

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: La angustia como brújula clínica

Alumna: María Romina Rivitti

Tutor: Marcos Mustar

Buenos Aires, 14 de septiembre de 2021

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. Angustia.....	4
3.2. Mecanismos de Defensa - Acting out	8
3.3. Compulsión a la repetición.....	11
3.4. El Goce en el síntoma e Intervenciones del analista.....	14
3.5. La estructura histérica.....	17
4. METODOLOGÍA	
4.1. Tipo de estudio.....	19
4.2. Participantes	19
4.3. Instrumentos.....	20
4.4. Procedimiento de recolección de datos	20
5. DESARROLLO	
5.1. La historia de M	21
5.2. la implicancia subjetiva de la angustia en la consulta inicial del paciente M.....	23
5.3. La Angustia y El acting out M.....	27
5.4. Las intervenciones del Analista	30
6. CONCLUSIONES.....	33
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

1.Introducción

La Práctica de Habilitación Profesional se realizó en una institución de línea psicoanalítica con impronta de la Escuela Francesa pero abierta a explorar todas las facetas que “los psicoanálisis” pueden ofrecer. La misma trabaja con tratamientos de carácter ambulatorio con un tiempo institucional limitado. Los honorarios se organizan en torno a un bono de consulta con un valor fijo pero flexible según las necesidades del paciente.

La institución hace de puente entre los analistas y los pacientes ofreciendo un marco regulatorio que incluye la supervisión de cada caso clínico, la cual se realiza de forma colectiva por un grupo de analistas que trabaja con un modelo de articulación teórico - práctico. En el marco de estas supervisiones se seleccionó el caso que se presenta en este Trabajo Final de Integración (TFI). Se trata de una mujer llamada M que asiste semanalmente a consulta. Del análisis del caso se desprenden muchos elementos teórico-prácticos que dan cuenta de cómo el afecto angustia moviliza y orienta el trabajo de la clínica. Este TFI tiene como objetivo describir las trayectorias que el afecto angustia marcó en el trabajo analítico con la paciente M.

La cuestión de la angustia en el ámbito clínico es de crucial interés para la dirección de cualquier tratamiento. Sin la comprensión profunda de los alcances que este afecto tiene en la vida humana, no se puede trazar una trayectoria de análisis que tenga el tacto preciso para sortear y hacer sucumbir las barreras de la resistencia de forma orgánica y cuidadosa hacia el paciente. Dicho así, parece un ideal alcanzable pero la práctica demuestra que los distintos contextos de adversidad ponen claros límites en el proyecto de develar la sabiduría que subyace a la angustia humana.

Es importante entonces descubrir cómo está brújula clínica funciona, cuando es posible y asertivo avanzar en el territorio de la resistencia del sujeto. Es el objetivo de este trabajo indagar sobre esa cuestión. A lo largo del mismo se mostrará la conexión de la angustia con la respiración y el cuerpo. Se exploran también los límites de la clínica del análisis que excluye el trabajo corporal.

2. Objetivo general:

Analizar la angustia como orientador de la práctica psicoanalítica de la paciente M, desde la consulta inicial hasta su final de análisis

2.1. Objetivos Específicos:

-Analizar la implicancia subjetiva de la angustia en las consultas iniciales de la paciente M

-Analizar las situaciones de acting out que la paciente sostiene en todo el devenir de su análisis como acto de defensa ante su angustia.

-Analizar la emergencia de la angustia ante las intervenciones del analista a lo largo del análisis.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La angustia

La angustia es un concepto central de la obra de Freud, en toda la construcción de su teoría esta noción tuvo un lugar clave para la articulación de esta. Para comenzar con precisiones conceptuales sobre el término, se comenta la etimología de este que viene del latín y tiene una similitud, no casual, con el término -"angostura"- aludiendo a aquello que está comprimido, oprimido, sofocado (Real Academia Española, 2014). El psicoanálisis comprendió tempranamente que la angustia es un afecto que nos acompaña desde el nacimiento, pues allí, en el seno de este primer acontecimiento traumático de separación del niño de la madre, en un estado de absoluta indefensión, acontece la primera vivencia de angustia en el ser humano. Las vivencias de indefensión acompañarán en muchos momentos al sujeto en su devenir evolutivo (Freud, 1909). Es por ello por lo que no cabe duda de que es necesario aprender a sortear la vida con la angustia a costas en muchos momentos.

El nacimiento, es un instante traumático que no es susceptible de ser tramitado según las posibilidades del principio del placer, este profundo displacer no encuentra su descarga y emerge una profunda angustia (Freud, 1932). Los hitos evolutivos signados por la angustia no se detienen allí, pues hay una relación entre los deseos edípicos del infante y la angustia que se desprende de ellos a raíz de la amenaza de la castración, esto es justamente la angustia de castración y constituye una fuente inconsciente de angustia ligada a la pérdida de objeto, es la angustia ante la falta. Debido a estos momentos de profunda tensión, cada vez que el sujeto se encuentra ante una situación de similar naturaleza, surge un reconocimiento interno de estos patrones vivenciales, a modo de lo que puede denominarse un factor traumático y entonces se vivirá el acontecimiento cómo angustioso debido a la amenaza a la que remite (Freud, 1924). Esta vivencia remitirá estructuralmente a las sucesivas pérdidas de objeto significativas en la vida del sujeto activando una defensa ante la angustia al vislumbrar la posibilidad de una repetición (Patri, 2018).

En un comienzo el creador del psicoanálisis pensó en la angustia cómo la libido transmutada, el origen era la libido y la angustia una forma en la que esta podía transformarse en determinados contextos. Esa idea no logró sostenerse en el tiempo y cae en 1897 cuando Freud considera que la etiología de la angustia y de la libido no convergen (Freud, 1987). Luego de muchas consideraciones teóricas a través de los años concluye que el síntoma más genuino

de una neurosis es sin dudas la angustia y es el yo el campo fértil en donde esta se cosecha (Freud, 1926).

Todas las consideraciones iniciales en el tema llevaron a la necesidad de realizar una distinción entre la angustia real y la angustia neurótica, esto debido a que se tomó en cuenta que el mismo afecto puede provenir de distintas fuentes dependiendo del origen de la excitación, pudiendo ser esta endógena o exógena. Si se valora que la excitación que desencadena la angustia es exógena, debido a peligros externos, entonces este afecto emerge de manera instantánea ante la imposibilidad del yo de lidiar con la fragilidad en que se encuentra en ese momento. Entonces, en este escenario el trauma y la angustia automática configuran una forma de afecto particular ligada al contexto externo. No obstante, la angustia que se desencadena por una vertiente interna, también llamada angustia neurótica, emerge como la solución del yo a la posibilidad de enfrentarse a un suceso traumático para sus parámetros. Este tipo de angustia funciona como una pista a seguir, una señal de que hay algo que el yo percibe como peligroso para su integridad. Esta forma que toma la angustia se denomina angustia señal y su presencia es un evento que desencadena la fuga. El comportamiento y el sentir del sujeto es tal como si de una amenaza exterior se tratase (Freud, 1932).

Ante todo, lo expuesto, la angustia se define en términos del más avanzado estatuto de Freud en el tema, entendiéndose entonces cómo una señal de alarma que es la reacción del yo frente al peligro, constituyendo además una señal para la fuga. En esta arena de lucha cómo movimiento defensivo para evitar sentir el afecto angustia el yo se encuentra entre tres posibilidades, se defiende por medio de un síntoma o una inhibición, o acciona en línea con su deseo (Freud, 1926). Cabe destacar, que muchas de las fuentes de angustia que invaden al neurótico ante una posibilidad de peligro para su yo, tienen su etiología en vivencias infantiles, que aún en la adultez trabajan desde el inconsciente como si nunca hubiese pasado el tiempo esperando a ser superadas (Freud, 1932).

La angustia entonces parece tener una función definida en el aparato psíquico, cabe preguntarse entonces cómo la función de la angustia podría cooperar a favor del sujeto en la dirección de su deseo. En este sentido la angustia marca en la brújula clínica el camino para la libertad, se anuncia dicho camino, pero esa libertad no está asegurada. Es una oportunidad de liberación del sujeto, para la cual es crucial la función del analista ayudando a acompañar sin

obturar esa angustia para que el sujeto pueda encontrarse con su deseo. Aquí la angustia es una señal localizada en el cuerpo que interroga al sujeto en una cuestión a resolver (Vegh, 2017)

Hay un concepto central en el psicoanálisis que se anuda con la angustia e introduce a la cuestión del cuerpo, aquel concepto que está a medio camino entre lo psíquico y lo somático, es la pulsión. Una energía que moviliza el aparato psíquico que no viene dada desde el exterior, sino desde el interior del organismo del sujeto y busca por todos los medios su satisfacción, pugnando de manera constante por ella, en su trayectoria embiste representaciones dejando anudada así la relación mente cuerpo que atraviesa la experiencia analítica. En aquel umbral donde convergen a medio camino lo psíquico y lo corporal (Freud, 1915).

En el terreno de las pulsiones, hay autores que sostienen que es un área fértil para seguir investigando la clínica, y se atreven a ampliar el campo de estas, es así como recientemente se habla de la -“*pulsión respiratoria*”- para dar cuenta de un tema que aqueja a la clínica de todos los tiempos, el cual se expresa, muchas veces a través de la angustia en un patrón respiratorio particular. De este modo, la angustia se encarna, se vive fundamentalmente en el cuerpo (Eidelsztein, 2004). Es destacable, que en los seminarios que Freud y Lacan le dedican a la angustia ambos señalan la conexión entre respiración y angustia. Lacan señala que la situación de asfixia durante el momento del nacimiento es el más auténtico trauma de aquella circunstancia (Freud, 1916; Lacan, 1962).

La angustia se presenta siempre a través de un objeto y de todos los posibles fenómenos psíquicos se puede afirmar que es el que no engaña, en tanto y en cuanto es indicadora del trauma del nacimiento y de la presentación de lo real, de ese borde en el imaginario del yo (Lacan, 1962). Deteniéndose aquí, la angustia no constituye un engaño en tanto no se desplaza metonímicamente en las cadenas significantes y tiene una particularidad estructural que es invariante a todas sus formas acontece donde no debería, y allí convoca al objeto a el objeto causa del deseo, que viene a decirle al sujeto algo de su relación al Otro (Soler, 2001).

Desde la perspectiva de la escuela francesa, hay un movimiento que es clave para comprender la conceptualización de la angustia que le es propia a esta línea de psicoanálisis. Hay un cambio conceptual que va de la angustia de castración a la angustia de separación. Es una angustia que opera como lo que no logra ser simbolizado del Otro Primordial, allí donde surge el objeto a. Es también fundamental para comprender la angustia lacaniana la cuestión de la división del Otro que se da a raíz ser interrogado por el sujeto. Ahora bien, se puede

pensar el objeto a como un agujero en el entrecruzamiento entre el sujeto y el Otro que es susceptible de ser ocupado por un objeto pulsional, cualquiera fuere. Es la máscara de la falta. Cabe aclarar, una sutileza del lenguaje que cambia radicalmente la comprensión del objeto a: este no es el objeto del deseo, ya que ese objeto es transitorio y cambiante, la invención teórica de Lacan habla más bien del agujero en la estructura que permite que ese objeto cambiante se aloje. Aclarado todo es esto, se agrega que el objeto a, es además el objeto del fantasma, en tanto sostiene el espacio de alojamiento del deseo (Miller, 2007).

Lacan amplía sobre esta cuestión en el Seminario 22, donde alude a la angustia como la embestida de lo real sobre lo imaginario, donde el sujeto se queda sin posibilidad de simbolización, esto necesariamente altera el orden de lo imaginario y genera una fuerte vacilación en tanto se pierde la brújula de la línea de ficción donde duerme el sujeto (Lacan, 1975).

La visión de Lacan sobre el cuerpo va a estar dominada por la primacía del significante, es por ello por lo que dirá que los órganos del cuerpo existen con relación al lenguaje, en tanto se constituye en medio para nombrarlos (Lacan, 1972). Más adelante dirá que la angustia surge en base a una sospecha, basada en lo irreductible del cuerpo, en donde teoriza el miedo al cuerpo como fuente de la angustia (Lacan, 1974).

Sobre la relación de la angustia con el cuerpo, el fundador del psicoanálisis postula que esta se expresa como un displacer en el cuerpo, mediante una sensación de ahogo a modo de corte en la respiración y a un cambio en la velocidad del ritmo cardíaco (Freud, 1916). Detenerse aquí es importante, ya que el mismo autor, varios años antes, en una de sus cartas a Flies, comenta que le parece importante que haya una segunda instancia en el tratamiento analítico que convocara los sentires del paciente, más allá de la instancia analítica de las asociaciones de ideas que devienen a la mente. Reflexiona sobre el carácter indispensable que tendría esta instancia en la dirección de la cura (Freud, 1899). Esto no fue posible para Freud, en función del escollo que sugiere el problema mente-cuerpo tratado desde un marco teórico dualista (Lowen, 1985).

Para algunas de las perspectivas del psicoanálisis que se desarrollarán más tarde el foco será justamente ocuparse de esta instancia que queda fuera del análisis, la cuestión del cuerpo, tales como el enfoque bioenergético, donde el cuerpo y la mente constituyen un reflejo mutuo, lo que sucede en un ámbito tiene su correlación en el otro. Las defensas psicológicas se reflejan

en la disposición de la musculatura y postura del cuerpo, el trabajo corporal, es desde esta perspectiva, fundamental para vivir en plenitud y en consonancia con los sentimientos. Es a su vez una gran herramienta para destrabar estados de angustia, ansiedad y depresión en los sujetos catalizando el camino hacia el bienestar y potenciando el trabajo clínico (Lowen & Lowen, 1988).

En el siguiente apartado se ampliará en detalle la cuestión de las defensas, con especial hincapié en los mecanismos que las moderan, prestando especial atención a uno de los más precarios de los mecanismos existentes: el acting out.

3.2 Mecanismos de defensa - acting out

La organización estructural del aparato psíquico sirve para comprender cómo opera la angustia en este dispositivo, en donde el yo media entre las exigencias de dos instancias la del ello y la del superyó. Entendiendo al ello como una instancia psíquica primitiva e inconsciente, previa al yo y de la que el yo se desprende. Allí donde ejerce supremacía el principio de placer, que busca por impulso su confort en lo inmediato. A partir de los 2 años del ello, surge el yo que está regido por el principio de realidad que se encargará de mediar la lucha con las otras dos instancias psíquicas. Se sirve de los mecanismos de defensa para hacer frente a los impulsos pulsionales que devienen del ello y a las fuerzas restrictivas del superyó que emerge como consecuencia de las interacciones sociales del individuo y el sometimiento a las normas sociales y a la moral (Freud, 1925).

Según esta organización tópica, la figura del yo adquiere entonces el estatuto de sede de la angustia en el sujeto (Freud, 1923). Así la implicancia subjetiva de la angustia en cada sujeto estará dada por la sensación de peligro para el yo que suscite la escena desencadenante del afecto. Deteniéndose aquí, es importante destacar que en la figura del yo actúa entonces produciendo síntomas como respuesta a la angustia (Freud, 1926).

En función de lo último enunciado, en este reemplazo defensivo de la angustia por el síntoma, hay varios mecanismos por los cuales, desde el yo emerge una defensa ante la angustia. Si se habla de mecanismos de defensa no se puede dejar de comentar acerca del mecanismo más elemental del psicoanálisis, que es la represión, entendida como un esfuerzo de desalojo de una fuerza psíquica del ámbito de la conciencia. Un proceso por el cual, esa

fuerza psíquica se opone a la presencia de un deseo en la conciencia (Freud, 1915). La angustia es esa la fuerza que activa la represión. En donde el síntoma constituye el emergente sustitutivo de la represión de un conflicto que se ha confinado al inconsciente por ser intolerable para el yo, se puede decir que lo reprimido se transpone en síntoma, un medio de comunicación del inconsciente (Freud, 1926). La represión busca sofocar a la pulsión, es un movimiento intermedio entre el escape y la condena (Freud, 1915).

Ahora bien, siguiendo con la línea de vinculación entre la angustia y la respiración y entendiendo por lo hasta aquí expuesto la estrecha relación, entre defensa, angustia y síntoma, es interesante pensar la vinculación entre la respiración y la defensa. Se descubrió utilizando un test de defensas llamado DMT (Kragh, 1985) que cuando aumenta el nivel de defensas, el nivel de relajación del estrés en la respiración disminuye (Hentschel & Kießling, 2011). Se puede decir que la angustia y la defensa constituyen formas particulares de respirar las experiencias de vida.

Desde los comienzos de la clínica psicoanalítica que aboga por incluir el trabajo corporal en los tratamientos, se considera que, a los modos estereotipados de comportamiento de las personas, llamados también coraza caracterial, les corresponde una actitud somática de coraza en el cuerpo. Esta coraza somática se cristaliza en función de la historia del sujeto y se configura como protección ante las distintas amenazas del mundo a la que el sujeto es expuesto durante tu trayectoria personal de vida y de la represión de emociones muy intensas. Se puede decir que la coraza somática es la historia del sujeto escrita en su cuerpo, esto implica una estructura histórica única impresa y condensada en cada cuerpo que puede o no ser funcional al sujeto debido a la rigidez y pérdida de sensibilidad que puede acarrear esta configuración, expresándose esta tanto en el psíquico como en lo somático. Una de las funciones de esta coraza, que se debe recalcar, es la defensa ante el tema de la convocatoria: la angustia (Reich, 1949).

Otra forma defensiva del yo ante la angustia, lo constituye el acting out. Lo característico de esta modalidad es que no se recuerda nada de lo reprimido, sino que se lo actúa. No tiene forma de recuerdo sino de acción, el sujeto desde luego que desconoce su repetición (Freud, 1914). Desde la vertiente lacaniana del psicoanálisis en el acting out habría algo en la conducta del sujeto que se muestra; es una puesta en escena para otro donde el acento demostrativo hacia otro tiene suma importancia. Es una forma de defensa precaria que insiste en la comunicación de algo al Otro (Evans, 2010). Muchas veces esa demostración hacia el

otro tiene un estatuto de convocatoria al Otro para ser registrado, un pedido de alojamiento precario pero pedido de alojamiento al fin (Pirroni & Ulrich 2009).

El acting out constituye una forma defensiva que da cuenta de la emergencia de lo reprimido, muchas veces una angustia que no se puede poner en palabras, una expresión del deseo de forma velada, distorsionada simbólicamente. Esta forma defensiva aparece en el análisis, fuera y dentro de la sesión. El paciente escenifica ante el analista un fragmento importante de su vida, actúa en vez de poner en palabras (Freud, 1940). Las mociones pulsionales hablan a través del acto, escapando la vía de los significantes. Como si se tratase de una elección alternativa del inconsciente donde el paciente puede pensar sobre lo sucedido o puede actuar (Soler, 1988).

El acting out representa, entonces, los modos constantes en que el pasado no resuelto logra colarse en el presente de las personas (Evans, 2010). Se puede definir también como un recordar en los actos, es importante discriminarlo de aquello que adviene en la ausencia de un recuerdo (Muñoz, 2009). Estos mecanismos de defensa se develan en el análisis bajo la forma de resistencias, se denotan como situaciones paradójales que ponen en serio cuestionamiento el deseo de curarse del paciente. Sin embargo, es importante darle espacio a la resistencia ya que solo en su pleno desarrollo, el analista y el analizado pueden descubrir las mociones pulsionales de carácter reprimido de las que estas se alimentan. Una vez hechos esos descubrimientos se puede reelaborar aquello que se repite y no se recuerda (Freud, 1915).

Cuando el acting out se produce fuera del ámbito transferencial, es menester del analista, reconstruir los momentos previos al desencadenamiento del acting out, en tanto que identificar el momento exacto en el que irrumpió la angustia, cita las coordenadas de la vacilación en la estructura imaginaria, la vacilación del fantasma. El meollo, es que, en esta forma defensiva, la vacilación se produce sin emergencia del sujeto y de allí la complejidad que se sucede al intentar intervenir como analista para dar con la emergencia de ese sujeto (Pirroni & Ulrich, 2009).

Hay una similitud entre el síntoma y el acting out, en ambos casos se ubican en una estructura ficcional, no obstante, las coordenadas del sujeto son diferentes. El síntoma al constituirse como metáfora implica la presencia subyacente del sujeto. En el acting out, no existen tales coordenadas (Soler, 1988). En este escenario, hay una nueva advertencia, al acting out no debe ser prohibido al paciente, tampoco interpretado y mucho menos ir por la vía del

reforzamiento yoico. En relación con la prohibición del acto, ir por tal camino podría ser absolutamente contraproducente, ya que el sujeto demanda a través del acto una mejor respuesta del Otro. La vía interpretativa, tampoco coopera, en tanto el acting en sí mismo es un pedido de interpretación para el Otro mediante el montaje de una escena (Lacan, 1961).

Es importante establecer aquí una distinción teórica, entre el acting out y el efectivo pasaje al acto, en tanto que este último concepto está ligado a un tema que se desarrolla más adelante, cuando se habla de la pulsión de muerte. Queda ligado no a una forma de retorno de lo reprimido sino más bien a una forma de satisfacción pulsional thanatica (Freud, 1920).

El acting out constituye un modo de recuerdo, que colabora clínicamente con la repetición tras los efectos de la represión y la resistencia. He aquí el hecho que más concierne al caso: es un gran colaborador de la transferencia (Freud, 1912). El padre del psicoanálisis más tarde dirá que lo que causa la transferencia es la compulsión a la repetición (Freud, 1914), que es el objeto de estudio del próximo apartado.

3.3. Compulsión a la repetición

Es importante, para empezar, enlazar la cuestión del efecto angustia con la vida pulsional. Ambos aspectos involucran al cuerpo. La angustia es una señal, dice Freud, del yo frente a la emergencia de la pulsión. Entendiendo a la pulsión como la energía que circula al interior del aparato psíquico. Allí donde se encuentra el límite entre lo psíquico y lo somático. Es un impulso que busca su descarga y para ello se asocia con representaciones, su tendencia es hacia la satisfacción mediante un objeto. La angustia se produce por el encuentro con la falta del objeto y la pulsión es la que fracasa en el encuentro con ese objeto. Una forma de aparición de la angustia ligada a la pulsión es la compulsión a la repetición, otra forma está ligada a los efectos de haber dado con los bordes de la falta en el proceso del análisis. Esto configura la tendencia repetitiva de vuelta siempre a la misma escena (Freud, 1915).

La compulsión a la repetición no implica la repetición de un recuerdo del pasado que es inaccesible a la conciencia (esto ya es un hecho que lo separa del acting out) es más bien una persistencia de determinadas representaciones dolorosas de vivencias pasadas para nada

ligadas con el placer, que pugnan por asociarse con algo que no se puede simbolizar, porque está por fuera del ámbito de las representaciones. Esto implica que hacia el interior del aparato psíquico hay estímulos que no se encuentran amarrados a representaciones. Esto deviene en lo que Freud sitúa como más allá del principio de placer: la existencia de otra pulsión que se satisface en el displacer, la pulsión de muerte. La meta de dicha pulsión es retornar al estado inorgánico arcaico, desde la perspectiva de que el fin último de toda vida es la muerte (Freud, 1920). Es una fuerza opuesta a la pulsión de vida que pugna por retrasar tal retorno, por dilatar el regreso a la inercia original (Delgado 2014).

Tras el giro teórico de 1920, Freud va a poner el foco en aquellos fenómenos psíquicos que se escabullen a la teoría del retorno de lo reprimido (Laznik, Lubián, & Kligmann, 2015). En ello, va a explicar la pulsión de muerte, la agresión, el odio y el sadismo como formas equivalentes. A la pulsión de muerte le dará el estatuto de pulsión de destrucción (Laznik, 2003).

Esta compulsión por repetir es resistencia y está bajo el dominio del Ello (Freud, 1925). Repetir momentos dolorosos constituye una fuente de placer, que devela la existencia de un masoquismo primario. Lo revelador de esto es que se encuentra que el masoquismo es una forma de satisfacción. Esta es la puerta de una contradicción que se observa muy seguido en la clínica, la experiencia de satisfacción pulsional mediante el dolor. Lo expuesto, configura una arena de lucha entre dos fuerzas pulsionales opuestas que pugnan por la satisfacción, Eros y Thanatos. Esta nueva conceptualización sobre la dinámica de las pulsiones revela una disposición a lo demoníaco que configura las tendencias tanáticas que parecieran pugnar por perpetuar un destino de dolor. Mientras que Eros, trabaja en dirección opuesta tratando de restaurar la vida expulsando a Thanatos hacia el exterior. Su trabajo es parcialmente exitoso, pues queda un remanente no expulsado, el padre del psicoanálisis lo llamó masoquismo erógeno, que se liga a la libido (Freud, 1924).

En un comienzo se pensó que esta suerte de destino penoso era configurada inconscientemente por los sujetos sobre la base de dolorosas experiencias infantiles, pero con el giro de 1920 se abren nuevas perspectivas para pensarlo como un perpetuo retorno de lo igual, si bien el sujeto impulsa estas situaciones desde su interior, no tiene la más mínima idea de ello, desde su percepción es algo que le viene impuesto coercitivamente desde el exterior. (Freud, 1920). Todo esto lleva a Freud a pensar la idea de lo ominoso, aquello que siendo profundamente íntimo y propio se percibe como ajeno por parte del sujeto. Señala, entonces,

que toda intervención o señalamiento de la compulsión a la repetición se siente para el sujeto como ominoso. Se sirve de una definición previa del término que alude a todo aquello que debiendo permanecer en las tinieblas sale a la luz (Freud, 1919).

Hasta aquí, la trayectoria de la repetición se satisface en ella misma como fuente de placer. Ahora bien, cómo opera la compulsión a la repetición en el escenario de convivencia con el principio de placer y el principio de realidad: está a medio camino de ambos, opera en la comunicación de ambos. (Laplanche & Pontalis, 1981).

La naturaleza del deseo está dada por la imposibilidad de realizarse, nunca se logra alcanzar la satisfacción, la búsqueda constante de un objeto que se escurre y nunca logra ser capturado. En tanto, el sujeto está atravesado por el lenguaje, el significante ejerce primacía en su estructura psíquica por lo que el deseo circula en esta estructura en una situación de encuentro, extravío y reencuentro. No obstante, nunca es posible atrapar el deseo. La pulsión no logra su cometido, al menos no de forma total (Ferrater Mora, 1965). El reconocido analista francés lo resume afirmando claramente que la pulsión sólo se satisface de forma parcial. No existe un objeto que esté configurado previamente para la pulsión, hay un agujero, el vacío que dejó el objeto perdido. En sus alrededores se estructura el itinerario gozoso de la pulsión, que bordea el agujero en la estructura. No existe satisfacción total ni para la pulsión, ni para el deseo esto es lo que configura el escenario para la repetición. Cómo se encuentra entonces esta satisfacción parcial: en el recorrido (Lacan, 1964).

Esta cuestión conduce de lleno a un tema que se desprende inevitablemente del giro teórico de 1920, hay un cambio en el estatuto del síntoma, ya no se trata de otra formación del inconsciente que pugna por expresarse. Hay algo más, hay una búsqueda de satisfacción de la pulsión que utiliza al síntoma como medio, constituyendo un modo particular de gozar del inconsciente (Freud, 1917).

En el próximo apartado se desarrollará con mayor hincapié los desprendimientos teóricos del giro 1920.

3.4. El goce en el síntoma e intervenciones del analista

Se inicia, entonces, sobre la cuestión del goce y se da comienzo con una definición desde la perspectiva de la escuela francesa, que comprende que el goce es otra manera de hablar de satisfacción pulsional que implica a los significantes transpuestos al cuerpo. Desde esta perspectiva, el síntoma es un modo en el que el inconsciente se satisface en un goce que es, a su vez, determinado por el mismo inconsciente. Lo que significa que el goce al ser estructural revela algo del orden de lo que no se puede curar (Lacan, 1975). Por todo lo expuesto, cuando se habla de goce se habla de un placer doloroso, de un estado particular de sufrimiento, una satisfacción dirigida a la destrucción de uno mismo o de otros, donde la satisfacción sexual de la libido está dirigida hacia un objeto o a una satisfacción narcisista (Freud, 1920). Lacan (1975) retoma estas conceptualizaciones de Freud (1920) sobre este particular placer en el dolor y acuña el concepto de goce.

En este escenario la angustia se ubica a medio camino entre el goce del inconsciente y el deseo. Ahora bien, cabe preguntarse qué relación existe entre el goce y el deseo, en esta relación donde la angustia auspicia de medium. He aquí un nuevo elemento, el goce puede condescender al deseo por medio del amor. El amor toma el lugar de la angustia y ofrece un puente para el deseo. La angustia constituye por todo lo expresado una señal del deseo que pugna por expresarse y por consecuencia una brújula clínica. El deseo es medicina ante la angustia (Lacan, 1962).

Cabe interrogarse un poco más sobre la naturaleza de este amor que debe surgir en el ámbito del análisis, pues bien, en tanto la transferencia hace de apoyatura para la figura del sujeto de supuesto saber, en la última parte de la obra de Lacan, él agrega que la existencia de una fuente de saber para el sujeto como lo es el inconsciente existe en tanto y cuanto haya amor. Para que emerja la sabiduría de esta instancia psíquica es clave que el amor esté presente, es la fuerza integradora que comunica los unos solos. Sobre esto el padre de la línea francesa de psicoanálisis dirá que esta práctica es una demanda de amor al inconsciente (Miller, 1988).

En este marco, se abre el debate sobre la cuestión de la transferencia y abre el paso al próximo apartado las intervenciones del analista. Para Lacan, el analista es llamado a la función de generar una perturbación en la defensa, pues los sujetos atravesados por el lenguaje emprenden una defensa frente a lo real por medio del sentido (Lacan, 1976).

Es importante entonces señalar, cómo aparecen estas defensas en el contexto del análisis, y para ello se debe mencionar la técnica de la asociación libre que surge como

dispositivo clínico para dar respuesta a estas resistencias (Freud, 1916). El logro del psicoanálisis depende de que el analizado se sienta en libertad de expresar todo lo que pasó por su mente con absoluta libertad, el analista tome nota sin sofocar ninguna idea, sin juzgarla, de manera totalmente neutral (Freud, 1900). El marco para que esto pueda acontecer lo genera el dispositivo de la transferencia, es la herramienta clave de la disposición para el análisis y la asociación libre (Freud, 1895).

Para Lacan (1964) hay una instancia previa a la transferencia, que es vital importancia, se trata del deseo del analista que constituye una base previa al análisis, ese deseo se soporta también en una ética psicoanalítica. Aquí el autor apunta a desterrar el narcisismo del analista cuando aclara que el sujeto de supuesto saber no se presta como un dios ante paciente, abre el debate, sobre cómo tiene que ser ese deseo del analista que subyace al análisis. Este deseo se soporta sobre una base experiencial y constituye el punto axial que organiza el análisis (Lacan, 1964).

Para el psicoanálisis no existen seres carentes de angustia, ya que esta viene dada por estructura. Esto implica renunciar al deseo de curar este afecto. Restaría entonces aprender a comprenderla para poder ayudar a ceder sus efectos (Freud, 1932). Cabe preguntarse en base a lo anteriormente expuesto qué sucede con la angustia que puede emerger en el propio analista, a esto Lacan (1960) advertirá que la angustia del analista no debe intervenir. En este plano el análisis, debe ser aséptico. Vuelve a advertir cuando señala que este efecto podría emerger en el analista cuando, el paciente, en busca de su deseo va a cuestionar ese Otro que el analista le viene a representar (Lacan, 1960).

Para que los efectos de la angustia puedan ceder es preciso, entonces, trabajar arduamente con la defensa en el análisis, defensa que se manifiesta en forma de resistencia en el contexto transferencial. En este sentido es de suma importancia el trabajo que realiza el analista con sus intervenciones las cuales derivan del arte interpretativo. En esta línea se puede señalar intervenciones del orden del silencio, la pregunta, el señalamiento, entre otros elementos clínicos que direccionan el análisis (Freud, 1911).

Las intervenciones del analista muchas veces producen un efecto de angustia y es en este aspecto donde se va trazando el mapa de las defensas del paciente. La resistencia, es un elemento inseparable del tratamiento psicoanalítico (Freud, 1895). En función de las tres instancias psíquicas (yo, ello y súper yo) se habla de cinco tipos de resistencias. Las cuales se

nombrarán brevemente para dar cuenta de cuáles son los elementos que debe ubicar el analista. Por un lado, la resistencia del yo que aparece bajo la forma de represión, transferencia y ganancia secundaria de la enfermedad. Este último punto alude a la ganancia o utilización, por parte del paciente, de los efectos de su enfermedad, lo que advierte que no todos los pacientes consultan con la intención auténtica de curarse (Freud, 1926).

Como forma de defensa del ello está la compulsión a la repetición y cómo resistencia del superyó la necesidad de castigo. Este es el múltiple escenario donde se desarrolla la resistencia, es desde estos interjuegos que el analista debe delinear su trabajo con el analizado (Freud, 1926). Es importante destacar que, en el espacio creado entre el paciente y el analista, surge el fenómeno de repetir y revivir en transferencia los afectos que más dolor han causado y las circunstancias pasadas menos deseables en la vida del paciente (Freud, 1914). Esto constituye un elemento clave para el tratamiento de la neurosis. Ahora bien, algunos de los hechos dolorosos se repiten y reviven en transferencia mientras que otros se actúan, detenerse aquí se hace importante en tanto actuar y recordar constituyen modos distintos dentro del dispositivo de la transferencia (Cancina, 2010).

No obstante, el pedido de alivio de la angustia o cualquier otro sufrimiento psíquico por parte del paciente no necesariamente implica un pedido de análisis, más allá de la técnica de la asociación libre, debe haber una disposición del paciente a poder reconocer una pregunta que lo implica orbitando su síntoma. Esto implica, con el tiempo, que el paciente se percate de que sabe más de lo que dice. Para poder llegar a este punto de implicación del paciente es muy importante que previamente se instale la transferencia, solo en el vínculo que ella atraviesa puede conducirse un análisis. El cual se basa inicialmente en el supuesto de saber puesto en el del analista (Silvestri, 1987).

Ahora bien, es interesante pensar cómo en esta interacción entre el analista y el paciente hay algo que se produce, en términos de Ulloa (2011) la salud mental es algo que se genera, se produce, se imprime en el ámbito de un trabajo. Esta perspectiva, aleja la idea de pensar salud mental como lo opuesto a enfermedad, sino que es un producto del trabajo personal del paciente. El analista tiene un trabajo claro, el tratar lo real en base a lo simbólico.

En el trabajo del analista muchas veces se encuentra que la angustia corresponde a una estructura particular que funciona como molde de los comportamientos, en el siguiente apartado se abordará la cuestión de la estructura histérica (Freud, 1895).

3.5 La estructura histérica

En este apartado se abordará la cuestión de la angustia en la estructura histérica. Es menester comenzar con la definición de histeria, se considera una persona histérica a quién en un contexto de excitación sexual, no logra vivirlo con placer sino más bien todo lo contrario. Esta disposición a seducir y huir configura una matriz de comportamiento que la persona lleva a todos los aspectos de su vida (Freud, 1895).

Para comprender la cuestión desde la perspectiva mente cuerpo, aquí es central el aporte de Reich (1949) que comprende a la histeria como una estructura caracterial que funciona a modo de defensa, o como lo dice el mismo autor, una coraza ante los estímulos del interior del sujeto que activan la represión y ante los avatares que generan miedo, angustia y ansiedad que provienen del mundo. Esta coraza, está formada por tensiones musculares y rigideces. Lo que más sobresale de esta estructura es su rigidez corporal, la espalda es rígida y con poca flexibilidad, la pelvis tensa y retraída con una particular rigidez de pecho y abdomen. La etiología de esta estructura caracterial viene dada por el modo de resolución del complejo de Edipo y la angustia de castración (Lowen, 1985; Reich, 1949). Esta visión es concordante con la teoría fundadora de Freud, en este sentido ambos autores coinciden en que la etiología de la histeria tiene como núcleo la resolución edípica.

Desde la perspectiva de la bioenergética, el carácter histérico no produce síntomas, en tanto y cuanto se mantenga un equilibrio de fuerzas entre la generación de energía y su descarga. Cuando hay una afectación de esta armonía emerge la ansiedad y/o la angustia que emprenderán un camino de formación de síntoma corporal. Desde esta mirada, el ataque histérico es la contraprestación psíquica al intentar reprimir un intenso estado ansioso (Lowen, 1985).

Para adentrarse en el meollo de la cuestión de la relación del histérico con el deseo, se apela al sueño de la bella carnicera donde la paciente se propone interrogar, cuestionar y desafiar a Freud por la cuestión del sueño como cumplimiento del deseo con el relato de un sueño que justamente no le cumple el deseo a la paciente. En los relatos de dicha paciente, el padre del psicoanálisis observa que está siempre busca los medios para que su deseo no logre

cumplirse (Freud, 1900). Se configura para Lacan, el paradigma de la estructura histérica que es el de mantener insatisfecho el deseo. Aquí se juega la cuestión del goce, se goza con la no satisfacción del deseo. Se podría formular que el deseo, para este tipo de estructura, es un deseo de no estar complacido. Ahora bien, si la insatisfacción constituye la esencia del deseo en sí mismo qué diferencia lo esencial del deseo con la histeria: pues en el histérico el acento está puesto doblemente en la cuestión de la insatisfacción: la falta antes que en el deseo. El histérico se identifica con su falta, la toma como objeto (Lacan, 1973).

Lacan también reevalúa la cuestión del rechazo a la sexualidad por parte de la histérica y dirá que, en realidad, esta cuestión tiene más que ver con la pregunta sobre qué es ser una mujer, proponiendo que la histérica se identifica en plano imaginario con el hombre para poder responderse esto. Esto es propio del modo de subjetividad histérica y que se denomina identificación viril que es un avance teórico sobre lo que Freud denomina componente homosexual de la histeria (Mazzuca, Mazzuca, Canónico & Esseiva, 2008).

Hay una cuestión en relación con la identificación que es clave en la estructura histérica, es tan clave que para ello se acuñó el término identificación histérica que da cuenta de reconocer en el otro el deseo propio (Laplanche & Pontalis, 1981). Esto se evidencia en el sueño de la bella carnicera cuando la bella y su amiga se satisfacen ambas de crear un deseo que paradójicamente no se satisface. En la identificación histérica la insatisfacción es una constante, su origen edípico habla sobre la rivalidad de la niña con su madre, ese deseo de tomar su lugar y a la vez dejarla impedida de satisfacción sexual (Freud, 1900). En relación, con la configuración edípica que genera la histeria, hay una particular relación al padre, un padre que se ubica en la impotencia de no poder dar, que podría generar un anudamiento en la histeria y ofrece una defensa ante la castración. La histeria parecería sentarse sobre las bases de un particular vínculo con el padre, donde sostiene este anudamiento histérico como defensa que vela la realidad de la castración y la concomitante angustia de dar con este hecho (Freud, 1905).

Ahora bien, es importante destacar que, para Freud, la histeria es una condición de padecimiento psíquico mientras que para Lacan constituye una estructura que da forma a un tipo particular de subjetividad, una forma de lazo social, una forma de comunicación con el Otro. El síntoma histérico da cuenta de una particular relación al Otro, está dirigido al Otro y esto implica un discurso histérico, el sujeto dividido por su síntoma se vuelve hacia el otro para poder saber sobre sí mismo. En esta línea, se puede afirmar que la estructura discursiva de toda

neurosis implica necesariamente un discurso del tipo histérico. El mismo Freud habla de la existencia de rasgos histéricos de fondo en los casos de neurosis obsesiva (Moscon, 2019).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo y cualitativo de un caso clínico

4.2 Participantes

La participante es una mujer que al momento de iniciar la terapia tenía 50 llamada M, cuyo nombre y el de su familia han sido modificados para resguardar su privacidad. La familia de M está constituida por su esposo llamado J, y sus cuatro hijas, dos de ellas mellizas. M es ama de casa y consulta por la gran angustia que le despertó una situación con el manejo del dinero entre su familia de origen y su marido.

M manifiesta el deseo de concluir su matrimonio, pero la angustia ante todo lo que ello implica es más fuerte que el deseo. El síntoma de M es una solución de compromiso entre su deseo de divorciarse y la defensa ante la profunda angustia de verse en la situación de divorciada, que se le hace una representación inconciliable con los recursos con los que ella se identifica. El síntoma más fuerte de M se manifiesta bajo la forma de *actings out* encubiertos de intentos de suicidio.

M es analizada por la analista lacaniana F que trabaja con ella sobre la emergencia de la angustia en M en un centro asistencial. F trabaja en la institución hace ya 15 años y tiene 40 años, al momento de trabajar con M.

4.3 Instrumentos

El TFI se realizó en base a las notas tomadas por la analista en el transcurso del análisis de M y de 3 entrevistas semi dirigidas al analista basadas en los siguientes ejes; historial de M, momentos hito que M ubica como emergentes de profunda angustia, registros de los *acting out* de M, intervenciones del analista que activaron las respuesta de angustia de M.

4.4 Procedimiento

La recolección de datos se realizó mediante 3 entrevistas virtuales de aproximadamente 1 a 2 horas al analista de M que puso a disposición sus notas del caso y su análisis del caso. La información se registró en un cuaderno de campo, para poder obtener un seguimiento del caso.

5. Desarrollo

5.1. La historia de M

M relata que hace 8 años el marido utiliza dinero proveniente de su padre para sostener su negocio. Este evento es el desencadenante de muchas situaciones que M califica de “extrema angustia”

A lo largo de las primeras entrevistas surge como relevante el cumpleaños de 15 de su hija menor sumado al hecho de que M es sometida a una intervención para efectuar una

histerectomía. Según el análisis de la F la paciente está muy identificada con su rol de madre y presenta una gran angustia al pensar la idea del devenir adulto de sus hijas.

A las semanas de haber comenzado el tratamiento realiza un primer acting out, llama a su analista diciéndole que había tomado muchas pastillas. La analista interviene hablando con el marido de M, quien le comenta que esto es algo que M hace regularmente, que está en tratamiento con un psiquiatra del hospital Borda que sostiene su tratamiento con mucha medicación.

M comenta de su infancia en las sesiones aludiendo a que “siempre viví en ruinas” debido a que su padre se dedicaba a remodelar casas para luego venderlas. Lo que implicaba que la familia tuviera numerosas mudanzas. M califica a su padre como “terrible”. Cuenta una escena donde siendo niña M tira sin querer una toalla al piso y el padre le pega. M cuenta que su madre siempre estaba enferma. A la edad de 2 años su madre siempre estaba en la cama, M relata que la madre se había “descalcificado, por culpa mía”

M relata que cuando se enfermaba de niña, la madre la llevaba a los médicos, pero estos derivan la consulta a psicología. M comenta que, a pesar de esta indicación, nunca la llevaron al psicólogo. Al indagar por esas enfermedades, M comenta que no comía, que era débil y siempre estaba enferma. En la adolescencia M es internada y puesta en tratamiento con suero por no comer. En el devenir de la terapia M refiere que suele comer muy poco.

Según el relato de M el momento más feliz de su vida fue el embarazo de sus hijas mellizas, M tiene 4 hijas. Luego de los partos M siempre se enferma. Comenta que luego del embarazo de las mellizas se le llenó el cuerpo de ampollas, que al tiempo estallaron. M relata que esta situación la dejó en carne viva y tuvo una hemorragia.

La pérdida de su Madre fue para M, en sus propias palabras, “tremendo” y en función de esto comienza un tratamiento psicológico.

El tratamiento se desarrolla en torno a estas situaciones donde M siempre se encontraba enferma. Tuvo varias internaciones por la ingesta de pastillas, siempre en cantidades poco significativas pero teñidas de histrionismo. La analista de M comenta que en muchas de esas ocasiones M la contactaba pero que ella no lo ubicaba como una urgencia real en términos de que realmente fuera a terminar su vida porque lo identificaba en la línea de un acting out, que está más en la línea de una urgencia subjetiva.

M manifiesta mucha angustia en torno a su relación con su marido, en diversas oportunidades manifiesta su deseo de separarse, pero no contaba con recursos propios por depender económicamente de él.

Sobre el final del tratamiento, M puede dar marcha a algunos, como terminar el secundario y comenzar la carrera de psicología social avanzando hacia el final de esta.

A los 10 días de la última internación de M, se comunica con el analista por mensaje telefónico y le comenta su deseo de terminar el análisis.

5.2. la implicancia subjetiva de la angustia en las consultas iniciales de la paciente M

A continuación, se analizará la implicancia subjetiva de la angustia en las entrevistas preliminares de la paciente M desde distintas perspectivas del psicoanálisis. Diversas vertientes aportarán al análisis varios puntos de vista del fenómeno que aquí se convoca. Sin ánimo de adherir particularmente a ningún criterio, con el objetivo de expandir los mismos y poder observar la vivencia subjetiva de la angustia desde distintas voces del psicoanálisis incluyendo

la posibilidad de pensar críticamente otras posibilidades. Con este espíritu se esbozan las siguientes ópticas: Freud, Lacan, Lowen y Reich.

El analista F refiere que en la entrevista inicial la paciente M señala algunas cuestiones que ubica como desencadenantes de su angustia. En la primera sesión comienza señalando un punto de corte en su relación matrimonial, a raíz de lo que ella relata como “un hecho imperdonable , desde la mentira y el abuso”. A este es el hecho que M le adjudica un valor desencadenante en el inicio de lo que ella denomina “mi depresión”. Luego, se remite a sus vivencias infantiles más traumáticas, que en su conjunto M las califica como “una infancia en ruinas”. Esto podría dar un indicio de que muchos de los eventos que desencadenan angustia en M están configurados sobre la base originaria de vivencias infantiles, que pugnan por ser traídas a la conciencia desde el inconsciente atemporal que trabaja para que eventualmente puedan ser superadas. Desde esta perspectiva toda neurosis sería, en pocas palabras, una neurosis infantil (Freud, 1932).

Seguidamente, en el transcurso de las entrevistas iniciales, M relata situaciones que ella señala le provocan una profunda angustia. Es un ejemplo de esto, la angustia que M indica sentir cuando entra en contacto con las representaciones de lo que subjetivamente para ella significa que su hija menor cumpla 15 años. El analista de F comenta que este pasaje inevitable de niña a mujer de la hija genera una fuerte impresión en la paciente que se cuestiona en el análisis cuál será su rol en la vida ante la pérdida de sus funciones como madre. Estas representaciones ante el advenimiento futuro de la pérdida de estos espacios de responsabilidad maternante, accionarían según F como disparadores que activarán una fuerte angustia ante la falta (Patri, 2018)

También se puede pensar que esta angustia surge ante la posibilidad de que perder este espacio sea considerado como traumático según los parámetros de M, desencadenando una angustia del tipo neurótica. (Freud, 1932).

El analista señala que para M la posibilidad de perder la identificación como madre cuidadora constituiría una amenaza para la integridad del yo de M, que se suma a su manifiesta desilusión ante lo que ella manifiesta como “un hecho imperdonable” por parte de su marido, que generaría en M una vacilación sobre sus identificaciones como esposa y madre. Aquí M manifestaría una angustia ante la posibilidad del advenimiento de acontecimientos futuros como si se tratase de una efectiva amenaza externa. Este tipo de angustia neurótica constituye

una señal que dirige el análisis, en tanto que es una señal, de las representaciones a trabajar en el devenir del análisis (Freud, 1932).

Con lo expuesto anteriormente la angustia constituye una señal de alarma para M, la reacción de su yo ante el peligro de perder fuertes lugares de identificación, que podrían desencadenar, como se verá más adelante, en una activación defensiva que accionará en una línea de fuga para dejar de sentir este afecto (Freud, 1926). Según Lacan (1962) la angustia tiene un estatuto de máxima autenticidad clínica, en la medida que esta no puede desplazarse metonímicamente entre los significantes del sujeto, marca un punto de ruptura donde lo real se le impone a lo imaginario. Hay un orden de verdad que se impone y genera la vacilación de la estructura imaginaria. Según la analista F, la paciente M reacciona con fuerte angustia y enojo al relatar la situación que ubica cómo desencadenante, que es enterarse del ocultamiento por parte del marido de las dificultades económicas de la familia las cuales derivaron en pedidos de dinero por parte de este al padre de M. Según la analista F, este hecho real, generaría una fuerte vacilación en el imaginario de M sobre la imagen de su marido y su matrimonio imponiéndose una realidad no concordante con esas representaciones, desatando una fuerte angustia, que vendría a decirle a M algo sobre su relación con al Otro (Soler, 2001). En tanto la angustia surge del vacío que hay en el entrecruzamiento del Sujeto y el Otro (Miller, 2007) Se podrían analizar esta línea las palabras de M, al expresarse sobre esta situación con el marido “quedé vacía, perdí la alegría y el entusiasmo”.

En estas sesiones la analista toma nota de que la historia de vida de M comienza desde muy infante viendo a su madre enferma en la cama que atribuía sus malestares al parto. M relata que de niña su madre “estaba siempre enferma”. En estas sesiones la paciente relata la cuestión sobre la relación con su propio cuerpo y relata en sesión con F “de niña mis padres siempre me llevaban al médico, pero ellos me derivaron al psicólogo” en palabras de la propia paciente “de chica no comía, estaba débil y siempre enferma”. La paciente refiere haber estado internada por un cuadro de anorexia en su adolescencia, y al momento de realizar esta consulta, contaba con un historial importante de internaciones, en relación con la ingesta de pastillas. Al igual que su madre, se enfermó tras cada uno de sus partos. Según la analista F las representaciones de M sobre su cuerpo giraban en torno al significante “enfermedad” Esto es para destacar en tanto que desde la perspectiva de la escuela francesa la angustia implica una transposición de significantes en el cuerpo (Lacan,1962).

Este tema de la relación de M con su cuerpo y la enfermedad llevaría a dar con una cuestión de estructura, la analista F logra en estas primeras entrevistas vislumbrar algo del orden de la estructura histórica en tanto M constituye un modo particular de lazo con el Otro, comunicándose desde esta disposición, dirigiéndose al Otro desde su disposición sintomática (Moscón, 2019). Cómo sería en el caso de M esta comunicación con el Otro: En las palabras de F “teñida de un fuerte histrionismo, desde la posibilidad de enfermar”.

M manifiesta tener muchos deseos de separarse de su marido desde aquel incidente en que descubre las mentiras sobre el manejo del dinero y el negocio familiar, no obstante, este hecho aconteció 8 años antes de estas primeras consultas con la analista F, pese a sostener este deseo por muchos años M continúa sin siquiera plantear a su esposo la separación como posibilidad. Si esto se analiza bajo el paradigma planteado con anterioridad, de la histeria en su función estructural de mantener el deseo insatisfecho, se podría decir bajo esta perspectiva que a M se le presentaría la situación de no satisfacción de su deseo manifiesto como una fuente de goce, en los términos en que se juega desde esta estructura, M se identificaría con la no satisfacción de su deseo de separación. (Lacan, 1973).

Si se mira este mismo caso desde la perspectiva de Freud, aquí no se diría que el caso de M se corresponde con una cuestión estructural sino más bien que su situación vital se corresponde con un padecimiento del tipo psíquico (Moscón, 2019). Si se amplía la perspectiva y se incluye un análisis de las posturas corporales de M, sus tensiones y sus rigideces musculares, Reich (1949) analizaría estos factores para determinar el estilo defensivo, para ver si responden a las coordenadas de una estructura caracterial histórica.

Para la mirada de Lowen (1985) la angustia que se traspone en el cuerpo se debe a los efectos de la represión sobre una profunda ansiedad y tensión interna, el analizaría la estructura caracterial de M para determinar si la rigidez de sus músculos y su postura es la correlación del estado interno que transmite en su análisis a través de la palabra. Entendiendo este fenómeno desde su dimensión energética, en tanto, las tensiones acumuladas en el cuerpo pugnan por la descarga, eventualmente, tras poniéndose en síntomas cuando no pueden ser liberadas y esto es lo que para esta vertiente caracteriza a la histeria.

Algo interesante surge en torno a esto último en el relato de la analista F que comenta que, durante estas entrevistas iniciales, la capacidad asociativa de M era muy reducida, ella lo llama “déficit simbólico”. En este contexto la analista presenciaba, reacciones emocionales que

se asemejara a las de una niña, por parte de la paciente que en su enojo durante los relatos de lo que ella misma denomina “una infancia en ruinas” se posiciona corporalmente según F “como una niña en rabietas”, desde la perspectiva de Lowen (1985) observar el cuerpo del paciente es también observar una historia de vida impresa en él, inconsciente atemporal opera en M también en la modalidad.

Más allá de esta posible mirada de algo del orden de lo estructural en el caso de M, también es importante destacar que la paciente, al momento de estas entrevistas iniciales se dedica a cuidar de su casa y sus hijas, nunca ha trabajado, y no concluyó los estudios secundarios. Con lo cual, para alcanzar su deseo de independencia, deberá sortear muchos desafíos ante la falta de recursos para ello. Esto implicaría construir espacios de identificación nuevos que no se sortearán sin angustia, en tanto, que podrían activar la defensa en la medida que su yo las percibe como amenazantes, en tanto pueden remitir a anteriores pérdidas de objeto (Patri, 2018). También este punto, puede abrir una posible mirada crítica a la concepción del goce (Lacan, 1975) en tanto se puede pensar que el estancamiento en una situación no deseada por la paciente no necesariamente se deba a la emergencia de una satisfacción pulsional Thanática (Freud, 1924), ya que esa mirada, despojada del contexto sociocultural en que está inmersa la paciente M puede no dar debida cuenta de sus dificultades para poder ir a por su deseo. Cabe cuestionarse entonces cuando es posible hablar de goce en términos de una satisfacción y cuando este término puede no aplicarse por la coyuntura que se impone coercitivamente y desde afuera al sujeto. Incluso desde esta perspectiva, se puede llegar a cuestionar si M respondiese a una estructura histérica, donde la insatisfacción es forma de hacer un lazo con el otro o simplemente el contexto tampoco le permite hacer otra cosa (Mosconi, 2019).

Más adelante en las sesiones M le relata a F, que había realizado un tratamiento psicológico con anterioridad en el marco de la muerte de su madre, la paciente comenta que está perdida para ella fue “terrible” y el desencadenante de una angustia tal que disparó la necesidad de comenzar un tratamiento. Relata que, en aquella ocasión, durante su tratamiento, M se embaraza de su hija menor y entonces la psicóloga ante esto le hace la siguiente intervención “usted tapa la muerte de su madre con un embarazo”. La intervención, a modo de sentencia, parecería estar en la línea de la forma de relacionarse de M con los bordes de la falta (Miller, 2007). No se sabe desde que encuadre dijo esto la psicóloga, pero M lo relató a F señalándolo, como un antecedente a sus formas de lidiar con la angustia en sus pérdidas, con

lo cual se podría entender más aún, bajo esta mirada, la angustia que se le juega a M ante la posibilidad de perder su lugar como madre, ante el advenimiento de la adultez de sus hijas.

Desde Freud la implicancia subjetiva que tiene para M su angustia estaría dada, no solo por las circunstancias exógenas, sino también por las representaciones internas que M viviría como amenazantes para su yo desatando las defensas ante la vertiente de afecto que le resulta abrumante. M se ubicaría en una posición inconsciente e infantil que sostiene su neurosis (Freud, 1932). Desde Lacan, se podría resumir que M tendría fuertes significantes ligados a la enfermedad traspuestos en su cuerpo, y entraría en una fuerte vacilación frente a lo real cuando ante los eventos previamente citados se desarman los imaginarios que sostiene sobre su relación con su marido, su rol de esposa y madre. Aquí M se implica en una angustia que no engaña y marca la brújula del caso (Lacan, 1962). Desde la perspectiva de Reich (1949) y Lowen (1985) se podría inferir que la angustia podría implicar a M también desde lo inefable, en tanto los déficits simbólicos que no le permiten a la paciente asociar podría ser afectos que no han sido correctamente abarcados y que se imprimirán en la postura corporal y rigideces musculares de M. Esto conduce a la posibilidad de que la angustia, en algunas circunstancias, no pueda ser simbolizada pero si liberada.

De esto último se desprende la posibilidad de pensar las vías por lo cual aquello que no se puede simbolizar deviene a la conciencia de M. Qué sucede con lo que le escapa a la vía del significante y genera una profunda angustia capaz de despertar el accionar defensivo de la paciente, para dar cuenta de fenómeno se abordará en el próximo apartado la cuestión del acting out que M, que es según F la forma dominante de defensa en la paciente cuando la angustia se le presenta en un formato abrumador.

5.3. La Angustia y El acting out M

Como se adelantó en el apartado anterior, en esta oportunidad, se ahondará en la cuestión de la defensa en la paciente M, a lo largo de su tratamiento, la analista pudo dar cuenta del mecanismo de defensa que impera en la paciente (Freud, 1915). Desde la perspectiva de la escuela francesa se podría decir que en la embestida de lo real sobre lo imaginario (Lacan, 1975) M quedaría sujeta a su mecanismo de defensa, subjetivamente, más efectivo: El acting out. Ante el advenimiento de fuertes oleadas de angustia, M se defiende de esta con este mecanismo (Freud, 2015).

En estas primeras sesiones la terapeuta F, realiza algunas anotaciones, sobre lo que acontece cuando M se desborda de angustia y se desata el acting out (Freud, 1914). En un primer momento hace anotaciones sobre los pasados eventos de desborde de angustia en M, en sus indagaciones encuentra que la paciente M tenía un historial amplio de entradas y salidas a una clínica particular. En aquel espacio, cada vez que la paciente reportaba haber tomado pastillas para suicidarse, allí era donde le realizaban un lavado de estómago, toda la asistencia médica y psicológica que necesitara para reponerse del evento, que cabe destacar siempre se sucedía con dosis muy bajas de fármacos. En una de las entrevistas iniciales con F, la paciente comenta que ella no murió en ninguno de esos eventos debido a que, según sus palabras: “nunca di con la dosis justa”. Aquí se podría decir que estas aclaraciones de la paciente cuentan acerca de que detrás del deseo manifiesto de querer suicidarse no operaría algo del orden del pasaje al acto, ligado con la pulsión de muerte (Freud, 1920). Pues si ese fuese el escenario, se podría dar la hipótesis que ante el abrumante historial de ingresos a la clínica M efectivamente hubiera dado con la dosis justa.

Hasta aquí la analista F se encuentra en etapa de entrevistas preliminares recabando información para el análisis hasta que uno de estos intentos de suicidio acontece en el transcurso de las primeras sesiones de M, cuando la paciente está en plena crisis luego de tomar las pastillas, decide llamar a F y solicitarle asistencia en ese momento. Para dar con más precisiones sobre esto, la analista se pone en contacto con el marido de M, para saber más detalles de estos eventos que ubicaban a la paciente en tentativas de suicidio, ante la fuerte preocupación de la analista el mismo le comenta que esta es una situación habitual para su familia. La analista F señala en relación con esto que el acting out es por definición una puesta en escena dirigida a otro (Evans, 2010). En esta ocasión, según la analista F, la paciente decidió dirigir esta puesta a su recién conocida analista.

Ante lo anteriormente expuesto, se podría inferir bajo esas premisas que M estaría probando a su analista para verificar que en ese espacio que se está construyendo entre ambas, hay efectivamente un alojamiento y un registro. El pedido de esos afectos es emitido desde un modo de defensa precario (Pirroni & Ulrich 2009). Ahora bien, este acting es dedicado al analista, pero cuál sería el trabajo que convoca al psicoanálisis, en cuanto a los eventos de esta naturaleza que se repiten fuera del contexto del análisis. En este punto es trabajo de F ubicar los eventos previos al desencadenamiento de un acting out para dar con las coordenadas de los significantes reprimidos en M, cuál es el punto en que se desencadena la vacilación imaginaria

irrumpiendo una angustia tan fuerte para M (Pirroni & Ulrich, 2009). En este contexto F señala que la vacilación se produce por varios frentes, siendo los significantes que le remiten a M con la falta de recursos para cumplir con su deseo de separarse los que más angustia generan y dispararía la modalidad de los acting out. (Soler, 1988).

En este contexto cabe preguntarse, qué es lo que se juega en esta particular puesta en escena, pues bien, desde la perspectiva de la teoría Freud (1940) en situaciones como esta el paciente utiliza la vía de la actuación ante la dificultad de hablar sobre lo que lo conmueve. En lo expuesto anteriormente, la analista de F comenta que nota en la paciente un déficit simbólico a la hora de asociar en las sesiones, en base a esa observación, se podría decir que el acting out es una forma defensiva que se adaptaría ante este déficit. Completando esta perspectiva, se podría decir que las mociones pulsionales de la paciente M escaparían la vía significativa, ante un estatuto inconsciente donde el acto es alternativo al habla (Soler, 1988). Siguiendo con esta posible mirada de análisis, el pasado no resuelto de la paciente hablaría en el presente en término de actos (Evans, 2010). En este escenario, es menester del trabajo analítico con la paciente que el analista F trabaje en la línea de descubrir las mociones pulsionales que fueron reprimidas para ayudar a que esta paciente pueda reelaborar aquella escena que está repitiendo y no recuerda (Freud, 1915).

Con el devenir del análisis y ante la evidencia de intentos de suicidio fallidos, la analista F se alinea con el consenso familiar, el objetivo de M no es efectivamente pasar al acto de suicidarse, que sería en si una situación de naturaleza distinta al acting out en tanto ya no estaría ligado a la acción de recordar en actos (Freud, 1940) sino más bien a algo de la naturaleza de la pulsión de muerte (Freud, 1920). Afortunadamente esta distinción es muy nítida en el caso de la paciente M en donde hay una primacía de la actuación por sobre el síntoma (Soler, 1988). Una forma de comunicación al Otro configurada por lo reprimido que se expresa en actos (Muñoz, 2019). Según la analista F los acting out de M estarían claramente dedicados a su marido pues no hay otro integrante de la familia a quién M acuda en estos eventos. Esto lleva a una interesante perspectiva que implica ver el acting out como un pedido de alojamiento, un grito que orbita la necesidad de ser registrado por el Otro (Pirroni & Ulrich, 2009).

El trabajo con esta forma de defensa es un desafío para cualquier analista en tanto el sujeto no emerge y las coordenadas para dar con él son extremadamente borrosas, es en el ámbito de la transferencia con la analista F que esta defensa podría colaborar para dar con el mensaje oculto en las escenas que M actúa (Freud, 1912). A modo de resumen podría decirse

que M llega a la terapia de F con un claro pedido de alojamiento y demandando una mejor respuesta de su analista, en tanto, el acting out podría constituir en M un modo de comunicación inconsciente para pedir ser alojada y vista por el Otro. Este modo de comunicación precario y poco directo sería lo mejor que M puede hacer en torno a sus recursos (Lacan, 1961). En este marco, entre la defensa y las resistencias de la paciente es que el analista F debe intervenir, tema que se ahondará en más profundidad en el apartado siguiente

5.4 Analizar la emergencia de la angustia ante las intervenciones del analista.

Cómo fue comentado previamente en el marco de las entrevistas preliminares surge un evento que es clave para el establecimiento de la transferencia en este caso particular (Freud, 1914), que remite nuevamente sobre la cuestión del acting out. Cabe preguntarse en ese contexto ¿Qué se demanda aquí del analista? ¿Qué le pide la paciente? El acto de alojar y registrar ese episodio, por parte del analista F brindando toda la escucha que M requiere, adquiere en sí mismo un estatuto de intervención (Freud, 1911). Ante este escenario, sería de vital importancia recordar lo que advierte Lacan (1961) sobre la cuestión, este acto no debe ser prohibido, ni interpretado, ni reforzado a nivel yoico, en esta línea de acción es que la analista F comenta posicionarse ante el caso. La analista F registra el llamado de M con el pedido de alojamiento que iniciaría la transferencia en el marco de las entrevistas preliminares (Miller, 1988).

En el transcurso de las sesiones, la analista F toma nota de numerosas situaciones de intervención analítica donde la paciente demostró ser muy poco permeable a la palabra del analista, también comenta que hay muy poca asociación en las sesiones (Freud, 1916). Es de especial mención la angustia que se desata ante intervenciones que interroguen este aparente deseo manifiesto de separarse. Las intervenciones que apuntan a consultar sobre algún tipo de implicación subjetiva en los eventos donde M manifiesta fuertes malestares, también generan una fuerte y notable angustia en la paciente.

La analista F refiere que la mejor intervención en el transcurso del tratamiento fue la escucha y el apoyo a los proyectos de la paciente. Más allá de esto, cualquier señalamiento, intento de generar asociaciones o interrogación que apunte a generar una pregunta de análisis eran disparadores de angustia o resistencia. En el ámbito de la resistencia, F refiere que muchas veces la postura corporal de la paciente cambiaba ante las intervenciones y se disponía físicamente como “una niña”. Aún así, con estas dificultades a cuestas, el efecto de la escucha como intervención trazó una línea de tratamiento clínico que duró 5 años y contuvo a la paciente en momentos importantes de su devenir evolutivo, como el enfrentar el advenimiento del nido vacío, y el inicio de su carrera académica

Sobre el final del tratamiento, M puede dar marcha a algunos proyectos de producción propia en el orden de lo deseante (Miller, 2007); deseos como terminar el secundario y comenzar la carrera de psicología social. Esto podría considerarse una evolución en el marco de su terapia, si se considera la perspectiva que ubicaría el caso de M en una estructura histérica, donde la insatisfacción constituye paradójicamente un medio de satisfacción en sí mismo. (Lacan, 1973).

En el transcurso del tratamiento M pudo ir desenredando la cuestión de su deseo y dar con él en forma de su independencia y cambio de estatus civil, en este punto M ya estaba a poco tiempo de terminar su carrera universitaria y se vislumbraba ante ella puertas a nuevas posibilidades profesionales que la ubicaría por primera vez ante un potencial desarrollo económico propio, algo clave para la constitución de su deseo. En este punto M consigue dormir en cuartos separados con el marido.

No obstante, he aquí lo que podría considerarse como otra paradoja de M que irrumpe sobre el final de su análisis con F, la paciente comenta que estaba más insistente con la idea de separarse, ergo vuelve a dormir con el marido. En el marco de lo que podría considerarse algo propio de la estructura histérica, si se mira desde la perspectiva del goce que deviene de la privación del deseo (Lacan, 1973). Ante tal evidente contradicción el analista le pregunta por qué vuelve a dormir con su marido si manifiesta el deseo de separarse y M contesta “No sé por qué”. En esta línea el analista interviene señalando que quizás un primer modo de comenzar a separarse es no durmiendo más con el marido a fin de no comunicar mediante este acto una idea que se opone a su, cada vez más firme e insistente, deseo de separarse (Freud, 1911). Esta será la última intervención de F hacia M, la paciente no pudo responder a este dilema en sesión y decidió que ese sería el fin de su análisis.

A la semana de esta última intervención, el marido llama al analista para comentarle: “tuve que internar a M”. Los eventos que llevaron a la paciente a esta internación son poco claros y no hay información al respecto, solo especulaciones teóricas en relación con lo que podría ser una huida defensiva ante la angustia de verse en cumplimiento de su deseo (Lacan, 1973).

A los 10 días de M salir de esta internación, M se comunica con el analista por mensaje telefónico y le comenta que el psiquiatra que la atendió en la clínica le sugirió que cambie de terapeuta y gire hacia una terapia que no se centre tanto en el pasado y se enfoque más en el futuro. El Analista invita a M a una última sesión y M se niega aludiendo que va a tomar la indicación de comenzar una nueva terapia centrada en el futuro.

6. CONCLUSIONES

Los objetivos de este trabajo apuntaron desentrañar un poco la cuestión de cómo se juega la angustia en el marco de una terapia psicoanalítica, en relación con el primer objetivo se constata que la implicancia subjetiva de la angustia en la paciente puede ser explicada desde distintas vertientes, en una cuestión hay fuerte consenso de Freud hasta hoy entendiendo que es precisamente la angustia es la que desencadena la defensa (Freud, 1926). Este afecto se vive plenamente en el cuerpo y la posibilidad de la falta es un desencadenante (Patri, 2018). El caso

de M demuestra alinearse con estas premisas. Esto se liga con el segundo objetivo que busca desentrañar el modo defensivo de la paciente donde también hay un consenso de visiones a pesar de las distintas vertientes el acting out constituirá una forma de comunicación que hay que atender a su llamado en tanto es facilitadora de la transferencia (Freud, 1912). En este sentido M, realiza un acting out a pocos días de comenzar su tratamiento buscando iniciar la comunicación con el analista, sentando las bases para la construcción de la transferencia. A su vez, se constatan en M falta de herramientas simbólicas para manifestar su malestar que configurarían a su vez, este modo defensivo. Este último punto conduce al último objetivo que está ligado a las intervenciones del analista en este marco donde el déficit simbólico configura una defensa muy precaria donde los significantes no aparecen (Soler, 1988). En este escenario es donde varios disparadores aparecen y surge la pregunta ¿Cuál es la mejor línea de tratamiento cuando eso sucede?

Sin dudas no es tarea sencilla para ningún analista sostener el trabajo con un paciente que tiene dificultades asociativas y el caso de M es un gran ejemplo de ello, en este escenario es donde se propone ahondar las líneas de investigación del psicoanálisis que abogan por darle otro estatuto al cuerpo en la clínica, sobre todo ante estos casos donde la vía de los significantes está obturada. Esto último sólo sería posible en la medida que se cuestione la perspectiva dualista de la relación mente-cuerpo (Lowen, 1985) En esta dirección, Lacan (1962) comenta que el afecto angustia implica la transposición de significantes al cuerpo. En este punto es que el trabajo corporal cobra mucho sentido en la clínica, sobre todo cuando el afecto que más moviliza una consulta clínica tiene un patrón corporal de compresión del pecho y cambio del ritmo respiratorio que es universal y sensiblemente visible; constituyendo así las coordenadas corporales de los significantes a trabajar, instaurándose la brújula que guía el trabajo clínico (Vegh,2017). Es aquí, donde la investigación psicoanalítica se zambulle en lo inefable, para dar cuenta de nuevas formas de trabajar en la clínica.

El abordaje del caso de M desde varias perspectivas analíticas abre preguntas teóricas que invitan a pensar la clínica psicoanalítica desde perspectivas que amplíen la visión del tratamiento clínico ortodoxo, la misma paciente así lo demanda cuando decide dar fin a su análisis. Pide trabajar con lo que le pasa en la actualidad y lo que le va a pasar en el futuro, desde la perspectiva del psicoanálisis se sabe que tal cosa no es posible en tanto las bases de las neurosis se constituyen en las infancias y operan atemporalmente desde el inconsciente (Freud, 1932). Todo lo allí confinado encuentra los modos de colarse en el presente y si no es

elaborado también lo hará en el futuro colaborando con la repetición como medio de comunicación con la conciencia (Freud, 1914). Ahora bien, dadas las explicaciones del caso, la demanda de M sigue imponiéndose en tanto ella sigue lidiando con fuertes estallidos de angustia que la clínica del psicoanálisis ha ayudado a paliar, pero no ha conseguido poder darle las herramientas a M para elaborar algún medio de defensa que sea superior al acting out. Cabe preguntarse ¿Cómo podría esta clínica dar una respuesta mejor para M sin perder su identidad heredera del inconsciente y la cura por la palabra?

Desde una perspectiva crítica cabe preguntarse, cuántos pacientes como M operan con la modalidad defensiva que escapa a la vía significante como el acting out y demandan ser vistos y escuchados con algo más que un análisis teórico, miradas como las de Lowen (1985), Reich (1949) e incluso más actuales como las de Eldeiztein (2004) invitan a pensar la misma clínica psicoanalítica, pero agregando elementos que permitan incorporar el cuerpo que es el que en definitiva está batallando con los avatares de la angustia.

El pensar que en la angustia hay un patrón respiratorio alterado que responde a un formato de pulsión, pensar en la postura corporal que acompaña las representaciones de un relato, la disposición de las tensiones musculares invita a pensar en una clínica psicoanalítica que respondería en gran medida a esta añoranza que Freud le transmite a Fliess en su carta de este espacio terapéutico, distinto del análisis de la palabra, complementario e imprescindible. (Freud, 1899). Pensar esto vuelve a traer a M ¿Cómo podría ser esta clínica que le permita trabajar con su angustia añadiendo estos elementos? Yendo aún más lejos cómo sería ese psicoanálisis que añoró Freud en las puertas del siglo XX transformado por las coyunturas y los avatares del congestionado siglo XXI.

M tiene mucho que decir en su demanda, si se analiza la coyuntura socio cultural y las posibilidades de independencia económica e incluso, las posibilidades de divorcio de una mujer con características históricas de Viena en el principio de siglo pasado las condiciones serán muy distintas a la de M y muy similares en otros tantos aspectos. Pero hay una duda que esta paciente instala en relación con la privación del deseo como medio de goce (Lacan, 1973). ¿Se puede pensar que esta es la única razón por la que la paciente no se independiza cuando ese es su deseo manifiesto? Invita a poner la historia en perspectiva y pensar en las posibilidades concretas y reales de una mujer de 50 años que nunca trabajó de realizarse como económicamente independiente. Aquí el psicoanálisis se reinventa en la vertiente de la perspectiva de género que permite pensar en ofrecer discriminaciones sobre algunas cuestiones

del goce, la privación del deseo y los hechos sociales que se imponen al individuo, en otras palabras, el análisis en contexto que permita comprender la complejidad de la subjetividad femenina y la angustia que conlleva la condición en la actualidad. Cuestionar la visión ortodoxa del psicoanálisis, implicaría pensar en un psicoanálisis que comprenda e incluya las relaciones de poder en la pareja y la familia.

Cómo limitaciones del trabajo, es importante resaltar que es difícil hablar de la importancia de las posturas corporales en un caso, sin tener el material gráfico que pueda respaldar lo que se refiere, poder contar con este material constituye un gran aporte a la investigación en la clínica psicoanalítica, sobre todo cuando se quiere avanzar sobre la cuestión de la relación mente-cuerpo. El hecho de trabajar con entrevistas al analista y no poder tener acceso directo al caso a través del paciente constituye un filtro del universo de información que limita las posibilidades de pensar el caso, ya que es un pensar a M a través de lo que refiere F.

Para finalizar como aporte personal del tesista, es de importancia activar la investigación en psicoanálisis de la mano de concepciones clínico-prácticas que concilien la problemática mente - cuerpo, ahondar el análisis de la abreacción, estudiando el origen de la abreacción misma y la estructura subyace a lo inefable desde el cuerpo, allí en ese campo que saca de la zona de confort a cualquier analista, el campo de lo que no se significa pero se padece y se siente.

7.Referencias

Cancina, P. (2010) Agieren. *Revista de psicoanálisis Desde el jardín de Freud*.

Delgado, O. (2014). *Lecturas freudianas 2*. UNSAM. Buenos Aires.

Eidelsztein, A. (2004) *La pulsión respiratoria en psicoanálisis*. Letra Viva. Buenos Aires.

- Evans, D. (2010). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós. Buenos Aires.
- Ferrater Mora, J. (1965). *Diccionario de filosofía*. Sudamericana. Buenos Aires.
- Freud, S. (1893 /1992). *Estudios sobre la histeria*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1895/ 1976) *La etiología de la histeria*, en Obras Completas, Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1900 /1992). *La interpretación de los sueños*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1911 /1992). *El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis*. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1912 /1992). *Sobre la dinámica de la transferencia*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1914 /1992). *Recordar, repetir y reelaborar*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1914/1976). *El problema económico del masoquismo*. En Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1915 /1992). *Tópica y dinámica de la represión*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1915 /1992). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas.. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1917/1991). *23ª conferencia: Los caminos de la formación del síntoma*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1916 /1992). *La terapia analítica, Conferencia 28*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.

- Freud, S. (1919/1976). *Lo ominoso*. En Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1920/2001) *Más allá del principio de placer*. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1924/1979) *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1925/1992). *El Yo y el Ello*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1926/1992). Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S (1932/1992). *La angustia y la vida pulsional*. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1940/1992) *Esquema del psicoanálisis*. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, S. (1899/2001) *Sigmund Freud cartas a Wilhelm Fliess*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Hentschel, U, Kießling, M (2011). *Investigación sobre mecanismos de defensa. Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1),102-118.
- Kragh, U. (1985). *Defense Mechanism Test. DMT manual*. Stockholm: Persona
- Lacan, J., (1960-2006) *El Seminario XII: La transferencia*. Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1962). *Seminario X: La angustia*. Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1964-2012). “*La pulsión parcial y su circuito*”. En El seminario, Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J., (1963 -1964) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, El Seminario, Libro 11 Paidós. Buenos Aires.

- Lacan, J. (1972) “*L’etourdit*”, en *Scilicet N° 4, Paris, Seuil* (Versión castellana de J-L. Delmont-Mauri, D. Rabinovich y Julieta Sucre)
- Lacan, J. (1974) “*La tercera*”, en *Intervenciones y Textos II*. Manantial. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1975) Seminario 22 *RSI*, Clase 6 del 18/2/75. Inédito.
- Lacan, J. (1976) *El seminario, Libro 24:Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*, inédito.
- Laplanche, J & Pontails, J. B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Labor. Buenos Aires.
- Laznik, D, Lubián, E, & Kligmann, L (2015). *La Pulsión de Muerte: El trauma y lo invocante*. Anuario de Investigaciones, XXII(),131-136.
- Laznik, D. (2003). Configuraciones de la transferencia: masoquismo y separación. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, Volumen 3. Facultad de Psicología (UBA). Buenos Aires,
- Lowen, A., y Lowen, L. (1988/2015) *Ejercicios de bioenergética*. Editorial Sirio. Barcelona.
- Lowen, A (1985/2015) *El Lenguaje del Cuerpo*. Editorial Herder. Barcelona.
- Mazzuca, R, Mazzuca, S, Canónico, E & Esseiva, M (2008). *Las diferencias entre la histeria freudiana y la histeria lacaniana*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Miller, J. (1988) “*Una charla al simposio (sobre el amor)*”. Buenos Aires
- Miller, J. (2007) *La angustia. Introducción al Seminario X de Jacques Lacan*, ELP-Gredos
- Muñoz, P. (2009) *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Manantial. Buenos Aires.

- Moscon, Ana (2019). *Versiones del amor en la histeria*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Patri, Liliana Beatriz (2018). *La angustia de castración: estructura y función*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Pirroni, A y Ulrich, G (2009). *La angustia y el acting out en la urgencia, una lógica posible....* I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).
- Reich, W. (1949-2002). *Análisis del Carácter*. Paidós. Buenos Aires.
- ROSENFELD, H (1966) Una investigación sobre la necesidad de los pacientes neuróticos p psicóticos de actuar durante el análisis. *Rev. Urug. de Psicoanal.*, T. VIII, N° 4: 377—392.
- Silvestri, D., (1987). *Problemas y particularidades de la demanda de análisis en la institución*. En Eric Laurent, Daniéle Silvestri & Otros (Eds), *El significante de la transferencia* (Seminario y Jornadas del Campo freudiano en Barcelona, 1985 II). Manantial. Buenos Aires.
- Soler, Colette. (2001) *Declinaciones de la angustia*. Curso 2000-2001. College Clinique de Paris. Publidisa. España
- Soler, Colette (1988-2014) *El acting out en la cura*. Manantial. Buenos Aires.

Ulloa, F (2011) *Salud Ele-Mental, con toda la mar detrás*. Ed. Del Zorzal, Buenos Aires

Vegh, I (04/2017). *Clínica de la angustia: su lógica*. En M Mazover (moderadora). Ciclo de conferencias 2017. Esp[3] acio Ullua, Buenos Aires