

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**Trabajo Final Integrador**

Descripción de un tratamiento psicoanalítico de un paciente con angustia severa y  
conflictos vinculares

Alumna: Ximena Cordero

Legajo nro. 95819

Tutor: Analia Brizzio

Buenos Aires, 20 de noviembre de 2020

## **Índice**

1. Introducción .....	2
2. Objetivos .....	2
2.1 Objetivo General .....	2
2.2 Objetivos específicos .....	3
3. Marco Teórico .....	3
3.1 Psicoanálisis. Antecedentes. Concepto.....	3
3.1.2 Asociación libre.....	4
3.1.3 Iniciación del tratamiento.....	6
3.1.4 La transferencia.....	9
3.1.5 La repetición .....	12
3.1.6 La interpretación .....	15
3.2 El inconsciente.....	16
3.2.1 La palabra, lo simbólico, El Otro .....	16
3.3 El síntoma .....	19
3.4 La angustia.....	21
4. Metodología	
4.1 Tipo de Estudio .....	24
4.2 Participantes .....	24
4.3 Instrumentos .....	24
4.4. Procedimiento .....	24
5. Desarrollo	
5.1 Introducción.....	25
5.2 Descripción de síntomas y motivo de consulta que presenta el paciente al inicio del tratamiento .....	26
5.3 Descripción de las intervenciones realizadas en el tratamiento del paciente.....	30
5.4 Evaluación de los cambios ocasionados en el paciente después de dos años de tratamiento .....	34
6. Conclusiones .....	38

7.Referencias bibliográficas .....	43
------------------------------------	----

## **1. Introducción**

Dentro de la materia Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó una pasantía en una Institución dedicada a la asistencia y a la docencia en Psicoanálisis. Esta institución es una asociación privada que brinda asistencia clínica comunitaria con orientación psicoanalítica a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. El tratamiento dentro de la Institución tiene un plazo aproximado de entre 6 y 8 meses de duración, pudiendo continuarse el mismo de manera particular por fuera del ámbito institucional. Asimismo, en dicha Institución se forman y capacitan de manera continua a los profesionales del campo de la salud mental mediante cursos y posgrados con formación psicoanalítica freudiano-lacaniano.

El objetivo de la práctica consistió en investigar la clínica psicoanalítica y los conceptos fundamentales que de ella devienen, a través de la presencia no participante de entrevistas de admisión y en la participación de cursos de capacitación teórico-clínicos grupales con especificidad en Adultos, en Niños y en Patologías del Narcisismo. Dichos cursos comprendieron a su vez un espacio de supervisiones llevadas a cabo por los profesionales de la Institución.

Este trabajo comprende el estudio de caso único, donde se va a analizar el tratamiento de un paciente adulto de sexo masculino, que se presenta a consulta con angustia severa y conflictos vinculares. Se llevó a cabo un tratamiento con enfoque psicoanalítico por un analista de la Institución.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Describir el tratamiento desde el modelo psicoanalítico de un paciente de 38 años que se presenta a consulta con angustia severa y manifiesta conflictos vinculares en relación a su madre y a otras mujeres significativas.

## **2.2 Objetivos específicos**

- Describir los síntomas que presenta el paciente y el motivo de consulta al inicio del tratamiento psicoanalítico.
- Describir las intervenciones del analista orientadas a trabajar los conflictos vinculares del paciente en relación a su madre y otras mujeres significativas, desde un enfoque psicoanalítico.
- Analizar la evolución del paciente luego de dos años de tratamiento psicoanalítico, en relación al motivo de consulta inicial.

## **3. Marco Teórico**

A los fines del presente trabajo, se realizará un recorrido a través de algunos conceptos del psicoanálisis, partiendo de las lecturas de Freud, Lacan y los distintos autores citados. Se comienza con los antecedentes y la definición que hace Freud del psicoanálisis. Luego se describe la regla fundamental del psicoanálisis: la asociación libre y la atención flotante por parte del analista. Con la asociación libre se da inicio al tratamiento, donde se dará cuenta de las reglas que propone Freud en sus escritos técnicos. El tratamiento se inicia con una demanda del sujeto y de aquí se explica la importancia de la transferencia, considerada uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis. Se describe la repetición y la compulsión a la repetición que se pone en juego en transferencia. Luego, se tomará el concepto de interpretación, que tendrá lugar una vez instalada la transferencia. Así se llega al inconsciente, lo que se trata de revelar en análisis, y se conceptualiza el valor de la palabra, el registro simbólico de Lacan y el discurso del Otro. Para Freud el síntoma es una formación del inconsciente, es aquello que padece el sujeto, entonces en este sentido se aborda al síntoma. Por último, se tratará la angustia, las distintas teorías que aparecen en los escritos de Freud y la lectura que hace Lacan.

### **3.1. Psicoanálisis. Concepto. Antecedentes.**

El psicoanálisis nace en el siglo XX con Sigmund Freud, donde desde el terreno de la psicología rompe con la noción de conciencia como foco regulador de la conducta humana. Sus investigaciones sobre las enfermedades mentales le proporcionaron una

imagen de la mente humana problemática y desequilibrada. El descubrimiento del origen psíquico de las dolencias y síntomas orgánicos iba a demostrar como erróneos los planteamientos clásicos de su tiempo. Freud descubrirá: la presencia en zonas del psiquismo humano de acontecimientos y experiencias que el sujeto no tenía conciencia y ejercían presión sobre su personalidad, algo más allá de la conciencia (González Barredo, 2010).

La definición clásica de psicoanálisis de Freud comprende tres niveles: 1. un conjunto de teorías psicológicas del funcionamiento de la mente humana en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento. 2. un método de tratamiento para los problemas psíquicos basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; y 3. un método de investigación que busca indagar el significado inconsciente de las palabras, actos, sueños de un sujeto. (Laplanche y Pontalis, 1996).

Para el psicoanálisis, los síntomas tienen origen en conflictos inconscientes que si bien están fuera de la conciencia, insisten para emerger a la conciencia. Lo que se trata de lograr es vencer las resistencias para que el analizante acceda a las determinaciones inconscientes (Freud, 1912). Soler (2004), enfatiza el valor de la regla freudiana de la asociación libre que permitirá acercarse al inconsciente, porque considera que con el desarrollo de las psicoterapias múltiples, la exigencia asociativa perdió su lugar.

### **3.1.2. Asociación libre**

Freud consideraba a la asociación libre como la regla fundamental, o regla de oro del psicoanálisis. Esto da cuenta de la importancia que le otorgaba en la práctica psicoanalítica esta vía de acceso al inconsciente del analizante. Freud (1900), en la descripción del sueño de la inyección de Irma, le transmite al paciente que el éxito del psicoanálisis dependerá de que sea lo más sincero posible en cuanto a comunicar todo lo que pasa por su mente. Incluso, en varios pasajes de su obra, Freud se empeñó en reproducir en forma textual, cómo se dirigía a sus pacientes al enunciarles esta regla. En el *Hombre de las ratas* explica que les dice "... lo comprometo a la única condición de la

cura, la de decir todo cuanto se le pase por la cabeza, aunque le resulte desagradable, aunque le parezca nimio, o que no viene al caso, o es disparatado” (Freud, 1909, pp. 127-128). Cabe destacar, que una de sus pacientes, Emmy von N., fue quien le sugiere el camino de la asociación libre al pedirle que la dejara hablar sin interrumpirla con preguntas (Braier, 2016).

Sin embargo, antes de sentar las bases del psicoanálisis, Freud recibe una gran influencia de Charcot, neurólogo francés quien utilizaba la hipnosis para tratar los casos de histeria. Al volver a Viena, su amigo Breuer estaba tratando a Anna O. con el método de la hipnosis y ese fue el principio del camino que luego lo llevaría a la fundación del psicoanálisis. Freud (1904), en *El método psicoanalítico*, explica los motivos por los que abandonaría la hipnosis. A partir de sus trabajos con Breuer, Freud se da cuenta que la hipnosis no solo producía resultados parciales y transitorios sino que también, no todos los pacientes eran susceptibles de ser hipnotizados. Así llega a la asociación libre, que le permitiría conocer y trabajar con el inconsciente de forma más eficaz. De esta forma sustituyó definitivamente el método catártico e hipnótico por la asociación libre.

El método de la asociación libre es la regla fundamental de la técnica psicoanalítica. Consiste en proponer al analizado que diga todo lo que le pasa por la mente: ocurrencias, pensamientos, recuerdos, tal como se le presentan, sin ningún tipo de censura. En ese divagar, una palabra se asocia con otra y en las conexiones aparentemente absurdas o carentes de sentido emerge una significación que había sido inconsciente. Los fallos y equívocos del lenguaje permiten escuchar lo que el sujeto no sabe, dando lugar a la enunciación del deseo inconsciente. La asociación libre demuestra que la situación analítica se define como una relación de palabras: no hay más instrumento que la palabra y la escucha (Tubert, 2000).

Para el analista, nada de lo que el paciente dice responde al azar, todo tiene un sentido más allá de que se pueda descifrar o no, y un porqué en función de su historia y las circunstancias por las que atraviesa. Por ello Freud insta a decirlo todo, y utiliza la metáfora del viaje en tren para ilustrar al paciente acerca de cómo llevar a cabo la asociación libre. Así, les decía a sus pacientes, “compórtese como lo haría, por ejemplo,

un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla, que describiera a su vecino del pasillo cómo cambia el paisaje ante su vista” (Freud, 1913, pp.136). El tratamiento lo asocia al viaje, sobretodo al pasado del paciente en una travesía a lo desconocido, donde se refiere al inconsciente. En este camino, paciente y analista pueden encontrar dificultades y descubrimientos, a veces dolorosos, pero que serían experiencias necesarias y valiosas en cuanto revelan la verdad de su inconsciente. Esto viene determinado por la historia personal del paciente, con sus inhibiciones, síntomas y angustias (Braier, 2016)

Así como el paciente debe decir todo lo que se le ocurra, el analista debe escuchar todo lo que dice el paciente con atención flotante. Esta expresión creada por Freud consiste en una regla técnica donde el analista debe escuchar al paciente sin privilegiar ningún elemento del discurso. Freud (1912) en *Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico*, dice que se debe escuchar el relato del paciente con la misma atención, dejando de lado las inclinaciones personales, prejuicios o presupuestos teóricos. El analista no debe privilegiar en su escucha ninguno de los elementos particulares del discurso del paciente. Esta escucha, permite al analista descubrir las conexiones inconscientes en el discurso del paciente, conservando una diversidad de elementos que aparentemente carecen de importancia pero que con el tiempo pueden demostrar su valor.

En este sentido, el analista debe realizar su labor como dice Bion (1967) sin memoria ni deseo, y desde una posición de no saber. La atención flotante es una atención neutral de indiscutible importancia y el complemento indispensable de la regla fundamental. De esta manera se capta mejor el inconsciente del sujeto a partir de lo que transmite. Como se trata de un proceso psicoanalítico, los elementos registrados por el analista pueden presentar conexiones con otros que surjan en sesiones posteriores y así cobrarán un significado que resultó ignorado en un primer momento. Para ello, al inicio del tratamiento, el analista le comunica al paciente el empleo de la regla fundamental destacando que cuánto más se consiga respetar esta regla mejor se podrá avanzar en el trabajo (Braier, 2016).

### **3.1.3. Iniciación del tratamiento**

Freud reconoce el psicoanálisis como un método en el cual contiene una técnica, y lo expresa en reglas y consejos que presenta en varios de sus escritos. Estas reglas técnicas para Freud son el resultado de una larga experiencia. Sin embargo, el hincapié está puesto en la política o ética de la práctica, ya que el psicoanálisis no es una práctica instrumental donde sus herramientas sean la técnica. La tradición analítica los llama escritos técnicos de Freud (Murillo, 2017). Freud (1912) en *Sobre la iniciación del tratamiento* comienza el capítulo diciendo:

“Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa 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... Valga en su disculpa no ser sino unas reglas de juego que cobrarán significado desde la trama del plan de juego” (pp.125).

En este mismo escrito, Freud (1912) se refiere a la iniciación del tratamiento como un período de prueba antes de comenzar el análisis propiamente dicho. En estas entrevistas de iniciación, el analista toma conocimiento del caso y determina si el sujeto es apto para el psicoanálisis. De avalar la demanda, el analista permitirá el alojamiento del pedido inicial, y la apertura del dispositivo analítico. Le dirá al paciente que diga todo lo que se le ocurra dejando al paciente hacer su propio relato y escoger el punto de partida. Este período de prueba podrá fijarse en algunas semanas y también tendrá una motivación diagnóstica. En esta etapa, señala que los analistas deben tener cuidado con las interpretaciones ya que cuanto más acertadas sean, más fuerte será la resistencia. Considera que la interpretación llegará adecuadamente cuando el paciente este próximo a descubrir la solución de su síntoma por sí mismo. También desaconseja la familiaridad del analista con el paciente y sus allegados, ya que podría verse entorpecida el logro de la cura.

Lacan llega al psicoanálisis en un momento en que ya es una práctica segura de sí, que tiene sus éxitos terapéuticos. Sitúa la palabra como fundamento del análisis. La técnica para Lacan remite al orden de la palabra y el lenguaje. La palabra es el único medio o instrumento. El psicoanálisis es una técnica cuya pretensión es que el discurso tenga consecuencias. Es un dispositivo donde se articula alguien que habla, alguien que escucha y la producción de un sujeto como efecto (Murillo, 2017). En una entrevista realizada a Lacan en 1975 en las Conferencias de la Universidad de Yale en Estados Unidos, cuando los estudiantes le preguntaron a Lacan cuáles eran sus criterios para la selección de pacientes, éste respondió:

“A los analizantes, se trata de hacerlos entrar por la puerta, que el análisis, sea un umbral, que haya para ellos una verdadera demanda. Esta demanda, ¿qué es de lo que quieren desembarazarse? Un síntoma (...) Trato que esta demanda los obligue a hacer un esfuerzo... Yo pongo el acento en la demanda. Es necesario que algo empuje” (Delgado 2012 pp. 114; Tendlarz, 1996)

El tratamiento analítico comienza con un pedido de un sujeto que sufre y que padece cosas sobre las que él no puede hacer nada, esto es, sus síntomas. Se trata de cosas que se le imponen al sujeto ya sea desde el lado de la inhibición, quiere hacer algo y no puede o desde la compulsión, quiere dejar de hacer algo y no puede. El sujeto que padece lo percibe como ajeno a él mismo. El analista lo invita a hablar, lo que significa que la causa está en el paciente. Se lo invita a hablar sin censura, no es una palabra cualquiera, sino la que busca para contar su historia, sus acontecimientos pasados y cotidianos. Es una palabra que Freud definió como casi imposible, sin censuras conscientes (Soler, 2004). Esta demanda que se dirige al analista supone por un lado una cierta falta de saber acerca del sufrimiento, y por otro la adjudicación del saber al analista. Esta demanda inicial requiere de cierta construcción, que puede o no llegar a producirse tras ese encuentro entre paciente y analista. El psicoanálisis es una praxis que requiere de las palabras y una interpretación por parte del paciente respecto de sus síntomas y del sufrimiento. Sin embargo el sujeto espera del analista una restitución de ese saber faltante, de ese sujeto supuesto saber (Delgado, 2012).

En este sentido, lo esencial en análisis es lo que dice el paciente, y a partir de ahí el analista debe localizar el decir del sujeto. A esto llama Lacan enunciación, siendo ésta la posición que toma el sujeto en relación al enunciado. Alguien puede decir una cosa sin creer completamente lo que esta diciendo. Por estos motivos, el analista debe permitir al paciente algunos engaños y no marcarle una contradicción. Siempre hay una posición del sujeto en relación a lo que dice. La puntuación en el método psicoanalítico es muy importante ya que de esto dependerá cómo el analista fija la posición subjetiva (Miller, 1997).

La estructura de la experiencia analítica se puede resumir en cuatro puntos; la asociación libre, esto es la invitación al paciente a decir lo que se le ocurra sin obedecer a ninguna regla; la interpretación por parte del analista; la transferencia; y la respuesta del analista a este fenómeno, su neutralidad. La gran invención de Freud es el dispositivo analítico, donde se pone en acto la realidad del inconsciente en el fenómeno de la transferencia (Miller, 2006).

### **3.1.4. Transferencia**

Uno de los pilares fundamentales del psicoanálisis es el concepto de transferencia incluso se puede afirmar que sin transferencia no hay análisis posible. Freud realiza a lo largo de sus obras un recorrido acerca de este concepto en distintos momentos de su enseñanza. En Freud (1901) *en Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)* sitúa la transferencia como algo necesario de la técnica analítica y que se convierte en una herramienta fundamental del psicoanálisis. Unos años después escribe *Sobre la dinámica de la transferencia* y se refiere al vínculo que se forma entre el paciente y el analista. Las personas por sus disposiciones innatas y las relaciones que tiene en su infancia van a reproducir ese tipo de vínculos a lo largo de su vida. Esas vinculaciones emocionales que pueden ser afectuosas u hostiles las van a repetir en su relación con el analista. Las particularidades de la transferencia es que esa especificidad en el vínculo sobre el analista son en parte conscientes pero también inconscientes. (Freud, 1912).

Laplanche (1996) define la transferencia como el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de

relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia es la transferencia de la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose esta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

Antes del análisis ya está en juego la transferencia. La elección de un analista no ocurre por azar, sino que hay algo del orden de un rasgo del analista que luego al final del análisis se puede ver. Cuando un sujeto llega a análisis es porque hay un síntoma o un malestar que le afecta, y supone que el otro sabe algo de lo que le pasa y acude a consulta a preguntarlo. En el primer tiempo, el sujeto se siente pleno con el amor de transferencia: hay alegría, fascinación, enamoramiento. Parece que ese amor completa al sujeto y llena su falta. El paciente le atribuye al analista un saber, y éste se ubica en el análisis en el lugar de Sujeto supuesto Saber. En este lugar es donde se espera algo de la revelación analítica, algo de ese saber inconsciente. La transferencia como puesta en acto de la realidad del inconsciente están determinados por la presencia y el hacer del analista. El analista, por la metáfora del amor, es elevado a la dignidad del objeto de amor. Para Lacan el analista hace una retención sostenida del amor, trata de que surja pero que, a la vez, lo frustra, lo limita: hace como que no escucha, corta, interrumpe, produce efectos molestos, etc. El dispositivo freudiano está programado para el amor. El analista organiza otra cosa: un final. Desde la entrada, donde surge el amor, está pensando que hay un final. Sabe que este amor no deja de ser un amor verdadero que, sin embargo, no debe de ser satisfecho. (Davidovich, 2016).

Freud (1912) en *La Conferencia 27* se refiere a la transferencia de sentimientos sobre la persona del médico en la situación analítica. Esta transferencia surge desde el comienzo del tratamiento y por un tiempo es el motor más importante en el tratamiento. El analista está situado como objeto en el centro de la transferencia del paciente, siendo la transferencia el principal motor y el principal obstáculo de la cura. Se supera la transferencia cuando se le demuestra al paciente que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que le

ocurrió en el pasado. Freud (1912) en *Conferencia 28: La terapia analítica* manifiesta que para la finalización de la cura la transferencia debe ser desmontada. La transferencia no puede durar para siempre, es algo a perder. Llegado el momento, como dice Lacan (1964) el paciente atraviesa el fantasma y el analista cae como objeto de desecho. La transferencia es necesaria para la resolución de los síntomas pero está destinada a desarticularse al final del tratamiento.

Entre la demanda y la entrada de análisis hay un momento de enamoramiento. Sin embargo, el enamoramiento es también un goce y el analista tiene la responsabilidad de dejarlo insatisfecho, pero sin reducir el amor de transferencia que es el que mantiene al sujeto en el dispositivo (Lacan, 1958). Lacan entiende que la transferencia no es pura repetición sino hay algo nuevo que no es del pasado. Lo nuevo es trabajar con el amor y ponerlo como condición para establecer una cura. (Davidovich, 2016). En la relación analítica no se trata solamente de la presencia de un pasado que retorna sino también la presencia en acto de algo que se crea, una ficción para ese otro que está escuchando. El analista se introduce en primer lugar como sujeto supuesto saber, es él mismo quien recibe y soporta el estatuto del síntoma (Álvarez, 2012).

El paciente podrá asociar libremente gracias a la autoridad que le fue conferida al analista en virtud de la transferencia. Esto le dará al paciente, la confianza necesaria para animarse venciendo temores y dudas (Braier, 2016) Al aceptar el sujeto la invitación del analista a la asociación libre se coloca en posición de no saber lo que se dice, de decirlo de cualquier manera. Solo por aceptar esta regla se cae en la dependencia del Otro. No es una dependencia real sino una sugestión simbólica por el sujeto supuesto saber. La transferencia se presenta como un traslado que va del no saber al sujeto supuesto saber, esto supone que el Otro entra en la escena. La estructura de la transferencia en sentido lacaniano es “la del Sujeto-supuesto-saber como pivote de la transferencia” (Miller, 2006 pp. 49).

La existencia de la transferencia es una condición necesaria de la cura donde el analista debe evitar caer por medio de ella en sugestión. Braier (1998) define la sugestión como una forma de influencia psíquica que una persona ejerce sobre otra. Sin embargo, sostiene que el tratamiento psicoanalítico sin sugestiónes muy difícil. Para lograrlo, el

analista no debería realizar ninguna maniobra sugestiva alguna, tratando de mantener una actitud neutral en relación a lo que trae el paciente. Parte del poder sugestivo reside en las condiciones espacio-temporales que plantea el encuadre psicoanalítico que se instaura y que condiciona la también relación analítica. Estas condiciones se refieren a la actitud neutral del analista, el empleo del diván, la duración en principio indefinida del tratamiento, etcétera, son factores, que de distintas maneras, otorgan al analista un mayor poder de sugestión sobre el analizando. El encuadre analítico crea una atmósfera de cierta ambigüedad y misterio, no exenta de poder sugestivo, que puede despertar en el paciente desde el respeto y la confianza necesarias hasta, en otro extremo, la fascinación y la sumisión.

En el transcurso de la cura, el analista no debe hacerle saber al analizante qué es lo que el analista quiere de él. El analista debe asegurarse de que su deseo siga siendo un enigma para su analizante. De esta manera el deseo del analista se convierte en el motor de la cura. La transferencia hace posible la renuncia al ser y la aceptación de esa falta que se le impone al sujeto al someterse a la asociación libre. La transferencia hace creer en la promesa de una relación con el analista, ésta es la entrada de la transferencia. Lacan (1964) en el *Seminario II* dice que la transferencia si bien es diferente del concepto de la repetición, conduce a ella. Cuando se inicia la transferencia se pone en juego la repetición. Freud ya lo había conceptualizado en 1914 cuando dijo que la transferencia desemboca en la repetición (Soler, 2004).

### **3.1.5 Repetición**

Freud (1914) en *Recordar, repetir y reelaborar* plantea que el paciente en lugar de recordar lo olvidado o reprimido, lo actúa. Repite sin saber que lo hace, no como recuerdo sino como acción. Esta compulsión a la repetición aparecerá no solo en la relación con el médico sino en todas las actividades y vínculos de su vida. De allí que se empieza la cura con una repetición y durante el tratamiento estará siempre presente la compulsión de repetición que será la manera de recordar. El analizado repite en vez de recordar sus inhibiciones, sus actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter y además todos sus síntomas. Freud plantea que el analista debe tratar la enfermedad no como algo histórico sino como un poder actual. El médico deberá enfocarse en la

superficie psíquica que el analizado presenta y se valdrá del arte interpretativo para vencer las resistencias. Estas resistencias no cesan inmediatamente, hay que darle tiempo al paciente para que pueda reelaborarla.

En 1920 Freud escribe *Más allá del principio del placer* donde a partir de tres ejes empieza a demostrar que hay un más allá de este principio homeostático de placer o de constancia. Estos tres ejes son: los sueños traumáticos, que dificultan la función realizadora de deseo del sueño; la repetición en la transferencia, que complica esa tramitación; y la experiencia de su nieto en el juego fort-da. Se trata de la insistencia de lo traumático que se repite para poder ser elaborado. Se produce un divorcio entre la representación y la suma de excitación que da lugar al desplazamiento de la investidura que mantiene la represión. El sujeto se encuentra determinado por esta conexión entre representaciones. Esto posibilita el retorno y asegura la sustitución. Así, la misma insistencia de la cadena asociativa además de la compulsión del síntoma como resistencia, altera la homeostasis, altera ese placer e introduce un más allá del principio del placer. La pulsión de muerte se ubica y funda la insistencia de la cadena asociativa (Cosentino, 2015)

En la formulación de la segunda tópica, Freud produce una redefinición y ampliación del campo del análisis al introducir cambios en la clínica. *Más allá del principio del placer* le permite a Freud resignificar el valor de lo traumático en términos de irrupción pulsional sin ligadura. Lo no ligado es testimonio de encuentro con lo traumático, con aquello que escapa al principio del placer y a la posibilidad de cifrado inconsciente. Esto le permite situar la compulsión a la repetición y resignificar la aparición de formas resistenciales de la transferencia en el interior del dispositivo analítico. La repetición en transferencia situada más allá del principio deviene un obstáculo inevitable. Las teorizaciones en su segunda tópica le permitieron recuperar e inscribir fenómenos clínicos como la angustia, lo traumático, la melancolía, la compulsión a la repetición, la reacción terapéutica negativa, las neurosis graves, el sentimiento inconsciente de culpa y al mismo tiempo recortar y abordar nuevos fenómenos como el suicidio y los rasgos de carácter. Estos fenómenos clínicos

posteriormente los ubicará como estructurales al articularlos con las resistencias mayores de la cura (Laznik, 2010).

Lacan le otorga un valor fundamental a la repetición en el marco del análisis, ya que lo que concierne no son los recuerdos de un sujeto sino los puntos de repetición puestos en transferencia. En el *seminario sobre la carta robada*, Lacan (1956) ubica la lógica de una estructura que se ordena a partir de una secuencia de significantes determinados por el Otro. La secuencia de significantes se repite y la insistencia del significante indica que se trata de una repetición simbólica. Este determinismo simbólico de la cadena de significantes que hace que nadie pueda soltar nada al azar, están determinados por el inconsciente. En este momento la compulsión a la repetición queda en el plano de lo simbólico. En el *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales*, Lacan (1964) siendo estos la repetición, la transferencia, el inconsciente y pulsión. Se refiere a la repetición en transferencia como de otro orden, lo que se repite es del orden de lo real por efecto del objeto a. Dirá que solo a través de lo real en la repetición se podrá interpretar el fenómeno de la transferencia. El análisis no se acaba en la repetición de significantes sino que implica un recorrido por las marcas de goce del cuerpo que tiene el sujeto. Así como Lacan plantea por un lado la compulsión a la repetición, también dice que en la repetición aparece lo nuevo. En cada repetición hay algo del orden de lo diferente, si bien conserva la huella, algo nuevo insiste sobre una falta fundamental (Soler, 2004).

Freud cuando se refiere al juego de fort-da como ejemplo de repetición, describe que dicho mecanismo en su dinámica, implica una pérdida. Hay algo en la relación con el objeto que se pierde. Lacan elabora el concepto de repetición diciendo que lo que esta en juego es la tesis de lo real. Esto es, que las cuestiones referidas a la repetición se dan en la unión del sujeto y lo real. La repetición para Soler (2004) es el sello o el estigma en el cual el sujeto se reconoce, en el que Kierkegaard considera que el ser persevera en su ser y citando a este autor: *las naturalezas profundas no pierden nunca el recuerdo de sí mismas y jamás se convierten en otra cosa que han sido*. En el acto analítico se capta al sujeto en la transferencia y se pone en funcionamiento el sujeto supuesto saber. (Soler, 2004).

### 3.1.6 La interpretación

La demanda fundamental de un paciente en el análisis es una demanda de interpretación, de obtener palabras (Miller, 2006). El acto analítico es la causa del análisis y el soporte tanto de la transferencia como de la interpretación. La interpretación siempre ocurre una vez instalada la transferencia. La interpretación no es un decir del analista sino que es un efecto de un decir que ocurre en el acto analítico. Es algo que ocurre entre el analista y el analizante. “El análisis es una cura por la palabra y un arte de la interpretación” (Murillo 2018, pp. 250). Freud (1912) en *sobre la iniciación del tratamiento* manifiesta que el primer objetivo del tratamiento es establecer un rapport con el analizante. Para ello es importante darle tiempo al paciente para que esto ocurra. No antes de lograr una transferencia operativa es que se le debe realizar comunicaciones al paciente o revelarle algún significado de sus ocurrencias.

El primer ejemplo de interpretación que adquirió el valor de modelo es el análisis de los sueños. Freud (1900) en *La interpretación de los sueños* se refiere a la interpretación como el desciframiento de la significación, del sentido latente de las producciones del inconsciente. Freud la describía como la vía regia hacia el conocimiento del inconsciente dentro de la vida anímica. Plantea que los sueños son una realización alucinatoria de deseos y una vía privilegiada de acceso al inconsciente. La interpretación también se aplica a las demás producciones del inconsciente como actos fallidos, síntomas, lapsus y actos del sujeto marcados por el conflicto defensivo. En estos casos la interpretación apunta a develar el deseo inconsciente y los fantasmas en los que se realiza. El psicoanálisis como método de interpretación va a la historia del sujeto para llegar a una construcción y crear un sentido. Es un trabajo de producción de sentido, no hay revelación, iluminación ni emergencia de sujeto verdadero sino división, fragmentación y multiplicidad. El psicoanálisis se presenta como algo imposible ya que nunca se restituye el pasado ni dar palabras a lo reprimido hasta agotarlo. Entonces, el análisis en si mismo es inacabable (Tubert, 2000).

Lacan, en *La dirección de la cura* postula que el analista dirige la cura pero no al paciente. Esto consiste en hacer aplicar las directivas donde el analista con palabras las eleva como interpretación. En *Función y campo de la palabra y del lenguaje en*

*psicoanálisis* Lacan (1949), cuestiona que cada vez que el analizante dice algo, hay que contestar como posible interpretación del analista. Los lapsus a priori pueden ser solo una equivocación, habrá que ver la reacción del sujeto ya que puede ser un error del sujeto por desconocer la diferencia entre términos. Por ello es que hay que prestarle atención donde se sitúa la parte significativa. También introduce el problema de la puntuación o corte de sesión donde indica que una puntuación afortunada es la que da su sentido al discurso del sujeto. Por eso, la suspensión de la sesión cumple el papel de escansión que tiene valor de intervención para precipitar los momentos concluyentes.

La interpretación es un elemento fundamental de la práctica psicoanalítica y debe ser el resultado de una escucha activa y de una captura del inconsciente del sujeto. Se trata de fomentar la asociación libre una vez instalada la transferencia. Tiene elementos de escucha, a veces de certeza, de intuición, de precisión, de duda, de coherencia, de sentido, etc. La interpretación no apunta a dar consejos ni certezas al paciente sino que se dirige al encuentro del sujeto con su verdad y su inconsciente (Bustos Arcón, 2016). La posición interpretativa para Freud apunta a revelar el inconsciente, lo que el paciente no sabe. Para el movimiento lacaniano el inconsciente nunca se revela totalmente por lo que sería el trabajo de toda una vida y al final no se habría terminado. Por ello, refieren a que en la interpretación se tiende a conocer las consecuencias del inconsciente. Estas son consecuencias del hecho de ser hablante y de entrar en la estructura del lenguaje (Soler, 2004).

## **3.2 El inconsciente**

### **3.2.1. La palabra. Lo simbólico. El gran Otro**

Pasaron más de cien años desde que Freud creó la *cura por la palabra* a la que llamó psicoanálisis. La palabra no es una palabra cualquiera, es una palabra por la que el sujeto cuenta su historia, su vida, los acontecimientos pasados y cotidianos. Se trata de una palabra que Freud llamó como una palabra casi imposible, una palabra sin censuras conscientes. Esto es lo que permite acercarnos al inconsciente. En la cura psicoanalítica, la eficacia simbólica no corresponde a la palabra del analista sino a la del propio paciente. El sufrimiento del paciente se trata por la palabra, por la palabra que representa al sujeto.

Fueron los propios pacientes de Freud quienes le solicitaron ser escuchados con el deseo de hablar libremente sin guía ni orientación alguna. Así, Freud descubre el verdadero valor de la palabra que dio lugar a la creación del método psicoanalítico (Soler, 2004).

En *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*, Lacan (1949) se propone abordar las desviaciones de los posfreudianos volviendo a ubicar la palabra en el centro de su enseñanza. La técnica del psicoanálisis para Lacan remite al orden de la palabra y el lenguaje. En este sentido, el síntoma es consecuencia de un defecto en la simbolización, algo que no pudo ser verbalizado, que ha quedado sin pasar por la palabra. La cura analítica implica la posibilidad de simbolizar aquello que ha quedado interrumpido en la historia del sujeto. La cura por simbolización permite dar significación retroactiva a lo que tiene valor traumático para la persona y quedó censurado (Delgado, 2012). El psicoanálisis tiene un médium o instrumento que es la palabra del paciente y cuya pretensión es que el discurso tenga consecuencias. Refiere que toda palabra llama a una respuesta, no hay palabra sin respuesta, incluso si no encuentra más que el silencio, con tal de que haya un oyente. Llega así a analizar el comportamiento del sujeto para encontrar en él lo que no dice, y en entender a qué parte del discurso está confiado el término significativo. Una puntuación afortunada es la que da sentido al discurso del sujeto. Los momentos privilegiados que Freud llamó formaciones del inconsciente – síntomas, sueños, lapsus, chistes- son aquellos en que la palabra se confiesa sin querer. El momento de la palabra plena es precisamente aquel en el cual el inconsciente hace su aparición. Todo lo demás es palabra vacía.

Al igual que Freud, Lacan resalta el valor de la palabra como medio de tramitar la impresión psíquica. Entre el analista y el analizante está la palabra, la palabra plena apunta a la verdad del sujeto en el plano de lo simbólico. La palabra vacía circula en el eje del narcisismo donde hay que provocar el vaciamiento en análisis. El análisis permite reescribir la historia y reordenar las contingencias de la vida a partir del efecto de verdad que se produce. La estructura del lenguaje preexiste a la entrada del sujeto en ella donde el sujeto debe someterse a esa estructura simbólica. Lacan sosteniendo la idea freudiana de la asociación libre y la sobre determinación del inconsciente, introduce el concepto de cadena significativa como condición necesaria para la formación del inconsciente. Asimismo, introduce lo simbólico como un termino que se opone y se distingue de lo

imaginario. Es en este punto donde introduce su gran invención de la esta época, el Otro con mayúscula (A) (Delgado, 2012).

Lacan (1956) en la conferencia *Freud en el siglo* en ocasión del centenario del nacimiento de Freud propone un retorno a Freud. Lacan propone este retorno sobre la base de la lectura que hicieron los posfreudianos al centrar la práctica analítica poniendo al yo como centro. Esto para Lacan, llevaba a una desviación de la práctica. Considera que omitieron el papel del significante por quedar fascinados por la significación. La verdad freudiana se refiere a que el yo no está en el centro del aparato psíquico y que mucho del yo le es desconocido al sujeto (pensamientos inconscientes, determinaciones inconscientes). Lacan (1953) en *Discurso de Roma* introduce tempranamente dos cuestiones centrales; el axioma lacaniano: el inconsciente estructurado como un lenguaje; y los tres registros: lo real, lo simbólico y lo imaginario. Esta última distinción será el eje de toda su enseñanza. Propone leer los textos de Freud con el método crítico, que es aplicarle a una obra su propia lógica. Entonces con este axioma y con el apoyo de la lingüística y los tres registros, va a leer los textos de Freud.

En 1954 Lacan formaliza los tres registros, siendo estos dimensiones de la realidad psíquica. Al principio de su enseñanza le otorga preeminencia a lo simbólico pero después en el seminario 10, dice que los tres están anudados en un nudo borromeo, equiparando los tres registros. Las distintas patologías dependerán de cómo los tres órdenes se anudan entre sí. Lo fundamental es que la forma en que se anudan, en como se relacionan entre sí los tres órdenes en el nudo borromeo, es para Lacan al final de su experiencia la estructura misma.

En *La carta robada*, Lacan (1956) dice que el cuento de Poe expresa la relación que él establece entre significante y significado. La carta es una metáfora del significante que circula entre varios sujetos. El significante se convierte en el elemento significativo del discurso (consciente o inconsciente) que determina los actos, las palabras y el destino de una persona sin que él lo sepa. Detrás de cada significante se encuentran otros significantes en una cadena interminable. Lo simbólico es constituyente, lo simbólico determina al sujeto. El lenguaje está ahí antes que el sujeto, es el inconsciente, los conceptos, la palabra, el significante. Lo imaginario comprende el yo, imago, el cuerpo, las imágenes, las significaciones. Las fantasías comandan ese registro. Lo real para Lacan

es lo que vuelve siempre al mismo lugar, lo que trata de inscribirse y no lo logra, es un imposible lógico. Lacan ejemplifica este último registro con los astros, que siempre retornan al mismo lugar.

Lacan (1955) en la Conferencia *Psicoanálisis y Cibernética* sostiene que el inconsciente funciona independientemente del sujeto. El sujeto es hablado por el inconsciente donde ciertos elementos se repiten –significantes- sin la participación voluntaria de la persona. El inconsciente tiene sus propias leyes, al asociar libremente lo que aparecen son combinatorias de significantes que están en la cadena. El sujeto es un sujeto dividido, ya que la persona tiene una parte de sí que desconoce y lo llamara sujeto barrado (\$). El yo es desconocimiento, solo una parte se puede conocer. Es un sujeto que es hablado y no sabe lo que dice, hablado por el Otro. En el *Seminario 2* Lacan introduce una distinción entre el Otro (A) y el otro (con minúscula). El otro es el semejante y el Otro va a ser para Lacan el Otro del lenguaje, se trata de un lugar. Ya desde principios de su enseñanza va a introducir el valor de la palabra en psicoanálisis, y va a decir que el sujeto es habitado por el lenguaje.

Para Lacan (1953) el inconsciente es el discurso del Otro, el sujeto es tal como ha sido hablado según las palabras dichas sobre él. El sujeto es habitado por el lenguaje, ya desde antes de su nacimiento el ser humano es hablado por otros, es nombrado, es esperado y cuando nace el lenguaje lo preexiste. Cuando llega al mundo depende de otro que lo cuide y adviene sujeto vía Otro. El proceso mediante el cual el Otro interpreta al sujeto es lo que instauro en el lenguaje y lo aloja. Este alojar implica que tenga un lugar en el deseo del Otro. El inconsciente como discurso del Otro indica que del lugar del Otro emergen las significaciones. El inconsciente nunca logra aprehenderse totalmente, tiene momentos de apertura y de cierre (Tendlarz, 1995).

### **3.3 El síntoma**

El síntoma para Freud, es una de las formaciones del inconsciente a ser descifrado mientras avanza la experiencia analítica. Freud (1917) en *Conferencia 17* afirma que los síntomas tienen un sentido que se encuentra a través de la interpretación. En la histeria, Freud descubre que el síntoma era un mensaje susceptible de ser leído, que al ser interpretado éste desaparecía. El síntoma es algo que molesta y perturba y no resulta

placentero para el yo. Es propio del síntoma su carácter repetitivo. El yo no lo puede resolver y termina modificándose para convivir con el síntoma. En ese trabajo de desciframiento bajo transferencia para Freud, la interpretación llegaría a producir la desaparición del síntoma (Bertholet, 2019).

Freud (1917) en *Conferencia 23: Los caminos de formación de síntoma* define al síntoma como actos perjudiciales o al menos inútiles para la vida en su conjunto. Pero no solo se caracterizan por ser inútiles sino que producen displacer y el sujeto dirige quejas hacia ellos. Los síntomas se crean por vivencias infantiles en las que la libido está fijada. Esas escenas infantiles pueden no ser siempre verdaderas, lo que importa es que se trate de la realidad del sujeto. En la formación del síntoma para Freud, actúan los mismos mecanismos de condensación y desplazamiento que en el sueño. Mas adelante, Freud se da cuenta que el síntoma no siempre respondía a una interpretación, que no era tan fácil de eliminar. En este punto es donde descubre la compulsión a la repetición, donde se volvía siempre al mismo lugar.

Lacan (1953) en *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* el eje del síntoma es un mensaje a descifrar, pone el acento en el goce en tanto el síntoma es una manera de gozar. El síntoma denota una disfunción, cuando se habla de síntoma hay algo que no funciona como debería. En esta falla en el funcionamiento se revela algo verdadero, emerge una verdad (Miller 2015). Lacan en *Informe de Roma* identificó síntoma y verdad. Lo que está reprimido es la verdad y el retorno se hace en forma de síntoma. Freud (1926) en *Inhibición, síntoma y angustia* sostiene la incorporación del síntoma en el yo, y destaca que el sujeto en el síntoma continúa gozando por otros medios. Los síntomas aparecen para representar satisfacciones. Ya no es el síntoma como verdad sino como goce. El síntoma como verdad es la formación del inconsciente, es el síntoma que se interpreta en tanto es del orden simbólico. Este perturba y se opone al funcionamiento del saber en lo real. El síntoma como goce es un medio de la pulsión que traduce la exigencia insaciable de satisfacción, que Lacan llamó la voluntad de goce (Miller, 2008).

En la experiencia analítica, el paciente se lamenta y habla mucho de su síntoma. El síntoma lo conduce a ir al analista. Respecto del fantasma, el sujeto obtiene placer y recurre a él en contra del síntoma. Freud introduce el fantasma en psicoanálisis como una producción imaginaria donde el sujeto tiene a su disposición, a la que llamó ensueño diurno. Sin embargo, los analizantes son reticentes a hablar de su fantasma. De aquí que el fantasma no es objeto de interpretación por parte del analista sino de construcción. Freud (1937) en *Análisis terminable e interminable* dice que desde el punto de vista de los síntomas, de la cura como tal, no se puede pensar que están completamente curados (Miller, 2006).

En fin del análisis lo que se pretende es una modificación más profunda que la del nivel del síntoma. Lo que se busca es una modificación de la posición subjetiva en el fantasma fundamental. No se trata de una cuestión de cura. Lacan propone un atravesamiento del fantasma, no se trata de hacerlo desaparecer sino de modificarlo. El fantasma en la práctica analítica se entienden como sueños diurnos que pueden estar a disposición de la conciencia como aquello escondido del sujeto. Para Freud lo fundamental del fantasma nunca aparece y es reconstruido por el analista. En el análisis del sujeto converge ese fantasma fundamental, este decanta resultando el residuo en el análisis (Miller, 2006).

Se puede concluir que el síntoma para el psicoanálisis es una de las formaciones del inconsciente. Para Freud (1917) son actos nocivos e inútiles que el sujeto realiza contra su voluntad y le generan displacer, sufrimiento y dolor. Agotan la energía psíquica del sujeto y lo pueden limitar para realizar otras actividades. Los síntomas tienen un sentido inconsciente aunque el sujeto lo ignore. La angustia para Lacan (1964) es un afecto, la llamó el afecto que no engaña. Freud realiza un recorrido de la angustia en los distintos momentos de su obra que se verán en el apartado siguiente y Lacan le dedica un año entero a la angustia en el Seminario 10, y refiere que es su obra mejor lograda.

### **3.4 La angustia**

Freud (1894), plantea en diferentes momentos de su obra, tres teorías de la angustia. El desarrollo de su teoría a lo largo de los años lo llevaron a repensarlas y reformularlas. En un primer momento considera a la angustia como la transformación de

la excitación sexual acumulada y no satisfecha: la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma en angustia. El pasaje de la primer teoría de la angustia a la segunda, se produce a partir de la elaboración de dos textos: El caso Juanito de 1908 y la Conferencia 25 de 1917. En el caso Juanito, es presentado como un historial de fobia, pero como toda fobia, lo que precede es la angustia. Una crisis de angustia. Esta fobia se instala después de un sueño que tiene donde está solo sin una madre que lo acaricie. Ese sueño como formación del inconsciente le está diciendo que él puede estar solo sin estar pegado a su mamá (Vegh, 2017). Así plantea una segunda teoría de la angustia que ahora implica un mecanismo psicológico: la represión, la representación es reprimida y la libido asociada es descargada como angustia (Freud, 1909).

Su tercer teoría de la angustia la plantea en el texto *Inhibición, síntoma y angustia* donde conceptualiza a la angustia como señal de alarma. Ya no va a considerar a la angustia como un incremento de excitación, libido sexual no empleada, sino una reacción frente a situaciones de peligro, en la que el yo debía ser el responsable de esa angustia. El aparato psíquico es alertado de un peligro a partir de una señal de displacer. Primero se genera angustia en el yo y como consecuencia se produce la represión. La inhibición significa restricción de una función, y no necesariamente es algo patológico. El síntoma es indicador de un proceso patológico. Una inhibición puede pasar a ser síntoma cuando la restricción funcional es grande o cuando aparece una función nueva. La inhibición es una perturbación funcional del yo que aparece en afecciones neuróticas: la función sexual, la nutrición, la locomoción y el trabajo profesional. Las inhibiciones son consecuencia de un empobrecimiento energético, en cambio el síntoma sería un sustituto de una no lograda satisfacción instintiva, un resultado de la represión. Por la represión, el yo logra que la representación sustentadora del superyó rehusé hacerse consciente. El afecto reprimido es transformado en angustia y así el yo resulta la sede de la angustia (Freud, 1926).

En este sentido, manifiesta que la función que cumple la angustia es producir una señal para ser rescatado en el caso de un peligro que se anticipa. Para Freud, los peligros existentes son: la pérdida del objeto en la niñez temprana, la castración en la etapa fálica,

la amenaza del superyó durante la latencia, la pérdida del amor del objeto. Sin embargo, en otra dirección de pensamiento, también agregará que la angustia podría ser el resultado de fantasías sádicas por el subsiguiente castigo. Así la pérdida del objeto (la madre) fue considerada por Freud como una amenaza comparable al miedo de la pérdida de una parte del cuerpo o de la autoestima (Freud, 1926).

Lacan (1963) toma a la angustia como señal de alarma de Freud y la conceptualiza como el afecto que no engaña. Lacan se da cuenta de la importancia de la angustia para Freud y le dedica un año entero a tratar el tema de la angustia. Hay angustia cuando en el marco de lo familiar se hace presente lo siniestro, el punto de la angustia es cuando el objeto se presentifica. Lo que angustia no es que haya falta sino que lo angustiante es que la falta venga a faltar. La angustia opera como una brújula, guía la cura como hoja de ruta. La angustia no engaña porque indica lo real, señal de lo real para el sujeto (Stepak, 2007).

La angustia es un afecto del ser hablante y no hay sujeto que no haya experimentado la angustia (Soler 2001). Para Miller (2013) la angustia es activa, productiva, capaz de transformar el goce en el objeto de deseo. Señala que es una angustia que se inspira en la angustia señal de Freud. El análisis permite al sujeto localizar, reducir y aliviar la angustia. Se trata de que la angustia no sea un trastorno o un disfuncionamiento de una normalidad homeostática que hay que restaurar, sino que la tarea propuesta es atravesar la angustia. La experiencia en la clínica en los casos de angustia, se puede encontrar casos en que la angustia está ligada y aquellos en los que la angustia no está ligada. En el primer caso puede estar ligada a un objeto como en la agorafobia o en la claustrofobia. En estos casos, el síntoma fóbico marca el camino por donde ir. La fobia ligada se presenta como signo, hay que conseguir que se metaforice para poder descifrar. En los casos de angustia no ligada, la angustia supera la tolerancia del sujeto y se manifiesta con signos de pánico. Es una angustia difusa sin poder ubicar que le ocurrió. Estos son los hoy llamados ataques de pánico con manifestaciones orgánicas, sudoración, diarreas, vómitos, taquicardias, etc. (Lerner, 2020).

Se puede concluir que Freud llamaba señal de alarma a la angustia, un afecto que alerta al yo de un peligro, Lacan la va a llamar hoja de ruta y también va a decir que la angustia es aquello que no engaña. Amigo (2017) afirma que el peligro es de un goce que acecha, el enemigo de la vida. Por ello considera que es más fácil trabajar con síntomas porque el sujeto quiere resolver la situación sintomática y es mucho más difícil perforar el carácter. Cuando falta la angustia hay un problema, no hay infancia que no transcurra por momentos de angustia. No hay vida amorosa que no transcurra por situaciones de angustia. La angustia no debe ser acallada hasta no saber cual es el peligro del que alerta. Esto no quiere decir que el analista debe dejar el paciente se inunde de angustia. El manejo y graduación de la angustia remite al saber hacer del analista: el análisis del analista y la práctica de no aliviar rápido ni dejar que inunde. Hay que dejar que la angustia haga la pregunta sobre el peligro que alerta y a que escena remite esto que le pasa hoy.

#### **4. Metodología**

##### **4.1 Tipo de Estudio**

Descriptivo, de caso único.

##### **4.2 Participantes**

Paciente de sexo masculino de 38 años de edad, de estado civil soltero, sin hijos. Estudió en el conservatorio de música y es profesor de música en un colegio privado. A su vez es instructor de yoga, y da clases en el departamento donde vive. Hasta hace poco vivía con su madre y su hermana, actualmente vive solo. Concurrió a la Institución con una angustia severa, manifestando una imposibilidad de concretar relaciones de pareja y de no poder avanzar en ningún aspecto de su vida.

Psicólogo de sexo masculino de 37 años de edad que llevó a cabo el tratamiento psicoanalítico. Cuenta con 6 años de experiencia como analista en la Institución de orientación psicoanalítica.

##### **4.3 Instrumentos**

Entrevistas semidirigidas al analista. Se realizaron 3 entrevistas semidirigidas que se focalizaron en la descripción y el análisis del caso centrándose en la construcción del caso clínico. En la primera entrevista se indagó acerca de la historia del paciente en relación a sus vínculos primarios y como fueron evolucionando en las distintas etapas de su desarrollo. Se buscó conocer el motivo de consulta del paciente y los síntomas que manifestaba al inicio del tratamiento. En la segunda entrevista se buscó conocer las intervenciones más significativas realizadas por el analista y la incidencia de las mismas en la dirección de la cura. En la tercera entrevista se analizó el grado de angustia del paciente después de varias sesiones de tratamiento psicoanalítico y al final del mismo. Se evaluó también la evolución del paciente en relación a la re significación de los vínculos mencionados.

#### **4.4 Procedimiento**

Se realizaron 3 entrevistas semidirigidas mediante video llamada por skype al analista de una duración aproximada de 45 minutos cada una. En la primera entrevista el objetivo fue indagar acerca de la problemática del paciente y el motivo de consulta. En la segunda entrevista se buscó localizar y describir las intervenciones realizadas en el transcurso del tratamiento. En la tercera entrevista se indagó acerca de la evolución del caso luego de dos años de tratamiento. También se buscó integrar y conceptualizar el caso con el apoyo de viñetas de la historia clínica del paciente que el analista seleccionaba.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Introducción**

El caso clínico en estudio se realizó sobre un hombre de 38 años de edad, soltero, y profesor de música de un colegio. A través de la historia clínica, relatada por el analista, se accede a la información del paciente. Su padre murió cuando él tenía 25 años. No tenía mucha relación con él, sus padres se habían separado cuando él era chico y casi no lo veía. Unos meses después del fallecimiento de su padre, el paciente dice haber tenido una depresión muy grande y a tener ideas de suicidio. Ese fue el primer momento en que

decide realizar una consulta psicológica, tratamiento que realiza por seis meses y luego abandona. Dice que consulta en ese momento porque sentía una tristeza muy grande, le faltaba motivación y no sabía que hacer con su vida. El tratamiento no fue de gran ayuda dice, pero acepta que tampoco estaba muy motivado para realizarlo por lo que lo abandonó.

Hasta hace un año, vivía con su madre y su hermana mayor. Había empezado a construir su casa propia en la parte de atrás del terreno de su madre, pero se quedó sin plata y la obra quedó inconclusa. Estudió en el Conservatorio de Música y su hermana le consiguió un trabajo en el colegio. Dicen tener amigos y que nunca pudo formalizar una pareja. El no tener amigos dice que no le importa pero le pesa mucho no poder tener una pareja. Siente que el tiempo se le está pasando y le da mucho miedo quedarse solo.

Hace dos años llega a la Institución Ulloa, donde le realizan una entrevista de admisión. Una vez admitido, derivan al paciente a un psicólogo de la Institución donde comienza el tratamiento psicoanalítico.

## **5.2 Descripción de síntomas y motivo de consulta que presenta el paciente al inicio del tratamiento**

Para el análisis del primer objetivo se van a evaluar los síntomas que llevan al paciente a la consulta psicológica, y los motivos que dicho paciente manifiesta al inicio del tratamiento. Según lo relatado por el analista, y las viñetas de la primera entrevista, el paciente manifiesta que siente una angustia muy grande en el pecho y que le cuesta mucho levantarse a la mañana. Dice tener: *sentimientos de soledad, tristeza y una sensación de ¿para qué me levante?* El analista refiere que este sufrimiento del paciente se convierte en una queja, y así como sostiene Soler (2004) el tratamiento analítico comienza con un pedido de un sujeto que sufre y que padece cosas sobre las que él no puede hacer nada. Relata el analista, según lectura de la historia clínica, que el paciente se quiebra en la mitad de la sesión y le cuesta retomar la palabra. El paciente no puede continuar y luego de varios minutos dice no saber lo que le pasa, no saber qué hacer con su vida. En este sentido, como afirma Braier (2016), nada de lo que el paciente dice responde al azar, todo tiene un sentido más allá de que se pueda descifrar o no, y un porqué en función de su historia y las circunstancias por las que atraviesa.

El psicólogo comenta que al preguntarle al paciente por su tratamiento previo, éste manifestó que consideraba que no le estaba ayudando ya que no sentía que estaba logrando grandes cambios. El paciente dice que continuaba sintiéndose muy angustiado y que no encontraba el rumbo en su vida, por ello decidió abandonarlo. Sin embargo, indagando un poco más, confiesa que había comenzado por insistencia de su madre, que no estaba muy motivado para realizar un tratamiento psicológico, llegaba tarde a las sesiones y varias veces incluso las cancelaba. El analista comenta que el compromiso del paciente era muy importante para el tratamiento psicológico, en este sentido en Las Conferencias de la Universidad de Yale cuando los estudiantes le preguntaron a Lacan (1975) cuáles eran sus criterios para la selección de pacientes, éste respondió, que la demanda los lleve a realizar un esfuerzo. Lacan dice que no les promete nada a sus pacientes ya que muchos tratarán de mantener el status quo, que para él se trata de una apuesta, donde es necesario que algo empuje. Sin embargo, rescata el analista, que no había quedado muy claro la razón por la que había abandonado el tratamiento, quizás otro de los motivos podría haber sido la falta de transferencia con el analista, o quizás todos ellos.

El analista relata que durante las primeras sesiones, el paciente manifiesta sentirse angustiado, y dice que nada en su vida lo motiva. Dice que se siente solo, que no tiene amigos, pero sobretodo siente: *una tristeza muy grande por no poder compartir, por no poder compartir con una pareja*. De este modo, como sostiene Miller (2008), en la experiencia analítica, el paciente se lamenta y habla mucho de su síntoma. El síntoma lo conduce a ir al analista. El paciente, según relato de la historia clínica, dice que no puede seguir adelante con este sufrimiento, pero que no sabe cómo salir adelante solo, que necesita aliviar este dolor pero que no sabe cómo llegó a este punto de su vida. El analista puede dar lugar a este pedido de ayuda del paciente dentro del marco psicoanalítico y así como describe Freud (1912), que para el psicoanálisis, los síntomas tienen origen en conflictos inconscientes, que si bien están fuera de la conciencia, insisten para emerger a la conciencia. Lo que se trata de lograr es vencer las resistencias para que el analizante acceda a las determinaciones inconscientes.

El paciente, según surge de la historia clínica, llega a la consulta con una queja buscando aliviar ese dolor paralizante que no lo dejaba avanzar en la vida. El paciente

buscaba respuestas del analista para suprimir ese dolor. Como sostiene Delgado(2012)el psicoanálisis es una praxis que requiere de las palabras y una interpretación por parte del paciente respecto de sus síntomas y del sufrimiento. Sin embargo el sujeto espera del analista una restitución de ese saber faltante, de ese sujeto supuesto saber (Delgado, 2012).Por otro lado, Lacan (1949), cuestiona que cada vez que el analizante dice algo, hay que contestar como posible interpretación del analista. Era necesario, continúa el analista, establecer un rapport con el paciente y esperar a que el paciente estuviera listo para ésto. El analista relata que era importante en primer lugar que el paciente pudiera tomar consciencia que ese dolor viene de su historia y de sí mismo; que pudiera comprender que él ocupaba un lugar fundamental en este proceso de cura. En este sentido fueron construyendo juntos paciente y analista a través de la demanda inicial del paciente.

Destaca el analista que según dichos del paciente éste siente una angustia tan grande que muchas veces le duele el pecho. Comenta que estos dolores le suceden cada vez con mayor frecuencia causándole mucho temor. Así, Freud (1926) considera la angustia como señal de alarma.El aparato psíquico es alertado de un peligro a partir de una señal de displacer. Continúa diciendo el analista, que el paciente durante mucho tiempo sintió angustia, pero ahora se había vuelto muy limitante, ya que le costaba mucho ir a trabajar, incluso en varias oportunidades había alegado enfermedad y tenía miedo de perder el trabajo. No tenía ganas de hacer nada y se pasaba el día encerrado en su cuarto. No se animaba a salir con mujeres tampoco, porque no tenía donde llevarlas ya que seguía viviendo con su madre y su hermana. Estas actitudes del paciente no lo dejaban desarrollarse, y el analista las pensó dentro del orden de la inhibición. En este sentido, Freud (1926), sostiene que la inhibición significa restricción de una función. La inhibición es una perturbación funcional del yo que aparece en afecciones neuróticas como la función sexual, la nutrición, la locomoción y el trabajo profesional. Las inhibiciones son consecuencia de un empobrecimiento energético.

En las siguientes entrevistas el paciente comienza a asociar sus problemas laborales, su estudio y el no tener amigos, con el tema de las mujeres. Y al llegar a este punto de la pareja, su actitud cambiaba y comienza a pensar que nada de lo que hace tiene sentido. En este sentido, Lacan (1955) sostiene que el sujeto es hablado por el inconsciente donde ciertos elementos se repiten –significantes- sin la participación

voluntaria de la persona. El inconsciente tiene sus propias leyes, al asociar libremente lo que aparecen son combinatorias de significantes que están en la cadena. Para el paciente, continúa el analista, el eje de su vida es la pareja y es recurrente en decir: *si no tengo pareja no sé para que estudiar o trabajar, si no lo puedo compartir con nadie*. En este momento, el analista dice que esta angustia que siente el paciente la siente en el yo, en el cuerpo, que se puede ver que está presente en todas las estructuras de su psiquismo.

El analista comenta en la entrevista, que el paciente llega a consulta con mucha angustia, donde al principio le costaba poner en palabras lo que le pasaba. Se limitaba a expresar sus sentimientos de soledad, tristeza y su falta de motivación. El analista notaba mucha resistencia por parte del paciente pero consideraba que había que construir el trabajo analítico en conjunto con el paciente. Para el psicoanálisis, Freud (1912) postula que los síntomas tienen origen en conflictos inconscientes que si bien están fuera de la conciencia, insisten para emerger a la conciencia. Lo que se trata de lograr es vencer las resistencias para que el analizante acceda a las determinaciones inconscientes. El síntoma para Freud, es una de las formaciones del inconsciente a ser descifrado mientras avanza la experiencia analítica (Bertholet, 2019). Para ello, el analista comunica que debía realizar una lectura de los síntomas del paciente para poder ser abordados analíticamente.

El analista relata cómo en varias sesiones el paciente no recuerda haberse comportado de manera extraña con las mujeres en su infancia, de haberse sentido avergonzado frente a ellas en varias ocasiones en el colegio, ni de la vergüenza que le causaban los acontecimientos sexuales. Pero en las sesiones presenta recurrencia de sueños sexuales, algunos más claros y otros muy confusos. Se lamenta de que nada le sale bien y que su destino es no poder concluir nada: *quedar atascado, paralizado*. El analista manifiesta que uno de los objetivos del psicoanálisis es llenar las lagunas del recuerdo y vencer las resistencias del sujeto.. En este sentido, como plantea Freud (1914) en *Recordar, repetir y reelaborar* el paciente en lugar de recordar lo olvidado o reprimido, lo actúa. Repite sin saber que lo hace, no como recuerdo sino como acción.

En resumen, se puede decir que el paciente llega a la consulta psicológica por una angustia muy grande, con sensaciones de opresión en el pecho cada vez mas recurrentes, y manifestaba no saber por qué le estaba sucediendo. El analista interpreta que se trata de una angustia no ligada, como sostiene Lerner (2020) donde la angustia supera la tolerancia

del sujeto y se manifiesta con signos de pánico. Lo conceptualiza como una angustia difusa donde el sujeto no puede ubicar qué le ocurrió. Así como sostiene Lacan (1963), la angustia es el afecto que no engaña. Sentía mucha tristeza y desgano, y estaba muy desmotivado. Esto le afectaba y limitaba ya que muchas veces no lograba salir de la cama y asistir a su trabajo. En este sentido el analista, siguiendo a Stepak (2007), manifiesta que la angustia es como una brújula, que guía la cura como hoja de ruta en el tratamiento psicoanalítico. La angustia no engaña porque indica lo real, es la señal de lo real para el sujeto. El paciente tenía miedo de quedarse sin trabajo, pero lo que más le preocupaba era poder formar una pareja, y quedarse solo. Lo central en su vida es la pareja y todo lo demás gira alrededor de esto. En este sentido, como sostiene Freud (1917) los síntomas agotan la energía psíquica del sujeto. El síntoma es desajustado, refiere el analista, y no se le puede dar un significado a priori sino que hay que comprender qué le sucede al paciente en particular, por ello es importante la queja con la que llega el paciente al tratamiento.

### **5.3 Descripción de las intervenciones realizadas en el tratamiento del paciente**

El analista manifestó, que durante las primeras sesiones sobretodo, era muy importante establecer una transferencia positiva con el paciente. Si bien es un requisito de todo tratamiento psicoanalítico, este paciente no había tenido una buena experiencia previa con un tratamiento anterior, al que había abandonado. El paciente, según relato del analista, decía que no creía mucho en el análisis, que había concurrido a la Institución por la insistencia de su madre. En este sentido, como dice Freud (1912) el primer objetivo del tratamiento es establecer un rapport con el analizante. Para ello es importante darle tiempo al paciente para que esto ocurra. De a poco, según lo comunicado por el analista en las entrevistas, iba notando un acercamiento por parte del paciente, necesario para que pudiera desplegarse su discurso sin censura alguna. Tal como dice Braier (2016), el paciente podrá asociar libremente gracias a la autoridad que le fue conferida al analista en virtud de la transferencia. Esto le dará al paciente, la confianza necesaria para animarse venciendo temores y dudas.

De este modo, y desde el comienzo del tratamiento, comunica el analista, que utiliza el método de la asociación libre como regla fundamental de la técnica

psicoanalítica. El paciente, según lectura de la historia clínica por parte del analista, durante las primeras sesiones sobretodo, decía estar muy angustiado, se quebraba, lloraba y decía no saber por donde empezar. En este sentido el analista utiliza la regla fundamental y le dice al paciente que comience su relato por donde quiera, dándole la palabra al paciente. Así, tal como propone Freud (1912), se invita al paciente a decir todo lo que le pasa por la mente: ocurrencias, pensamientos, imágenes, recuerdos, tal como se le presentan, sin ningún tipo de censura. Según Soler (2004), se invita al paciente a hablar sin censura, no se trata de una palabra cualquiera, sino la que busca para contar su historia, sus acontecimientos pasados y cotidianos (Soler, 2004). En esta línea, Braier (2016) propone que cuánto más se consiga respetar esta regla de la asociación libre, mejor se podrá avanzar en el trabajo.

El paciente, en sus primeras sesiones según historia clínica que comparte el analista, comunica la angustia tan grande que siente, habla de su madre y su hermana con las que convive. Comenta también que había empezado a construirse una casa en el terreno de su madre pero se había quedado sin plata para continuar. No dice nada del padre y tampoco se le pregunta. Por su parte, el analista relata que debe escuchar todo lo que dice el paciente con atención flotante, sin privilegiar ningún elemento del discurso. Así, según indicación de Freud (1912) en *Consejos al medico sobre el tratamiento psicoanalítico*, se debe escuchar el relato del paciente con la misma atención, dejando de lado las inclinaciones personales, prejuicios o presupuestos teóricos. Esta escucha, permite al analista descubrir las conexiones inconscientes en el discurso del paciente, conservando una diversidad de elementos que aparentemente carecen de importancia pero que con el tiempo pueden demostrar su valor.

En las primeras entrevistas, según historia clínica que el analista comparte, el paciente dice sentirse solo, no tener amigos con quien compartir. Plantea: *no se nada de mi familia para atrás, mi mamá no me sabe contar nada sobre la historia de mi familia, abuelos, tíos, no tengo raíces*. Dice querer ordenar su vida y refiere: *no se si soy músico, profesor o guionista*. En base a estos dichos, con las primeras intervenciones el analista intenta que comience a historizar sobre su pasado personal y de su familia. El paciente necesitaba conocer sus raíces, conocerse a él mismo para poder encontrar ese rumbo que

sentía no tenía y lo angustiaba. Para ello, el psicoanálisis es una técnica cuya pretensión es que el discurso tenga consecuencias. Es un dispositivo donde se articula alguien que habla, alguien que escucha y la producción de un sujeto como efecto (Murillo, 2017). En los momentos del inicio del tratamiento, el paciente estudiaba en el conservatorio de música y para ser guionista. También daba clases de música en un colegio, trabajo que le consiguió su hermana.

En las entrevistas posteriores, el paciente comienza a asociar su situación laboral, sus estudios, el no tener amigos y el no saber qué hacer con sus relaciones de pareja al tema de la *mujer* como lo llamaba él. El analista comparte viñeta de la historia clínica: *si no tengo pareja no se para qué estudiar o trabajar, si no lo puedo compartir con nadie*. y comenta el analista que esta frase es recurrente en el paciente. Cada vez que este pensamiento aparecía, su actitud cambiaba y comienza a pensar que todo lo que hace no tiene sentido alguno. Plantea el paciente que su sueño es querer armar algo propio, algo que se sostenga en el tiempo, dejar un legado, y asocia este legado con la familia, un hijo. En este sentido, el analista comenta que siempre

El analista en la entrevista, refiere que el paciente en varias oportunidades llevó a las sesiones sus sueños sexuales con mujeres donde dice según viñeta que: *siempre queda a mitad de camino*. Estos sueños se daban de manera recurrente en el paciente y comenta el paciente según historia clínica, que se despertaba con mucha angustia. El psicólogo refiere que durante varias sesiones trabajaron estos sueños del paciente donde este displacer desencadenaba una indignación del yo ante la satisfacción imaginaria de un deseo reprimido. El analista comenta que estos sueños fueron asociados con los dichos de su mamá cuando era adolescente donde le pedía que se quedara en casa con ella, y el paciente interpreta una prohibición por parte de su madre a no tener sexo. En este sentido, Freud (1900) en *La interpretación de los sueños* se refiere a la interpretación como el desciframiento de la significación, del sentido latente de las producciones del inconsciente. Freud la describía como la vía regia hacia el conocimiento del inconsciente dentro de la vida anímica. Plantea que los sueños son una realización alucinatoria de deseos y una vía privilegiada de acceso al inconsciente. En estos casos la interpretación apunta a develar el deseo inconsciente y los fantasmas en los que se realiza. El psicoanálisis como método de interpretación va a la historia del sujeto para llegar a una

construcción y crear un sentido. Es un trabajo de producción de sentido, no hay revelación, iluminación ni emergencia de sujeto verdadero sino división, fragmentación y multiplicidad.

En una de las sesiones, el paciente habla de su padre y el analista lee la viñeta de su historia clínica: *después de la muerte de mi viejo tuve una depresión que no estaba relacionada con la muerte de él, y meses después empecé a tener ideas de suicidio*. En este sentido, Braier (2016) afirma que paciente y analista pueden encontrar dificultades y descubrimientos, a veces dolorosos, pero que serían experiencias necesarias y valiosas en cuanto revelan la verdad de su inconsciente. Esto viene determinado por la historia personal del paciente, con sus inhibiciones, síntomas y angustias. El paciente casi no hablaba de su padre, y cuando se refería a él, decía que había sido un padre ausente. Sus padres se habían separado cuando era muy chico y no recordaba haber compartido cosas con él. El analista consideraba que el padre era un tema importante a incluir en análisis a pesar de lo reticente que era el paciente en llevarlo a la sesión. Pero creía importante darle tiempo al paciente, tal como sostiene Freud (1912), que los analistas deben tener cuidado con las interpretaciones ya que cuanto más acertadas sean, más fuerte será la resistencia. La interpretación llegará adecuadamente cuando el paciente esté próximo a descubrir la solución de su síntoma por sí mismo.

Durante varios meses, el paciente llevó a las sesiones el tema de la *mujer* como las nombraba él. El analista dice que pone en la misma cadena de significantes tanto a la pareja, la hermana y la madre. El analista lee una viñeta de la historia clínica donde el paciente resalta una frase que le decía su mamá: *para qué vas a salir si puedes quedarte cómodo y calentito adentro*. Esta frase de la madre llevó a muchas asociaciones en relación a sus actitudes de adolescente que se sucedieron a raíz de la muerte del padre. Comenta el analista que esta línea se tomó como una de las vertientes de la dirección de la cura para el tratamiento. En este sentido como dice Braier (2016) los elementos registrados por el analista pueden presentar conexiones con otros que surjan en sesiones posteriores y así cobrarán un significado que resultó ignorado en un primer momento.

El analista, evaluando la historia clínica del paciente, describe cómo se fueron trabajando los vínculos y la dependencia que tenía con su madre y su hermana que no le permitían avanzar en su vida laboral ni de relación. La decisión del paciente de irse a vivir

solo fue un gran avance en el tratamiento, sin embargo el analista aclara, que fue un arduo trabajo con el paciente, donde era necesario que llegara solo. Así considera Braier (1996) que el analista no debería realizar ninguna maniobra sugestiva alguna, tratando de mantener una actitud neutral en relación a lo que trae el paciente. El analista también comenta como otro de los ejes importantes en la dirección de la cura, el duelo del padre, donde le paciente se volvía bastante reticente. En este punto Freud (1912) dice que lo que se trata es de lograr es vencer las resistencias para que el analizante acceda a las determinaciones inconscientes (Freud, 1912). Estas resistencias no cesan inmediatamente, hay que darle tiempo al paciente para que pueda reelaborarla (Freud, 1914).

En síntesis, en relación a las intervenciones realizadas por el analista, en primer lugar se buscó establecer una transferencia positiva con el paciente para que pudiera asociar libremente. Se comenzó con una indagación acerca de las raíces del paciente y una búsqueda interior, siempre respetando los tiempos del paciente. El analista realizó distintas intervenciones a lo largo del tratamiento con silencios, preguntas, señalamientos, interpretaciones y construcciones. Se trabajó con el síntoma, como sostiene Lacan (1949) que es consecuencia de un defecto en la simbolización, algo que no pudo ser verbalizado, que ha quedado sin pasar por la palabra. A través de las asociaciones que fue realizando el paciente, se trabajó el abandono y el duelo del padre que no habían sido elaborados. Este abandono había dejado un vacío muy grande en la familia, la madre se había aferrado tanto al hijo que no lo dejaba crecer y el paciente tomó ese lugar de protección familiar que lo llevaron a mantener vínculos conflictivos con su madre, su hermana y en consecuencia una imposibilidad de establecer relaciones amorosas.

#### **5.4 Evaluación de los cambios ocasionados en el paciente después de dos años de tratamiento**

El tratamiento dentro de la Institución está estipulado entre seis y ocho meses, pero esto no significa que el paciente finaliza con un alta del tratamiento. En el caso de este paciente, transcurrido este plazo, el analista consideraba que aún no era aconsejable el alta, ya que quedaban varios puntos para trabajar. El paciente también se sentía muy cómodo con el analista, consideraba que estaba logrando algunos cambios y quería continuar el tratamiento. Para ello, las sesiones continuaron en el consultorio particular

del analista, un tiempo más. Para responder a este objetivo se van a evaluar los cambios producidos en el paciente después de dos años de tratamiento.

El paciente llega a consulta psicológica según historia clínica, manifestando sentir una angustia muy grande, siente la angustia en el pecho de manera recurrente y lo paraliza en todos los aspectos de su vida. Al paciente, al principio le cuesta poner en palabras lo que siente pero en el transcurso de las sesiones, refiere el analista, junto con el paciente van construyendo y buscando las causas más profundas de sus conflictos psicológicos. Así, como sostiene Amigo (2017) es más fácil trabajar con síntomas porque el sujeto quiere resolver la situación sintomática y es mucho más difícil perforar el carácter. En este sentido comenzó el trabajo analítico con el paciente tratando de ubicar los síntomas teniendo en cuenta como sostiene Delgado (2012) que el síntoma es consecuencia de un defecto en la simbolización, algo que no pudo ser verbalizado, que ha quedado sin pasar por la palabra. La cura analítica implica la posibilidad de simbolizar aquello que ha quedado interrumpido en la historia del sujeto. La cura por simbolización permite dar significación retroactiva a lo que tiene valor traumático para la persona y quedó censurado.

Según relata el analista, varios fueron los ejes trabajados con el paciente en la dirección de la cura. Con relación a la angustia que manifestaba el paciente con sensaciones de opresión en el pecho, de a poco fue dejando de tenerlas de manera tan recurrente como al inicio del tratamiento. Como dice Miller (2013), el análisis permite al sujeto localizar, reducir y aliviar la angustia. Se trata de que la angustia no sea un trastorno o un disfuncionamiento de una normalidad homeostática que hay que restaurar, sino que la tarea propuesta es atravesar la angustia. El analista describe cómo se llevó a cabo el proceso con el paciente. Refiere que el abandono y la muerte del padre no habían sido elaborados por el paciente, que eso suponía un dolor que desafiaba su propia estructura psíquica. El paciente había sufrido una pérdida muy importante y representativa en su vida y al no poder elaborarlo había quedado detenido, experimentando emociones de tristeza y enojo. Su desgano y falta de motivación se reflejaba en todos los ámbitos de su vida. Se realizó un trabajo de elaboración de duelo donde el aparato psíquico tuvo que desarmar los lazos que unían al sujeto con aquello que había perdido. El final del proceso de duelo que es la elaboración del duelo le permitió al

paciente poner su fuerza y su ánimo sobre el mundo que lo rodeaba y sobre sus relaciones personales. El paciente se pudo armar psíquicamente recobrando su ánimo, su fuerza y el sentido de la vida.

El paciente según la historia clínica que describe el analista, demostraba inhibiciones que se repetían en varios ámbitos de su vida, con respecto a su estudio, su trabajo, y en sus vínculos. Freud (1914) en *Recordar, repetir y reelaborar* plantea que el paciente en lugar de recordar lo olvidado o reprimido, lo actúa. Esta compulsión a la repetición aparece no solo en la relación con el médico sino en todas las actividades y vínculos de su vida. El paciente repite en vez de recordar sus inhibiciones, sus actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter y además todos sus síntomas. En este sentido, relata el analista que el paciente con el tiempo, una vez localizada la angustia y las elaboraciones trabajadas en las sesiones, fue logrando cambios y venciendo las limitaciones funcionales que lo paralizaban. Los primeros logros del paciente se enfocaron en mejorar los sentimientos de autoeficacia y confianza que necesitaba en su vida diaria. Habiéndose afianzado la seguridad y la confianza el paciente logró dejar la casa que compartía con su familia y alquilar su propio departamento. Si bien siguió ejerciendo como profesor de música en el colegio, estudió yoga y comenzó a dar clases en su casa. Estas clases no solo le generaban un ingreso extra sino que le aportaban muchos beneficios a nivel físico, mental y emocional. También inició una relación amorosa y empezaba a sentirse más motivado y confiado en sus relaciones. La confianza que había logrado en esos dos años de tratamiento le permitió proyectar nuevos proyectos laborales.

Con relación a los vínculos, tema que plantea el paciente como central en su vida, afirma el analista que primero se trabajó el duelo del padre para luego trabajar los vínculos conflictivos. El tema del padre, el paciente no lo consideraba relevante, pero a raíz de ese abandono se pudieron elaborar y comprender los vínculos que mantenía con su madre y su hermana. En este sentido, Lacan (1955) sostiene que el sujeto es un sujeto dividido, ya que la persona tiene una parte de sí que desconoce y lo llamará sujeto barrado (\$). El yo es desconocimiento, solo una parte se puede conocer. Es un sujeto que es hablado y no sabe lo que dice, ya que es hablado por el Otro. A través de estas elaboraciones, el paciente pudo visualizarse viviendo solo y dar un paso en su vida, que

fue de gran ayuda para ordenar su vida de relación y laboral. Estos avances permitieron al paciente tener una relación más sana y menos dependiente con su familia. Así, como sostiene Delgado (2012), el análisis permite reescribir la historia y reordenar las contingencias de la vida a partir del efecto de verdad que se produce.

En analista también describe cómo fueron trabajando los sueños sexuales recurrentes, donde el paciente dice que nunca puede concretar el acto sexual. En este sentido explica el analista siguiendo a Cosentino (2015) como en este caso se trata de la insistencia de lo traumático que se repite para poder ser elaborado. Freud (1920) en *Más allá del principio del placer* a partir de tres ejes empieza a demostrar que hay un más allá de este principio homeostático de placer. En los sueños traumáticos se dificultan la función realizadora de deseo del sueño. Así, la misma insistencia de la cadena asociativa además de la compulsión del síntoma como resistencia, altera la homeostasis, altera ese placer e introduce un más allá del principio del placer. La pulsión de muerte se ubica y funda la insistencia de la cadena asociativa (Cosentino, 2015).

En el transcurso de las sesiones, el analista relata que al paciente le resultaba más fácil asociar libremente y poner en palabras aquello que tanta angustia le causaba. En este sentido el inconsciente como discurso del Otro indica que del lugar del Otro emergen las significaciones. El inconsciente nunca logra aprehenderse totalmente, tiene momentos de apertura y de cierre (Tendlarz, 1995). Por ello, el analista manifiesta que era necesario continuar el tratamiento más allá de los seis meses previstos por la Institución, el paciente necesitaba tiempo para vencer las resistencias. Continúa el analista que se logró trabajar con la palabra plena que apunta a la verdad del sujeto en el plano de lo simbólico (Delgado, 2012). En este orden, surgieron varias cuestiones inconscientes del sujeto como el abandono y muerte del padre y sus conflictos con las mujeres en la infancia. Por otro lado, afirma el analista que gracias a que se había establecido una transferencia positiva con el paciente se pudo llevar adelante el trabajo analítico. Así, como describe Freud (1901) la transferencia es algo necesario de la técnica analítica que se convierte en una herramienta fundamental del psicoanálisis. En este sentido, resalta el analista que fue de gran ayuda para el paciente haberse comprometido en el análisis, y como dice Lacan (1975)“...Trato que esta demanda los obligue a hacer un esfuerzo... Yo pongo el acento en la demanda. Es necesario que algo empuje”. Esta demanda inicial como sostiene

Delgado (2012) requiere de cierta construcción donde el sujeto espera del analista una restitución de ese saber faltante, de ese sujeto supuesto saber.

En resumen, se puede decir que después de dos años de tratamiento psicoanalítico el paciente pudo elaborar por un lado el abandono y el duelo del padre que dieron lugar a los vínculos conflictivos con las mujeres significativas. Como dice Freud (1914) el médico deberá enfocarse en la superficie psíquica que el analizado presenta y se valdrá del arte interpretativo para vencer las resistencias. Estas resistencias no cesan inmediatamente, hay que darle tiempo al paciente para que pueda reelaborarla. De este modo, se logró disminuir el nivel de angustia tan limitante en la vida diaria del paciente. Los sueños recurrentes del paciente que tanta angustia le causaban perdieron frecuencia y pudo dejar la casa donde vivía con su madre y su hermana. El irse a vivir solo fue un avance muy importante que le permitió relajarse en sus vínculos de pareja y llevar una relación más sana con su madre y su hermana. De este modo, después de dos años de tratamiento, el analista consideró que podía dar de alta al paciente. Se puede concluir como sostiene Davidovich (2016) que el dispositivo freudiano está programado para el amor donde el analista organiza otra cosa: un final. Desde la entrada, donde surge el amor, está pensando que hay un final. Sabe que este amor no deja de ser un amor verdadero que, sin embargo, no debe de ser satisfecho.

## **6. Conclusiones**

En el presente trabajo final de integración se planteó como objetivo describir desde el modelo psicoanalítico, el tratamiento de un paciente con un alto grado de angustia que presentaba una problemática vincular. Este caso clínico surgió de la práctica profesional realizada en una institución abierta a la comunidad que atiende pacientes desde el enfoque psicoanalítico y que también se dedica a la capacitación y formación de profesionales de la salud mental. Durante la práctica se realizaron entrevistas al psicólogo que llevaba el caso donde se compartieron viñetas de la historia clínica del paciente.

Para analizar este caso clínico se plantearon tres objetivos específicos orientados a describir los síntomas del paciente y el motivo de consulta inicial, las intervenciones utilizadas por el analista para trabajar la problemática planteada y el análisis de la evolución del paciente después de dos años de tratamiento.

El primer objetivo específico permitió describir los síntomas del paciente y el motivo de consulta que llevó al paciente a buscar ayuda psicológica. El paciente manifiesta sentir una angustia tan grande que algunas veces le duele el pecho, en las primeras entrevistas dice no saber cual es la causa de la angustia pero la siente muy limitante ya que en varias oportunidades no puede ir a trabajar y se queda el día entero encerrado en su cuarto. En este sentido, como dice Delgado (2012) esta demanda que se dirige al analista supone por un lado una cierta falta de saber acerca del sufrimiento, y por otro la adjudicación del saber al analista. Esta demanda inicial requiere de cierta construcción, que puede o no llegar a producirse tras ese encuentro entre paciente y analista. En el transcurso de las sesiones el paciente logra poner en palabras lo que le estaba sucediendo y transmitir su preocupación de no poder formar una pareja. El psicoanálisis es una praxis que requiere de las palabras y una interpretación por parte del paciente respecto de sus síntomas y del sufrimiento. Sin embargo el sujeto espera del analista una restitución de ese saber faltante, de ese sujeto supuesto saber (Delgado, 2012).

A través del primer objetivo se pudo conceptualizar las limitaciones del paciente como inhibiciones que se sostenían en varios ámbitos de su vida tanto en lo laboral como en lo personal, impidiendo al paciente avanzar en estos aspectos de su vida. Para Freud (1926) la inhibición es una restricción de una función, y en el paciente lo paralizaba y le causaba mucha angustia. A lo largo de las sesiones se pudo localizar la angustia y elaborar el abandono y muerte del padre. Los conflictos vinculares del paciente se habrían originado en ese momento de tanto dolor que el paciente pudo comprender y trabajar a lo largo de las sesiones.

En el segundo objetivo específico se analizaron las principales intervenciones realizadas por el analista. En primer lugar se buscó establecer una transferencia positiva con el paciente, necesaria para todo trabajo psicoanalítico y se invitó al paciente a asociar libremente, regla de oro del psicoanálisis. A través de las asociaciones, el analista ayudó al paciente en su búsqueda personal y a historizar acerca de sus raíces. El paciente llega a consulta con una angustia muy grande manifestando no conocer la causa de esa angustia y no pudiendo salir de esa situación. El analista lo ayuda a indagar y a elaborar el abandono y la muerte de su padre. De este modo como dice Freud (1912) a vencer las

resistencias para que el analizante acceda a las determinaciones inconscientes. Los síntomas tienen origen en conflictos inconscientes que si bien están fuera de la conciencia, insisten para emerger a la conciencia. La elaboración del abandono y la visualización por parte del paciente del origen de la problemática vincular con su hermana y su madre le permitió romper esa dependencia e independizarse. En este sentido se trabajaron también los sueños sexuales recurrentes del paciente que tanta angustia le causaban y en las relaciones de pareja que para el paciente eran el eje de su vida.

A través de este segundo objetivo el paciente pudo realizar un trabajo de elaboración de duelo que lo llevó a la aceptación de la pérdida de su padre. Si bien el analista no lo dijo expresamente se puede pensar que el paciente estaba atravesando un duelo patológico donde había quedado apartado de la realidad, enfrentando el mundo de manera pasiva. El análisis le dio la oportunidad al paciente a través de la palabra de leer las motivaciones por las cuales no podía desprenderse de lo perdido, atravesar ese dolor y avanzar en los distintos ámbitos de su vida.

En relación al tercer objetivo específicose evaluaron los cambios producidos después de dos años de tratamiento psicoanalítico, momento en que se le dio al paciente el alta en el tratamiento. El paciente logró poner en palabras y elaborar el abandono y la muerte del padre que sin saberlo tanta angustia le causaba. Esto lo llevó a poder reformular sus vínculos de dependencia con su madre y su hermana y a tomar la decisión de irse a vivir solo. A partir de allí logró relajarse en sus relaciones de pareja y a sentirse mas motivado para crecer en lo laboral. A raíz del trabajo realizado al final del tratamiento el paciente pudo proyectar y mejorar su confianza. Como sostiene Miller (2006) el final de la cura supone que el sujeto llegue a comprender mejor su fantasma fundamental. Lo que se pretende en fin del análisis es una modificación más profunda que la del nivel del síntoma. En relación a las manifestaciones de la angustia, éstas fueron disminuyendo a lo largo del tratamiento. Como dice Amigo (2017) el manejo y graduación de la angustia remite al saber hacer del analista: el análisis del analista y la práctica de no aliviar rápido ni dejar que inunde. Hay que dejar que la angustia haga la pregunta sobre el peligro que alerta y a qué escena remite esto que le pasa hoy.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo se pueden señalar por un lado las relacionadas con la situación de pandemia ocasionadas por el COVID-19 que dio lugar al aislamiento obligatorio. En este contexto fue realizada la práctica profesional. Las entrevistas con el psicólogo de la institución se realizaron por video llamada y toda la información del caso fue brindada por éste. No se pudo acceder a la historia clínica del paciente y el analista facilitó las viñetas del caso que consideró relevantes para el presente trabajo. Hubiese sido más interesante haber realizado las entrevistas en forma presencial y tener acceso a la historia clínica del paciente ya que quizás se hubiese podido realizar un análisis más acabado y no tan limitado a lo que el analista transmitió. En este sentido, los recortes del caso, las viñetas y la importancia de los temas seleccionados del caso quedaron a la entera discrecionalidad del analista. La recolección de datos en este caso se considera una limitación relevante ya que la obtención de información del analista en este contexto fue difícil y por consiguiente limitante en lo que se refiere a la descripción empírica. A su vez, hubiese sido interesante asistir a las supervisiones del caso para evaluar las posturas de otros analistas, teniendo en cuenta que la cantidad de datos obtenidos del analista fueron un poco escasos. También hubiese sido útil acceder a la entrevista de admisión del paciente para poder analizar el estado del paciente al llegar a consulta, las manifestaciones y sus dichos en ese momento para poder realizar un análisis más acabado del caso. En cuanto a las limitaciones teóricas, no fue posible acceder de manera directa a gran parte del material bibliográfico ya que no se pudo acudir a las bibliotecas. La mayor parte de la búsqueda bibliográfica se tuvo que llevar a cabo a través de internet, con la limitación de que a varios libros no se pudo tener acceso y algunos otros no se pudieron conseguir.

A través del recorrido realizado en este trabajo se puede decir que se cumplió el objetivo de analizar el tratamiento psicoanalítico de un paciente con un alto grado de angustia. Las preguntas que surgen luego del tratamiento es si el paciente puede superar a largo plazo su problemática vincular. El paciente si bien logra al final del tratamiento establecer una relación de pareja, sus miedos de quedarse solo y a ser abandonado continuaban, por lo que se puede pensarse un tiempo más de tratamiento le podría haber dado más confianza, seguridad y una posibilidad de afianzarse en sus relaciones. Otra pregunta que aparece es si el paciente hubiese logrado este resultado en el tratamiento la

primera vez que consulta, los cambios logrados a largo plazo serían mas factibles de sostenerse en el tiempo que veinte años después. Por otro lado, este caso fue seleccionado y comentado por el analista sin poder visualizar la historia clínica del paciente, por ello los recortes del caso que fueron compartidos, como así también las intervenciones relatadas dependen únicamente de la subjetividad del analista.

Es importante destacar la efectividad del tratamiento psicoanalítico en cuanto propugna el abordaje y elaboración de los conflictos y de las situaciones traumáticas. El tratamiento requiere cierto tiempo y no es un método que sugiera respuestas y soluciones ya que se trata de que el sujeto desarrolle herramientas para resolver. Se intenta que el paciente elabore, simbolice y pueda escoger. En este caso, habiendo evaluado los objetivos propuestos y la evolución del paciente se puede decir que hubieron varios logros por parte del paciente en este sentido, pero se puede pensar que se podría haber trabajado más en el desarrollo de herramientas. Las dificultades del paciente en sus relaciones afectivas si bien fueron elaboradas, estuvieron presentes a lo largo de su vida por ello se cree que podría ser de gran utilidad para el paciente trabajar más sobre estas cuestiones. En este sentido, se podría trabajar con el paciente en el desarrollo de habilidades sociales tendientes a fomentar los vínculos sociales y a entablar relaciones de amistad y relaciones más significativas. Si bien el paciente manifiesta no interesarle los vínculos de amistad, se cree que podrían serle de gran ayuda, apoyo y contención en todos los aspectos de su vida.

Asimismo, por todo lo expuesto, se puede destacar que solamente si se trabaja sobre el orden simbólico se pueden producir cambios significativos en la posición subjetiva del paciente. Estos cambios pueden producir efectos en el orden imaginario pero lo imaginario como sostiene Lacan está estructurado por lo simbólico. Este orden simbólico es el determinante de la subjetividad, lo simbólico es constituyente, lo simbólico determina al sujeto (Lacan, 1956). Por lo tanto, el psicoanálisis debe atravesar lo imaginario y alcanzar el orden simbólico. Este camino recorrió el analista con el paciente en la dirección de la cura para lograr los cambios estructurales en el sujeto. Sin embargo se puede destacar como sostiene Freud (1937) en *Análisis terminable e interminable* que desde el punto de vista de los síntomas, de la cura como tal, no se puede pensar que están completamente curados.

Finalmente, se puede concluir como dijo Freud que el psicoanálisis es una cura por la palabra donde el paciente cuenta su historia, su vida, sus acontecimientos pasados y cotidianos. Lleva tiempo escuchar al paciente y que él se escuche. La palabra cura, organiza, disuelve el trauma, da un nuevo sentido a lo que nos aqueja. Si bien la remisión de los síntomas puede llegar más rápido, llegar a las causas lleva más tiempo. El tratamiento psicoanalítico requiere por un lado de compromiso y regularidad por parte del paciente y por parte del analista una escucha flotante. El analista interviene siempre desde su subjetividad con silencios, preguntas, señalando, confrontando, esclareciendo. Para el movimiento lacaniano el inconsciente nunca se revela totalmente por lo que sería el trabajo de toda una vida y al final no se habría terminado (Soler, 2004).

Como futuras líneas de investigación, sería interesante realizar un estudio acerca de las habilidades que debería desarrollar un psicólogo en la relación con el paciente. Se pueden pensar algunas como: la posibilidad de detectar el motivo real de consulta, la manera de realizar preguntas y encauzar al paciente para lograr una sesión más eficaz, la manera de aumentar la motivación del paciente, el poder adaptarse al nivel cultural paciente etc. Estas habilidades podrían llegar a ser muy útiles tanto al comienzo del tratamiento analítico como en el éxito o eficacia del mismo. En el comienzo del tratamiento se cree que contando el analista con ciertas habilidades se evitarían abandonos por parte del paciente. En el caso de estudio por ejemplo, quizás el paciente no hubiese abandonado el tratamiento veinte años atrás, sin perjuicio de tantos otros pacientes que abandonan el tratamiento descreídos sin volver a retomarlo. Por otro lado, en el transcurso de un tratamiento psicoanalítico, las habilidades también podrían considerarse importantes para entablar no solo una buena transferencia con el paciente, como en el logro y eficacia de los objetivos planteados.

## 7. Referencias

Álvarez, I. (2012) *La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires

Amigo, S. (2017) Angustias: ¿Por qué es un recurso eficaz del sujeto?. Recuperado de

- <https://herramientaspsi.blogspot.com/2018/12/angustias-por-que-es-un-recurso-eficaz.html?m=1&fbclid=IwAR3voFSTQAI7rXNEkhabhpEI6DvIUwAp4Mghbol tRdMwipK6jpaFcVqhuk0>
- Bertholet, R. (2019) *Freud y la clínica del síntoma*. Revista Psicoanálisis en la Universidad N 3. Rosario, Argentina. UNR Editora.
- Braier, E. (1998) *La sugestión en psicoanálisis*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/228338677/Sugestion-en-El-Psicoanalisis>
- Braier, E. (2016) El dialogo psicoanalítico ayer y hoy. ¿Qué ha sido de la asociación libre y de la atención flotante? Recuperado de <https://www.scribd.com/document/438546101/Asociacion-libre-y-atencion-flotante>
- Braier, E. (2016) El dialogo psicoanalítico ayer y hoy. Segunda Parte: Asociación libre (continuación) La atención flotante, ¿segunda regla de oro del psicoanálisis? Recuperado de <https://www.scribd.com/document/460406364/dialogo-psicoanalitico-ayer-y-hoy-parte-2>
- Bustos Arcón, M.S. (2016) *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica*. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/6356/8383>
- Cosentino, J. (2015 ) *Construcción de los conceptos Freudianos*. Tomo II. Buenos Aires: Manantial.
- Dasi, P (2004). *La marca del deseo del deseo en el neurótico obsesivo*. Fórum de Valencia. Recuperado de: <http://psicoanalisis-fccl-valencia.org/biblioteca/textos-articulos-y-ensayos-produccion-propia/clinica/la-marca-del-deseo-en-el-deseo-en-el-neurotico-obsesivo/>
- Davidovich, M. (2016) Del trabajo de la transferencia a la transferencia de trabajo. El Psicoanálisis. Revista de la *Escuela Lacaniana de Buenos Aires*. Nro. 30/31. Recuperado de <http://elpsicoanalisis.elp.org.es/numero-3031/del-trabajo-de-la-transferencia-a-la-transferencia-de-trabajo/>

- Delgado, O. (2012) *Construcción de los conceptos psicoanalíticos*. Buenos Aires: JC Ediciones.
- Freud, S (1886). Publicaciones psicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud. *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo I. (pp. 108-111). Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- Freud, S (1895) Estudios sobre la histeria (J. Breuer y S. Freud). *Obras completas Sigmund Freud*. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). En *Obras Completas Sigmund Freud*: Tomo VII. 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. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans) A propósito de un caso de neurosis obsesiva (“el hombre de las ratas”). *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo X (pp. 94-98) Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1912). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 27 La transferencia. En *Obras Completas Sigmund Freud*: Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XII. (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XII. (pp. 107-120). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.

- Freud, S. (1912). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XII. (pp. 121-134). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XII. (pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1917). Conferencia 17. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XVI. (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1917). Conferencia 23. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XVI. (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XVIII. (pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XX(pp71-164) Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas Sigmund Freud*. Tomo XXIII. (pp. 211-219). Buenos Aires: Amorrortu ediciones. 1992
- González Barredo, J. (2010) Introducción a la Teoría Psicoanalítica. Recuperado de *Scribd*: <https://www.scribd.com/document/444506386/Introduccion-al-Psicoanalisis-do>
- Lacan, J. (1949) Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis. En *Escritos I por Jaques Lacan* (pp.227-310) . Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955) Conferencia: Psicoanálisis y Cibernética, o de la naturaleza del lenguaje. En *El Seminario de Jaques Lacan Libro 2* (pp.435-454) . Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1956) La carta robada. En *Escritos I por Jaques Lacan*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1956) Conferencia: Freud en el siglo. En *El Seminario de Jaques Lacan Libro 3* (pp.333-352) . Barcelona: Paidós. 1984.
- Lacan, J. (1963) Seminario 10: La angustia. En *El Seminario de Jaques Lacan Escritos I* Buenos Aires: S XXI.

- Lacan, J. (1964) Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En *El Seminario de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972) El Seminario de Jacques Lacan, Libro 19. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975) Entrevista a Jacques Lacan en la Universidad de Yale. Scilicet nro. 6/7, Conferencia del 24 de noviembre de 1975. Universidad de Yale.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laznik, Lubián, Kligman (2010) *Hacia una clínica de la segunda tópica freudiana*. Recuperado de <https://www.aacademia.org/000-031/782>
- Lerner, E. (2002) La angustia en la clínica de las fobias: una operatoria posible. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de <http://www.efba.org/efbaonline/lerner-54.htm>
- Levin, R. (2008) La clínica, entre la persona real del analista y la transferencia. Revista Controversias en psicoanálisis de Niños y Adolescentes. Recuperado de: [http://www.controversiasonline.org.ar/images/stories/controversias/n5\\_esp/levin.pdf](http://www.controversiasonline.org.ar/images/stories/controversias/n5_esp/levin.pdf)
- Miller, J.A. (1997) *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (2006) *Introducción a la clínica lacaniana*. Barcelona: RBA libros S.A.  
ISBN: 9788424938260
- Miller, J.A. (2008) *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós. 2008
- Miller, J.A. (2013) *La angustia lacaniana*. Buenos Aires: Paidós. 2013
- Murillo, M. (2018) ¿Que es la técnica en psicoanálisis? Revista universitaria de psicoanálisis (2018, n 18)
- Pino, S. & Córdoba M. (2012) Síntoma-fantasma: la función de la palabra en los comienzos. Delgado, O (2012) *Construcción de los conceptos psicoanalíticos* (pp. 45-52) Buenos Aires: JC Ediciones.
- Soler, C. (2004) Que se espera del análisis y del psicoanalista. Conferencia en APdeBA. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVI - No 3

- Soler, C. (2004) *La repetición en la experiencia analítica*. Buenos Aires: Manantial. 2004.
- Stepak, A. (2007) Una vez mas la angustia. Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de [http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_1361.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1361.pdf)
- Tendlarz, S. (1995) El inconsciente y su interpretación. Artículos, experiencia analítica. Recuperado de <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/El-inconsciente-y-su-interpretacion.html>
- Tendlarz, S. (1996) Estudios sobre el síntoma. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Tubet, Silvia. (2000). Sigmund Freud. Madrid: EDAF.
- Vegh, I. (2017) Clínica de la angustia. Su lógica. Recuperado de <https://herramientaspsi.blogspot.com/2018/04/clinica-de-la-angustia-su-logica.html?m=0&fbclid=IwAR2UN9noZf7JLgSSWKRVPoAC75GyArBv7CKulbR0G73WGpU7yG3gUFZyszk>