiere al método psicoanalítico y que la analista le dio la posibilidad al paciente de seguir en forma particular. El mismo confirmó que iba a seguir su tratamiento, pero después no se contactó con la

analista para continuar. El alta institucional no coincide con un alta de un paciente, y estos tratamientos generalmente requieren de un tiempo más largo para analizar su evolución.

Por medio de las descripciones realizadas en los objetivos específicos, a través del presente caso se describió el tratamiento psicoanalítico que realizó un paciente que llega a la consulta con una crisis de angustia. Como explica Lombardi (2010), “la angustia es la sensación del ser hablante ante algo, un llamado de lo real frente al cual aún no se decide a intervenir” (pg.1). Pero los pacientes pueden elegir que hacer, se le abren opciones. Ella trata de una angustia que requiere elaboración. El caso de este paciente fue el de afrontar esa angustia, y así fue como decidió comenzar su tratamiento. Se puede pensar como una relación con el acto que está en juego. Para quien decide accionar, y hacer algo con esa señal de angustia se puede imaginar a la misma como una puerta de entrada del acto.

Se podría pensar, en la relación entre los objetivos específicos desarrollados en cada apartado, y los tres registros que Lacan (1953) aporta al psicoanálisis. Este paciente llega con aquellos síntomas físicos que describe, sin entender el porqué le ocurren, pero los registra en su cuerpo. Es el yo que registra el displacer y tiene miedo a morir, pero no sabe por qué. Su sentido común le dice que lo relaciona los exámenes, de los que tenía que buscar los resultados, y que es hipocondríaco como el padre. Su relato acerca de la sintomatología en este primer objetivo se podría relacionar, en su mayoría, con el registro imaginario, y que es aquello que el paciente dice sentir en su cuerpo. Es el yo del paciente el que reconoce este displacer en su cuerpo. La sintomatología con la que llega a la consulta se puede relacionar con lo imaginario. Como explica Lombardi (2010), el paciente hace su entrada al análisis por esta puerta, la imaginaria. Si se piensa en su recorrido, establecida la transferencia, comienza su análisis para lentamente caminar hacia la puerta de lo simbólico.

Según el autor:

Mediante este procedimiento, autorizado por el acto del analista, el psicoanálisis reemplaza el umbral de la angustia por una suerte de zagúan de dos puertas, una de entrada y otra de salida, o viceversa. Entre ambas puertas la elaboración analítica aprovecha esa pendiente natural de las neurosis a sustituir la angustia por un síntoma que en cierto sentido es su equivalente (Lombardi, 2010, p. 6).

Durante el análisis, más allá de que los demás registros siempre están presentes, se le da prioridad desde un registro simbólico. Esto fue lo que se intentó describir en el segundo y tercer objetivo específico en la descripción de las intervenciones y el análisis de los cambios producidos en el tratamiento. Un análisis a través de la palabra, del lenguaje, el lugar de ese Otro tan importante, el análisis de ese ideal del yo con la que la analista trabajó, la mirada de ese Otro y el duelo necesario para poder avanzar y no seguir repitiendo en acto lo mismo sin poder avanzar. Lombardi (2011) explica que el dispositivo intenta sacar a lo imaginario fuera del consultorio para que prevalezcan en el análisis los otros dos registros, lo simbólico y lo real. Según el autor es ahí donde reside la eficacia del análisis.

Durante esos seis meses de tratamiento esto fue lo que la analista intentó realizar. Una vez que construyeron y apalabraron al síntoma se sacó provecho de ello en el trabajo analítico. Debido a algunos de los movimientos que el paciente pudo realizar se puede pensar en cómo se abre la puerta de lo real, es decir el acto, sus movimientos de avanzar sobre su libro, la búsqueda de información para irse a vivir al exterior, y algo que puede decir que es muy importante, aunque no tuvo desarrollo en el análisis, fue la posibilidad de escribir acerca de él abiertamente acerca de cómo había elegido vivir.

Su baja autoestima por no poder apoderarse de sus logros, el sentirse un inútil y que no podía avanzar, corresponderían más bien a un registro imaginario con el que paciente llega al tratamiento. El caso planteado es un buen ejemplo de que el camino que construyen juntos el analista y su paciente no es aquel que refuerza el yo. La analista podría haber realizado un contraste con sus logros laborales, su programa periodístico que ella sí escuchaba y creía que entrevistaba y escribía muy bien, pero no dijo nada sobre ello. Intentó dejar todos esos aspectos de lado como explica Lacan (1956/1984), para darle un lugar preponderante a lo simbólico. La analista intentó con este paciente salir de ese campo especular, e interrogó al paciente a través de su discurso, con un yo ausente sin importar que piense la analista. La analista no comprendió al paciente. Sí se puede decir que intentó interrogar su discurso.

Un contraste que resulta llamativo mencionar es que el paciente tenía un diagnóstico confirmado de HIV. Tomaba su medicación a diario, y relató que no le tenía miedo a la enfermedad porque sentía que estaba controlada. Hoy, con una medicación se puede vivir sin problemas, pero esto no ocurría hace varios años donde los avances sobre ella no eran los presentes, y no era una

fácil de llevar adelante, sin embargo, menciona que no tenía miedo de morir. Cuando relata las crisis de angustia, habla de un miedo a morir sin saber a qué se debe. Cuando pregunté a la analista del caso sobre el tema del HIV, me contestó que ella no había interrogado sobre ese tema ya que no fue algo que el paciente trajo a sesión. Lo mencionó una vez y dijo que él estaba muy tranquilo con ello, y no volvió a aparecer. Vivía con un hombre, pero su familia no lo sabía. Creo que había allí un camino por interrogar, pero como no apareció en el relato del paciente, durante el tratamiento fue algo que no se trató.

La institución donde el tratamiento se realizó es una institución privada que no recibe subsidios, pero con un perfil público ya que está abierta a la comunidad y el paciente es el que fija la suma de importe a pagar con una modalidad de bono voluntario. Si se piensa desde el psicoanálisis más ortodoxo, esto es un poco contradictorio, pero es por ello que los tratamientos tienen un tiempo aproximado y aparece el concepto de alta institucional con las características que ya mencionamos. El objetivo del tratamiento en la institución en esos seis meses de tratamiento es intentar aliviar el sufrimiento del paciente, orientar su vida ayudándolo a encontrar su deseo. Se puede decir que es bastante abarcativo si se piensa en seis meses de tratamiento. Por lo tanto, la analista, una vez que el paciente pudo *apalabrar* su síntoma, identificarlo y hacerlo suyo buscó relacionarlo con su deseo, y una vez que el paciente consiguió hacer algún movimiento en esa dirección, a los seis meses le dieron el alta. Pero, en el camino quedan muchos interrogantes importantes por abrir y analizar que hacen al tratamiento, que por un tema de tiempo no ocurren. Es por eso que se le ofreció seguir con la terapia en forma individual, pero después esto no ocurrió.

Es importante destacar que la causa de la angustia, y ese síntoma que pasó de latente a manifiesto durante el análisis, como explica Lombardi (2011), es una enfermedad artificial ahora accesible a la intervención de la sensación de ese abandono que le produce sufrimiento. Durante el análisis, trabajó sus causas, y pudo darle un nuevo significado. Ésta es una enfermedad artificial, que viene desde el pasado para producir sufrimiento en el presente. Por otro lado, el paciente tiene una enfermedad real y diagnosticada que no lo angustia, ya que siente que la tiene controlada y no le produce sufrimiento en el presente. Este es un ejemplo de como el psicoanálisis no trabaja con el sentido común. Se podría pensar que una enfermedad con un diagnóstico cierto como es el HIV puede llevar a un paciente a padecer. No es el caso de este paciente. Su padecimiento viene por una enfermedad artificial creada por él, y relacionada con su pasado. Es por ello que cada caso en psicoanálisis se trabaja como un caso único, donde se anuda lo singular de cada paciente.

Finalmente, considero relevante destacar la dificultad que se presenta al analizar el caso clínico, a través de la mirada de su analista. El material que sirve de base para este estudio consiste en entrevistas realizadas a la psicóloga responsable de conducir el tratamiento. Sin haber sido posible presenciar las sesiones del tratamiento, la investigación se limita a realizar una interpretación de la mirada parcial de la profesional interviniente. Resulta inevitable que exista un recorte que la analista realiza del caso, donde entran en juego su propia subjetividad a la hora de transmitir la información relevante y sus intervenciones. Es entonces donde las conclusiones aquí expuestas presentan limitaciones, siendo conjeturas a partir del material base, y donde surgen interrogantes que podrían haber sido despejados en caso de que hubiera sido posible presenciar las respectivas sesiones.

7 Referencias bibliográficas

- Álvarez, J., Esteban, R. & Sauvagnat, F. (2004). Algunas cuestiones terminológicas. *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica* (pp. 365-376). Madrid: Síntesis.
- Andina, F. (2011). La cura por la palabra en los inicios de la clínica freudiana. *Tercer Congreso Internacional de Investigación* (pp. 64-69). Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1377/ev.1377.pdf
- Arcón, V. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: Una perspectiva analítica. *Psicología desde el caribe*. 33(1), 97-112. doi: 10.14482//33.1.8060
- Avenburg, R. (1998). *Psicoanálisis: Perspectivas Teóricas y clínicas*. Buenos Aires: Ediciones Publicar.
- Braier, E. (1998). La sugestión en el psicoanálisis. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/ Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, 1, p.18-27. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355406>.

- Caruso, I. (1963). El psicoanálisis como método y como técnica. *Revista Colombiana de Psicología*, 8(2), p. 131-147. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/42337/>
- Díaz, S. (2004). El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Elsigma.com*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/el-sintoma-en-laclinica-psicoanalitica/4572>
- Domb, B. (2020). Inhibición, síntoma y angustia. Tiempos lógicos de una experiencia: el psicoanálisis. *Conferencia virtual Institución Fernando Ulloa*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZGeGpANnRoo>
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen III* (pp. 85-116). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen VII* (pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XI* (pp. 7-51). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1911). El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII* (pp. 83-92). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII* (pp. 107-120). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII* (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.

- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII*. (pp. 121-134). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XIV* (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XII* (pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1915). La represión. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XIV* (pp. 135-152). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1915). Lo Inconsciente. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XIV* (pp. 153-193). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1916). 17ª. Conferencia: el sentido de los síntomas En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XVI* (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1916). 23ª. Conferencia: Los caminos de la formación del síntoma. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XVI* (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XVIII* (pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu. 1992.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XX* (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. 1992.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable . En *Obras completas Sigmund Freud: Volumen XXIII* (pp. 211-245). Buenos Aires: Amorrortu. 1992.

- Haldemann, G. y Muraro, V. (2006). Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica. *En Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas"*, Tomo II (pp. 360-362). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador. *En Escritos 1 por Jaques Lacan* (pp. 86-93). México: Siglo XXI editores. 2003.
- Lacan, J. (1949). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *En Escritos 1 por Jaques Lacan* (pp. 227-310). México: Siglo XXI editores. 2003.
- Lacan, J. (1953). Lo simbólico, lo Imaginario y lo Real. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.4%20%20LO%20SIMB,%20LO%20I MAG%20Y%20LO%20REAL,%201953..pdf>
- Lacan, J. (1955). Introducción del Gran Otro. *En El seminario de Jaques Lacan. Libro 2* (pp. 353-370). Barcelona: Paidós. 1983
- Lacan, J. (1956). Conferencia: Freud en el siglo. *En El seminario de Jaques Lacan. Libro 3* (pp. 333-352). Barcelona: Paidós. 1984
- Lacan, J. (1957). Instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. *En Escritos 1 por Jaques Lacan* (pp. 474- 512). México: Siglo XXI editores. 2003.
- Lacan, J. (1960). Observación sobre el informe de Daniel Lagache; "Psicoanálisis y estructura de la personalidad. *En Escritos 2 de Jaques Lacan* (pp. 627-664). México: Siglo XXI editores. 2003.

- Lacan, J. (1964). El inconsciente freudiano y el nuestro. En *Seminario 11 de Jaques Lacan* (pp. 25-36). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós. 1973.
- Lacan, J. (1975). La tercera. En *Intervenciones y textos 2* (pp. 73-107). Buenos Aires: Manantial. 1988.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Leivi, M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 23 (2),341-356. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022001leivi.pdf>
- Lombardi, G. (2010). Tres formas de angustia. Una contribución de la clínica a la ética del psicoanálisis. *Foro analítico del Rio de la Plata*. Recuperado de <http://forofarp.org/images/pdf/Praxisclinica/Gabriel%20Lombardi/FormasAngustia.pdf>
- Lombardi, G. (2011). *La clínica de psicoanálisis I. Ética y técnica*. Buenos Aires: Atuel.
- López, D. (2020). Inhibición, síntoma y angustia. Problemáticas clínicas del acto. *Conferencia virtual Institución Fernando Ulloa*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=XHLgKT8yLHo>
- López, H. (2008). La paradoja de la repetición: si es imposible repetir también lo es dejar de repetir. *Imago*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2113>
- Marchesini, A. (2008). El ataque de pánico. *Escuela de Orientacion Lacaniana*. Recuperado de http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=prensa&SubSec=america&File=america/2008/08_08_23_marchesini_ataque.html

- Mena, M., Franco, A., Toporosi, S., Tkach, C., Eiberman, F., Germade, A., Peñaloza, N., Pucci, M., Raschkovan, I., Sverdloff, J., Woloski, E. (2015). Tiempos posibles de la transferencia en una adolescente: Efectos en la subjetividad. *Anuario de Investigaciones*, XXII, , 45-51
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944004>
- Murillo, M. (2015). ¿El acto analítico es un concepto? *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, (pp. 481-484). Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/manuelmurillo/17.pdf>
- Murillo, M. (2018). ¿Qué es la técnica en psicoanálisis? *Revista universitaria de psicoanálisis*, 18, 39-48. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/murillo.pdf
- Nussbaum, S. (2009). Identificaciones alienantes y repetición: Una contribución acerca de la transmisión transgeneracional. *Psicoanálisis*, XXXI (1), 153-166. Recuperado de <http://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Nussbaum.pdf>
- Quiroga, B. (2019). Acerca del ataque de pánico: ¿Una nueva forma de síntoma? *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*, (pp. 730-733). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/495.pdf>
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. El marco clínico de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., & Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 103-110. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943041>