



Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales
Trabajo Final Integrador

Fecha: 7 de Marzo de 2022

Alumna: María Lozada

Tutora: Analía Brizzio

Tema: Intervenciones desde el dispositivo psicoanalítico para abordar el tratamiento de una paciente de 24 años que presenta Trastorno de pánico, desde hace dos años.

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo general.....	4
2.2 Objetivo específico.....	4
3. Marco teórico.....	4
3.1 Introducción al Pánico.....	4
3.1.1 Criterios diagnósticos de la Neurosis de angustia.....	5
3.1.2 Criterios diagnósticos del Ataque de pánico, desde la perspectiva psiquiátrica.....	5
3.2 Neurosis de angustia. Recorrido conceptual Freudiano.....	6
3.2.1 Angustia neurótica y angustia señal.....	7
3.2.2 Angustia automática.....	10
3.2.3 Síntoma.....	11
3.3 Fenómeno de angustia y objeto <i>a</i>	12
3.3.1 Angustia lacaniana, objeto <i>a</i> y fantasma.....	13
3.3.2 Pánico y falla de la función del Nombre del Padre.....	16
3.4 Operatorias psicoanalíticas.....	18
3.4.1 Clínica de pánico en la actualidad desde el dispositivo analítico.....	21
3.4.2 Transferencia en la urgencia.....	24
4. Metodología.....	26
4.1 Tipo de estudio.....	26
4.2 Participantes.....	26
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimiento.....	28

5. Desarrollo.....	28
5.1 Sintomatología de pánico y motivo de consulta que presenta la paciente al inicio de la terapia psicoanalítica.....	28
5.2 Describir como se pensaron y aplicaron las intervenciones del dispositivo psicoanalítico que permitieron intervenir y abordar la crisis de angustia durante su tratamiento.....	33
5.3 Describir los efectos de dichas intervenciones en relación a la sintomatología que presentaba la paciente, durante el transcurso de dos años de tratamiento psicoanalítico.....	45
6. Conclusiones.....	48
7. Referencias Bibliográficas.....	53

1. Introducción

El presente trabajo se realiza en el marco de la asignatura de Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, con el objetivo de realizar un trabajo final integrador. La pasantía es llevada a cabo en una institución ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que cuenta con dos vertientes. Por un lado la vertiente clínica, dedicada a la asistencia a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias brindando tratamiento psicoterapéutico con orientación psicoanalítica abierta a la comunidad. Lo hace a través de un bono voluntario que, aunque tiene un valor sugerido de 500 pesos, luego se ajusta más o menos a la posibilidad de cada paciente, sosteniendo firmemente que la salud mental es un derecho humano y que, como tal debe estar al alcance de todos.

La otra vertiente es la académica, desde la cual ofrece capacitación, brindando formación continua para la adquisición de herramientas para la clínica desde el psicoanálisis a través de distintos formatos, tales como: cursos de posgrado, foros dedicados a la intervención clínica, talleres, conferencias, intercambios universitarios, grupos de estudio, y la posibilidad de realizar las prácticas profesionales de alumnos universitarios.

Esta es una institución privada, por lo tanto, no recibe subsidios pero mantiene, sin embargo, un perfil público. El tiempo institucional de tratamiento posible de ofrecer por parte de la institución es de alrededor de entre 6 a 8 meses, con la posibilidad de dar continuidad al tratamiento con los mismos profesionales por fuera de la institución en caso de requerirse. Esto es así dado a que la institución está constantemente recibiendo demanda, -en ella se atienden actualmente alrededor de 1800 consultas por semana-, y desea dar lugar a la posibilidad de asistencia a todo aquél que se acerca a la institución.

La pasantía consta de 305 horas totales, distribuidas en aproximadamente 20 horas semanales, a lo largo de todo un semestre.

Dentro de las temáticas tratadas en la institución se realiza un estudio descriptivo de un caso clínico único de una paciente que llega a la institución con ataques de pánico. El caso permite analizar las intervenciones llevadas a cabo desde la perspectiva psicoanalítica en un caso real, en la dirección de la cura, y reflexionar acerca de los resultados de las mismas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar las intervenciones desde el dispositivo psicoanalítico que permitieron intervenir y abordar el tratamiento de una paciente de 22 años que presenta Trastorno de Pánico, desde hace dos años.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Describir la sintomatología de pánico y el motivo de consulta que presenta la paciente al inicio de la terapia psicoanalítica.
- ❖ Describir como se pensaron y aplicaron las intervenciones del dispositivo psicoanalítico que permitieron abordar la crisis de angustia durante su tratamiento.
- ❖ Describir los efectos de dichas intervenciones en relación a la sintomatología que presentaba la paciente, durante el transcurso de dos años de tratamiento psicoanalítico.

3. Marco teórico.

3.1 Introducción al Pánico

Pan significa en griego *todo*. Es por ello que el prefijo pan precede a varios vocablos para indicar un abarcamiento de la totalidad. La palabra *pánico*, también lleva este prefijo. La mitología griega forjó la figura del dios Pan, un dios ejecutor de un goce todo. Se trata de una divinidad mitad hombre y mitad animal, indicando esta última naturaleza lo instintivo de su búsqueda de satisfacción, a lo que pertenece lo irrestricto. Según la leyenda, este ser poseía una capacidad sexual arrolladora, para cuya consecución perseguía a mujeres jóvenes y adolescentes sin requerir su consentimiento, en cuanto le vinieran ganas. Corría también tras ninfas y hombres jóvenes con igual pasión. Formaba parte del séquito de Dionisio, dios del vino, la ebriedad, la pasión. Uno de los mitos lo hace hijo de Zeus e Hybris, la desmesura, característica que hereda de su madre. Sus víctimas, corrían despavoridas cuando Pan se acercaba, sintiéndose objetos consumidos por su apetito desenfrenado. Sus cuerpos serían tomados para lo que a su voluntad le apeteciera, satisfacción sexual como también cualquier otro ímpetu de daño.

De esta fuente mitológica proviene la palabra pánico. Del terror de esa sensación de indefensión total que experimentaban sus elegidos (Amigo, 2020).

3.1.1 Criterios diagnósticos de la Neurosis de angustia

Aunque a comienzos del nuevo milenio la Asociación Americana de Psiquiatría – A.P.A (2013) describiera como una novedad, en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales – DSM V (5ª ed.), el síndrome al que da nombre de ataque de pánico, en verdad ya había sido descrito por Freud en sus textos a fines del siglo XIX. La neurastenia era una patología similar, que Freud justamente distingue como suficientemente diferente en sus condiciones etiológicas, como para clasificarlas con independencia clínica. De allí el nuevo nombre con el que designa a esta manifestación particular de un complejo de síntomas cuyos componentes se agrupan en derredor del síntoma principal de angustia; corresponde a la afección neurótica que Freud en 1895 llamó *neurosis de angustia* e incluyó entre las neurosis actuales (Freud, 1917). Se presenta en un grado más llamativo de angustia expectante, pudiendo aparecer desligada de cualquier condición, como un ataque gratuito tan incomprensible para el analista como para el enfermo, quien no sabe decir qué es eso ante lo cual se angustia.

Se trata de un cuadro clínico que comprende síntomas de irritabilidad general incapaz de ser tolerada con hipersensibilidad a los ruidos, expectativa angustiada – la cual refiere como una inclinación al pesimismo, una *angustia libremente flotante* que los enfermos mismos discernen como una suerte de compulsión, y que cuando es referida a la propia salud reserva la designación nosológica de *hipocondría*-, que a veces se mantiene latente o puede irrumpir como *ataque de angustia*, el cual se da sin representación asociada o puede confundirse con la interpretación más espontánea, como podría ser la del *miedo a volverse loco*. Puede presentar parestesia, o perturbación de una o varias de las funciones corporales, tales como la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, y la actividad glandular, manifestando quejas por espasmos en el corazón, falta de aire, sudoración, hambre insaciable, diarrea, vértigo y congestiones. Puede presentar también terror nocturno y ser proclives a desarrollar agorafobia (Freud, 1895).

3.1.2 Criterios diagnósticos del Ataque de pánico desde la perspectiva psiquiátrica.

Es notable la similitud de la nosología de la neurosis de angustia de Freud a fines del S XIX con la que se describe en la nosografía del DSM V (2013) del ataque de

pánico, un siglo después. En los criterios diagnósticos se lo especifica como la aparición súbita de miedo o malestar intenso, -que puede producirse tanto desde un estado de calma como desde un estado de ansiedad-, que alcanza su máxima expresión en minutos y durante dicho tiempo se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar o asfixia, sensación de ahogo, dolor o malestar torácico, malestar abdominal o náuseas, sensación de mareo, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias –entumecimiento o sensación de hormigueo-, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separación de uno mismo), miedo a volverse loco o a perder el control y miedo a morir. Vale la pena distinguir, que por fuera del psicoanálisis, desde la psiquiatría, este trastorno es asociado al miedo intenso y/o a la ansiedad y no tanto a la angustia como síntoma principal. Y también que, si bien no se lo considera un trastorno mental, sí puede producirse dentro del contexto de cualquier trastorno de ansiedad u otros trastornos mentales u afecciones médicas (A.P.A, 2013).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la formación de síntoma es llamada también por Freud como formación sustitutiva, que tiene el resultado de cancelar la situación de peligro. “Puesto que hemos reconducido el desarrollo de angustia a la situación de peligro, preferiremos decir que los síntomas se crean para sustraer de ella al yo” (Freud, 1926, p. 156). En cambio, si se obstaculiza la formación de síntoma y éste no se produce, el peligro se presenta produciendo la situación análoga a la del nacimiento pulsional en continuo crecimiento: La primera y más originaria de las condiciones de angustia. Los vínculos entre angustia y síntoma muestran ser menos estrechos de lo que parecían; esto se debe a que se ha situado al factor de la situación de peligro entre ambos. Es posible decir que el desarrollo de angustia introduce la formación de síntoma, y de hecho es una premisa necesaria de esta (Freud, 1926). Por esto es que para Freud los síntomas son como una brújula que de ningún modo los psicoanalistas deben pensar en eliminar (Oliveira Lima, 2019). Abordarlo desde el psicoanálisis no implica que no acudamos al auxilio psiquiátrico cuando fuera necesario, para permitir una regulación del síntoma, que mitigue lo insostenible del sufrimiento y posibilite el discurso. Es muy difícil situarse en un plano del discurso con un sufrimiento de intensidad tal que -a menos que se lo disminuya en cierto grado- impide la instancia misma de la palabra (Junger, 2013). No obstante, el cuerpo, tal como es comprendido desde la medicina, es

un cuerpo regido por el principio de constancia. Responde de forma estricta a sus leyes, del mismo modo que lo hace una máquina. Así, todo síntoma será visto como aquello que irrumpe con la homeostasis natural. Con lo cual, desde la perspectiva médica se buscará eliminarlo, por carecer de valor; o intentará reponer o reemplazar aquellas partes defectuosas, rotas o gastadas (Ziella, 2020).

3.2. Neurosis de angustia. Recorrido conceptual Freudiano.

El padre del psicoanálisis aloja, en cambio, un cuerpo que la medicina ignora. Descubre un cuerpo que se comporta como si la anatomía no existiera, que se impone de un modo que la medicina no sabe cómo responder. Encuentra un cuerpo que *habla* de otra manera, ligado a otro orden, mientras que a la vez permanece conectado con el factor orgánico. Así, Freud ubica lo inconsciente, como aquello que media entre el cuerpo y la mente. Lo somático y lo psíquico son campos separados, sin embargo articulados por un límite, en el cuál la pulsión opera (Ziella, 2020).

Tal como expresa Staralasis (2018), resulta enigmático que los síntomas que encontramos descritos por Freud en 1895 para aquello que llama *ataques de angustia*, se trate de síntomas que no se acompañan de una angustia reconocible. Así lo referencia también más tarde, alrededor de 1917, sosteniendo que el ataque puede estar subrogado incluso por un único síntoma intensamente desarrollado, mientras que el sentimiento general de angustia puede faltar o hacerse borroso. No obstante, describirá a esos estados como fenómenos *equivalentes de la angustia* en todos los aspectos clínicos y etiológicos (Freud, 1917). Además, estos síntomas, -que pueden presentarse en cualquier neurosis-, cuando se trata de las neurosis actuales tienen la particularidad de no admitir derivación psíquica, como sucede en las neurosis de transferencia. Es decir, según Freud, en las neurosis actuales no se pone en juego el inconsciente (Staralasis, 2018).

La explicación que ofrece Freud al respecto, es que la contracción de la enfermedad evidenciaba un vínculo estrecho con el deterioro sexual. En la neurosis de angustia podían pesquisararse como factores causales el *coitus interruptus*, la *excitación frustránea*, que parecía tener en común la insuficiente descarga de la libido producida (Freud, 1905). El mecanismo en la neurosis de angustia correspondería entonces a una excitación sexual somática desviada de lo psíquico que recibe un empleo anormal (Cosentino, 1998). El monto de libido, al no encontrar vías de descarga, termina

impactando directamente en el cuerpo (Urbaj, 2019), es decir que “la excitación acumulada buscaba la vía de salida transformándose en angustia. En esta primera instancia, para Freud se trataba de un proceso puramente físico, sin determinación psíquica” (Freud, 1926, p. 74). Para Freud (1895), el hecho de que en estos casos el afecto no provenga de una representación reprimida, lo hacía irreductible, no atacable mediante psicoterapia. Este fue el punto decisivo para dejar, en aquel momento, fuera del campo de lo abordable por el psicoanálisis a éste fenómeno particular de angustia (Urbaj, 2019).

3.2.1 Angustia neurótica y angustia señal.

En 1905, Freud refiere a la angustia neurótica. Dice que es aquella que nace de la energía libidinal: al no obtener satisfacción ésta se trasmuda en angustia. Es decir, cuando una vivencia es intolerable para el yo, provoca un esfuerzo defensivo que resulta en una escisión psíquica; haciendo que dicha vivencia intolerable sea arrojada fuera del recuerdo del yo hacia el inconsciente, regresando a la conciencia por medio de los síntomas y los afectos adheridos a ellos (Freud, 1905). En pocas palabras, la angustia neurótica sería producto de la represión (González, 2016).

En 1917 describe a la angustia de la siguiente manera: Dice que es un afecto, y como tal incluye inervaciones motrices determinadas, -con sus respectivas descargas-, y sensaciones de dos clases: las percepciones de acciones motrices y las sensaciones de placer y displacer. Cree advertir que en su manifestación se reproduce una impresión temprana en calidad de repetición de la vivencia del nacimiento:

“El nombre <angustia> {Angst}- angustiae, angostamiento {Enge}- destaca el rasgo de la falta de aliento, que en ese momento fue consecuencia de la situación real y hoy se reproduce casi regularmente en el afecto. Admitiremos también como significativo que ese primer estado de angustia se originara en la separación de la madre” (Freud, 1917, p.361).

También en 1917, mientras Freud continúa profundizando en su teorización acerca de la angustia, comienza a aproximarse a un giro que terminará de explicitar años más tarde, y se trata acerca de qué aparece primero, si la represión generando a la angustia o al revés. Para ese entonces ya identifica que ante una situación de peligro surge una mezcla de afecto de angustia y acción de defensa. Ante un peligro exterior, posible de prever, surge como reacción la *angustia señal* o angustia realista, una angustia racional

unida al reflejo de huida y a la pulsión de auto-conservación. El desarrollo de angustia es la reacción del yo frente al peligro, y la señal para que se inicie la huida. Cuanto más se limita la angustia a ser señal, menores serán las perturbaciones para pasar a la acción y más adecuado será el proceso para la auto-conservación.

Así como la huida frente al peligro exterior pone en marcha medidas adecuadas para la defensa, también el desarrollo de angustia neurótica abre paso a la formación de síntoma, que produce ligazón de la angustia, (Freud, 1917). En la *angustia neurótica* el yo responde al peligro interno – su propia libido- como si fuera externo, con un intento de huida idéntico (Freud, 1936).

La distinción entonces, entre angustia neurótica y señal, es que la señal es una reacción lógica ante un peligro externo; vale aclarar que aquello que Freud llamaba en 1895 como *mecanismo de displacer* – mecanismo mediante el cual el yo restringe el desarrollo de vivencias penosas- es lo que luego llamará *señal de displacer*, y más tarde *señal de angustia* (Strachey, 1959). Mientras que la angustia neurótica surge ante un peligro pulsional del que no se tiene noticia, se presenta como enigmática y carente de un fin, no se discierne conscientemente, y además, de éste peligro interno *no se puede huir*. En la conciencia tratamos a ambas sin distinción. La angustia neurótica tiene además un vínculo con la expectativa, ante algo indeterminado que pueda producir sensación de desvalimiento, y *surge en ausencia de objeto* evidente. Si es ante algo específico, entonces lo llamamos miedo (Freud, 1926).

Más tarde, comenzó a sostener que en verdad la angustia no se distingue en tanto clase, sino más bien, entre angustia automática (frente al trauma), y angustia señal (como reacción directa) (Strachey, 1959).

Luego de la introducción a la segunda tópica en 1923, -en la que Freud introduce la dinámica entre el yo, el ello y el superyó-, muchas constelaciones cobran un aspecto diferente (Strachey, 1959). Años más tarde, Freud (1932) examina y explicita varias cuestiones en torno a sus formulaciones anteriores acerca de la angustia y sus dinanismos psíquicos. Las tres principales variantes de angustia son la realista, la neurótica y la de la conciencia moral, que se corresponden con los 3 vasallajes del yo, respecto del mundo externo, del ello y del superyó. Así han pasado a primer plano: la angustia como señal para indicar una situación de peligro, y el yo como almácigo de la

angustia, -solo él la puede producir y sentir-. Este nuevo planteo obliga entonces a tomar otra perspectiva en el problema de la angustia.

“La angustia no es producida como algo nuevo a raíz de la represión, sino que es reproducida como estado afectivo siguiendo una imagen mnémica preexistente. (...) Los estados afectivos están incorporados {*einverleiben*} en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos” (Freud, 1926, p. 89).

Agrega que las *represiones primordiales* que se presentan en el trabajo terapéutico, fueron producidas con anterioridad, y ejercen influjo de atracción sobre la situación reciente (Freud, 1926). A esta altura entonces, era imposible para Freud descartar la presencia de fenómenos psíquicos (Freud, 1926).

También en 1926 Freud deja de lado la teoría de la angustia como libido trasmudada. Se refiere a la angustia como una reacción frente a situaciones de peligro regida por el arquetipo de nacimiento, como un modelo particular de situación de peligro; aunque para ese entonces sigue afirmando que, en la neurosis de angustia, el exceso de libido no aplicada encuentra su descarga en el desarrollo de angustia. Pero finalmente, en 1932, abandona también esta teoría de libido que se muda en angustia y da cuenta de que también en la neurosis de angustia, el desarrollo de angustia *se trata de una reacción ante una situación traumática*: (Strachey, 1959).

“Sólo las represiones más tardías muestran el mecanismo que hemos descrito, en que la angustia es despertada como señal de una situación anterior de peligro; las primeras y más originarias nacen directamente a raíz del encuentro del yo con una exigencia libidinal hipertrófica proveniente de factores traumáticos; ellas crean su angustia como algo nuevo, es verdad que según el arquetipo de nacimiento. Acaso lo mismo valga para el desarrollo de angustia que en la neurosis de angustia se produce por daño somático de la función sexual. Ya no afirmaremos que sea la libido misma la que se muda entonces en angustia. Pero no veo objeción alguna a un origen doble de la angustia: en un caso como consecuencia directa del factor traumático, y en el otro como señal de que amenaza la repetición de un factor así” (Freud, 1932, p. 87).

Mientras el afecto de angustia es pasajero, la neurosis es crónica, dado que la excitación exógena actúa como un golpe único, mientras que la endógena como una fuerza constante que, décadas más tarde, Freud llamará pulsión. La explicará más bien

como una fuerza constante, una exigencia pulsional, que generará perturbación económica -a pesar del principio de constancia- irrumpiendo fuera de representación. Introducirá también así el concepto de goce pulsional, como núcleo genuino del peligro, (Cosentino, 2010).

3.2.2 Angustia automática.

La angustia es un afecto que solo puede ser registrado por el yo. Si bien el ello no puede detectar situaciones de peligro, frecuentemente es en el ello que se preparan procesos que dan ocasión al yo para desarrollar angustia. De hecho, la etiología de las neurosis actuales se da cuando en el ello se produce la situación análoga al trauma del nacimiento en que la reacción de angustia irrumpe de manera automática, ante un estado de desvalimiento del yo, generado por una tensión exacerbada de necesidad de descarga de libido no aplicada, similar al estado de necesidad y desvalimiento del yo en el nacimiento (Freud, 1926).

En los progresos del desarrollo yoico cada edad del desarrollo se corresponde con determinada condición de angustia, y por lo tanto con una situación de peligro justificada en ella; también es cierto que cada condición de angustia destituye a la anterior. No obstante, estas pueden pervivir y mover al yo a reacciones de angustia aún en épocas posteriores de las que habría sido adecuada, ya que en definitiva, “la condición de adulto no ofrece una protección suficiente contra el retorno de la situación de angustia traumática y originaria” y cada quien tendrá cierto umbral hasta donde su aparato anímico le permita dominar o fracasar ante los volúmenes de excitación a tramitar (Freud, 1926, p. 140).

También en 1926 Freud explica que la síntesis fisiológica de inervaciones y sensaciones de angustia están ligadas a un factor histórico, -el nacimiento como vivencia arquetípica en los seres humanos-. Tras el incremento de estímulo y de descarga exacerbada la angustia recibe su carácter displacentero característico. De allí se desprende ver en el estado de angustia una reproducción del trauma de nacimiento. El estado de angustia original tuvo pleno sentido, en cuanto a que fue adecuado al fin: La inervación a los órganos de la respiración preparando a los pulmones, la aceleración del ritmo cardíaco para prevenir envenenamiento en sangre. Este acuerdo a fines falta en posteriores reproducciones del estado de angustia, en las que se responde a un peligro anterior en vez de emprender la reacción acorde (Freud, 1926).

En 1932, Freud amplía la relación entre angustia y trauma. Dice que, lo esencial del nacimiento es la vivencia anímica de un estado de elevada tensión y excitación displacentera, y que se considera traumático un estado así, en el que fracasan todos los esfuerzos para tramitar dicho estado según la norma del principio de placer provocando una vivencia de indefensión, de desvalimiento. Esto vale para el desarrollo de angustia en la neurosis de angustia en la que se es incapaz de reequilibrar la excitación generada endógenamente (Freud, 1936).

Si el *apronte angustiado* ofrece una *señal* para impedir el estallido de una angustia más grave, la angustia que Freud llamó *angustia automática*, es aquella que surge frente a una *situación traumática*. Es decir, ante una vivencia de desvalimiento del yo ante una acumulación de excitación que no es posible tramitar, ya sea ésta excitación de origen interno o externo (Strachey, 1959).

La línea de desarrollo que conecta todas las situaciones de peligro y angustia, conservan en común la separación con la madre. Primero en el aspecto biológico, luego en cuanto a una pérdida directa de objeto de amor, y después una separación mediada por caminos indirectos; “el interés más importante consiste, en la realidad efectiva, en que las personas de quienes uno depende no retiren su cuidado tierno” (Freud, 1926, p. 138).

3.2.3 Síntoma

El síntoma es el resultado del proceso represivo que parte del yo. Escenifica el papel de sustituto de la moción reprimida, exigiendo satisfacción una y otra vez, forzando al yo a dar señal de displacer y de ponerse a la defensiva. Mientras que el yo, como organización, se destaca por sus intentos de restablecimiento y reconciliación, intenta cancelar la ajenidad y aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo mediante lazos e incorporarlo nuevamente. Puede ocurrir que el síntoma estorbe en cierta medida el rendimiento, y así permita apaciguar una demanda del superyó, o rechazar una exigencia del mundo exterior. Así, el síntoma es el encargado de subrogar intereses, que en las neurosis llamaremos beneficios secundarios de la enfermedad; el yo se comporta como tomando la máxima ventaja posible de la situación, siendo que el síntoma está y no puede ser eliminado por él (Freud, 1926).

Existe un vínculo significativo entre desarrollo de angustia y formación de síntoma: Ambos se subrogan y relevan entre sí. Por ejemplo, el agorafóbico inicia su

historia patológica con un ataque de angustia en la calle. Así, crea el síntoma de angustia a andar en la calle, -el cual se repetirá cada vez que intente salir-, pero gracias a éste síntoma se ahorra el ataque de angustia. En los síntomas como las acciones obsesivas se ve claramente lo inverso: Si se impide el ceremonial al paciente, éste cae en un estado de angustia muy difícil de tolerar, lo cual evidencia que su síntoma lo protegía de dicha angustia. Los síntomas entonces, son creados para evitar el estallido de angustia (Freud 1936).

Retomando la hipótesis de Freud, en los casos de neurosis de angustia la libido se presenta retenida, estancada, sin enlace, y así fermenta -como el vinagre fermenta al vino, transformando una sustancia en otra-, en lo que Freud denominó angustia larvada, o también como *fenómenos de angustia*. No puede llamarlos síntomas de angustia, porque no están organizados como tal. No hay transacción, no hay condensación de goce. Si se tratara de síntoma propiamente dicho, podría obtenerse -análisis mediante- una significación fálica. Una vez leído el síntoma, podría cesar y abrir camino a nuevos goces de la vida. Pero el término *fenómeno*, remite a aquello que no se organiza como síntoma. Por lo tanto remite a una zona de la clínica más borrosa, y en consecuencia, a un tipo de abordaje más complejo (Polak, 2020).

3.3 Fenómeno de angustia y objeto *a*.

Antes de proseguir con el desarrollo desde la perspectiva lacaniana acerca del fenómeno de angustia, será propicio hacer un paréntesis para realizar una breve presentación acerca del Nudo Borromeo, uno de los desarrollos conceptuales centrales de Lacan. Será clave para echar luz a los siguientes aportes teóricos que se presentarán a continuación. El Nudo Borromeo es la última gran escritura de Lacan, que permite pensar en la estructura del sujeto. Lacan le atribuye algunas propiedades: Una de ellas es la equivalencia entre los tres registros -Real, Simbólico e Imaginario- ; todos valen lo mismo. El modo en que están anudados es otra propiedad: Lo están de modo tal que, si se quita uno, se sueltan todos. Por lo tanto, para que se mantenga la estructura, deben estar los tres anudados. En el centro del nudo está el objeto *a*. *Este objeto a puede aparecer taponando el funcionamiento de la estructura, es decir como objeto tapón. O puede estar como objeto causa de deseo, como una falta propiciatoria.* Si la falta está bien ubicada, la estructura estará bien anudada. En cambio, mientras esté funcionando como un tapón, se producirá el funcionamiento fantasmático y lo entorpecido de la neurosis (Deus y Trigo, 2020).

Tal como postula Lacan, la angustia es lo que no engaña. No engaña porque no se puede significantizar. El objeto *a* representa aquello que no se deja capturar por el significante y, en la medida en que esto sucede, el goce es irreductible al principio de placer. Por eso es que la angustia es el afecto de displacer que da cuenta de lo no significantizable.

“Lo que llamamos objetos *a* son solo encarnaciones, representaciones, manifestaciones, traducciones. El objeto *a* es, hablando con propiedad, una estructura profundamente distinta de la del significante, (...). En el seminario de La angustia se renueva la lista freudiana de los objetos, que estaba limitada y ordenada por la castración y la referencia al desarrollo. (...) La lista lacaniana es de hecho más vasta, porque se hace cargo (...) de la teoría freudiana de la angustia, que incluye, en <Inhibición, síntoma y angustia>, el aporte de Otto Rank sobre el trauma de nacimiento (Miller, 2013, p.75-76).

Al no tener nombre el objeto *a*, “pone en tela de juicio el Nombre del Padre”, que por el contrario, “es por excelencia el que tiene un nombre, el que da un nombre y el que establece la filiación simbólica”. Sin embargo, el Padre, con toda su potencia, tropieza con el objeto *a*, al que no puede nombrar. El objeto *a* es entonces aquello que Lacan da cuenta como lo que no es posible de simbolizar, por lo tanto equivale a la falla del Nombre del Padre (Miller, 2013, p. 109).

A partir de este nudo, quedan visibilizadas las zonas de los goces del sujeto. Donde lo imaginario dirá acerca del cuerpo, lo simbólico acerca de las formaciones del inconsciente y en lo real se ubica la muerte, o lo imposible de decir. “Existe lo simbólico del síntoma y existe lo imaginario del síntoma. Lo imaginario sería lo que tiene que ver con el cuerpo, lo simbólico tiene que ver con el significante, y lo real con el goce, con que existe un goce en juego” (Deus y Trigo, 2020, p.151).

Polak (2020) da cuenta de que Lacan también utiliza el significante de *fenómeno*. Retoma la Conferencia de Ginebra sobre el síntoma en la que explica que, en un síntoma, un significante representa al sujeto para otro significante. En cambio, en el fenómeno, se produce una holofrase entre ambos significantes, en cuyo corte se encuentra al sujeto como efecto, sin remisión a la Otra escena. Los *equivalentes de la angustia* son *fenómenos* y no síntomas, porque en ellos no hay eficacia del nombre del

padre. Estos fenómenos no hacen de límite, de stop, no proscriben ni prescriben goces como sí lo hacen los síntomas.

3.3.1 Angustia lacaniana, objeto a y fantasma.

Según Freud, la angustia se presentaba ante aquello del orden de lo ominoso, aquello *reprimido que retorna* y que permite comprender el paso de lo *heimlich* (familiar) a lo *unheimlich*, su opuesto. Lo ominoso no sería algo nuevo o ajeno, sino algo familiar y antiguo de la vida anímica, aunque enajenado de ella por la *represión*. Todo afecto, de cualquier clase, puede transmutarse en angustia por obra de la *represión* (Sauval, s/f).

Lacan (1936) coincide con Freud en cuanto a que la angustia se trata de un afecto pero, en cambio dirá que, en tanto afecto, se presenta a la deriva, desplazado, loco, invertido o metabolizado, pero no reprimido, sino que *serán los significantes que lo amarran los reprimidos*. Los significantes hacen del mundo una red de huellas y lo característico de este mundo es que en él es posible engañar. Es decir, el mundo de los significantes puede ser engañoso. En cambio, la angustia es un corte neto que logra marcar un surco en lo real. Es lo que no engaña. Subraya que está enmarcada, que tiene una estructura, y que dicha estructura no está lejos de la estructura del fantasma (Sauval, s/f). Es decir que, la estructura de la angustia no está lejos de la estructura que el sujeto entiende como su realidad, su posición en ella, y en cómo está implicado en lo que concierne a su ser y en su relación al Otro (Alberro, 2001).

Lacan cuestiona la supuesta oposición entre el miedo y la angustia, planteada por Freud, en función de la posición de cada uno respecto al objeto (Sauval, s/f). En cuanto al miedo dirá que aparece ante lo desconocido, –más que ante algo amenazante-, y que no son pocas las veces que, lejos de provocar la huida, el miedo paraliza. En relación a la angustia, en vez de describirla como la respuesta ante el peligro, dirá Lacan que *no es sin objeto* (Polak, 2020). Sino que opera como señal, “ante algo del orden de lo irreductible de lo real bajo el cual ese real se presenta en la experiencia” (Sauval, s/f). Se presenta ante lo desconocido que aparece súbitamente (Lacan 1963). Además, es aquel afecto que funciona como bisagra entre goce y deseo (Polak, 2020).

Esta fórmula *no sin objeto*, expresa que el objeto del que se trata no es un objeto normal, que no pertenece al mundo de los objetos comunes, sino que es un objeto de

otro tipo, un objeto *a*. Si se lo designa como *a*, es porque no tiene nombre (Miller, 2013).

Para Lacan (1963), tratar el tema del afecto que es la angustia, conduce directamente al anudamiento del sujeto con el deseo y la falta del Otro. El Otro en tanto conciencia que ve al sujeto, el Otro como el lugar del significante. En el sentido lacaniano, el deseo del sujeto es el deseo en tanto que su imagen-soporte es equivalente del deseo del Otro. Es decir, el sujeto (\$) identifica al Otro con el objeto que le falta (con el *objeto a*, como aquello que da testimonio de una falta radical en ese Otro), toma prestado el circuito del deseo del Otro para alcanzar el objeto de su deseo, realizando precisamente para el Otro lo que él busca. Así, toma este desvío, haciendo que el Otro en tanto objeto de su amor, caiga en sus redes. El papel de la angustia aquí aparece al dar cuenta de esto y, por lo tanto, al no saber qué lugar se ocupa o se representa como objeto para el deseo del Otro. Surgen así las preguntas ante aquello que estructura la relación del sujeto con el significante y que introduce la subjetividad en la doctrina Freudiana: *¿Qué soy para el otro?, ¿Qué me quiere?, ¿Qué pide, él, a mi?, ¿Qué quiere de mi?* Esta dialéctica introduce la función de la angustia, ya que deja en evidencia al sujeto en tanto a objeto de goce del Otro (Lacan 1963).

El sujeto como objeto de goce del Otro debe perder esa posición, para llegar a causar el deseo del Otro, y posicionarse en la falta en el Otro. Se la puede ilustrar con el destete, aunque de ninguna manera se agota allí. De allí en más podrá devenir objeto causa del deseo del Otro, - sólo en la medida en que deviene él objeto perdido-. Si pierde al Otro, tendrá que hacer el duelo por el lugar de causa que ocupaba en relación con la falta, con el deseo del Otro. “Estos dos duelos deben ser discernidos claramente, de lo que sucede al sujeto cuando no cumple con los Ideales del Otro, con lo que corresponde a la dimensión idealizante de la demanda del Otro, estructural a la demanda misma” (Rabinovich, 1993, p. 63).

Siguiendo ésta línea teórica, Lacan dice entonces que hay algo peor que un síntoma. Se refiere al estrago materno, en la relación madre-hijo, cuando la madre se presenta como una boca de cocodrilo que se traga al hijo. Si no hay un palo que la frene, -un Nombre del Padre-, sucede el desastre, a partir del cual luego podrá desarrollarse el arrasamiento subjetivo (Deus y Trigo, 2020). Según Lacan, en tiempos constituyentes de la subjetividad, cuando el Otro se presenta como Amo sin fisuras, impide u obstaculiza la posibilidad de operación por parte del sujeto. Para poder realizar la

separación debe haber contado primero con la validación del Otro. La lectura del sujeto que dispone de su hiancia implica la posibilidad de *cuestionar* los dichos del Otro. La frase de quien puede pensar *me dice esto, pero ¿Qué quiere?* ya es actividad del sujeto (Tomas, 2016).

Esta es la pregunta en la que se articula el fantasma cuando el sujeto puede responderse desde los escenarios inconscientes -en los que se encuentra sujetado sin saberlo-, buscando saber acerca de lo que concierne a su ser definiendo así un fantasma y a sí mismo posicionado en él (Alberro, 2001). Pero esto no es posible cuando esa hiancia se cierra y entonces es cuando el sujeto acata sin más. Así es como se da el arrasamiento del Otro sobre el sujeto, cuando la alienación no habilita a la separación. La alienación, el acogimiento en los significantes del Otro es imprescindible. Precisamos de un nombre, palabras, un lugar en la vida del Otro primero (Tomas, 2016).

3.3.2 Pánico y falla de la función del Nombre del Padre.

Sin embargo, hay acogidas que resultan asfixiantes y arrasadoras, que complican el movimiento de salida. Tal es la cuestión que acontece en las presentaciones que hoy aparecen bajo el nombre de ataque de pánico. En términos lacanianos se trata del campo de la claudicación del Otro. El Otro como sitio, como lugar, no responde; quedando el sujeto en manos de la huracanada pulsional. En el ataque de pánico el Otro como sitio de elaboración no llega a operar, dejando al sujeto sin capacidad separatoria. Es por eso que, en su mudez representacional, el ataque de pánico se presenta como un real puro que momentáneamente no admite veladura simbólico-imaginaria, sin permitir que se llegue a formular la pregunta que abriría la puerta de salida (Tomas, 2016).

Cuando el recién nacido viene al mundo y no sabe nada sobre su ser, ocupa un lugar en el mundo, –como sujeto a advenir-, en tanto al deseo de una madre. Esta madre porta un deseo atravesado por la ley del padre. Ante la incógnita que vivencia el niño, - la pregunta angustiante: ¿qué me quieres?-, se interroga cómo es que está implicado en el deseo de su madre, o cualquier sustituto allí que cumpla esa función. Esta es una pregunta crucial para su existencia, ya que depende completamente de sus cuidados maternos para su supervivencia y para su constitución subjetiva; para advenir como sujeto (Urbaj, 2019).

La entrada del sujeto a su estructura depende en primera instancia de la existencia de quien lleve a cabo la función materna, que lo espera para completar su falta fálica. Luego también, de que la función del Nombre del Padre (NP) esté operando sobre la madre, reprimiendo su deseo de completarse a través de su hijo. En tiempos constituyentes, la función NP opera como barrera que libera y alivia al sujeto de la angustia generada por no saber cuál será la expectativa de ese Otro en posición de poder, ante la cual solo podría someterse. Barrera que se presenta como terceridad que limita, dice “basta”, “no”, “hasta acá”, acotando lo invasivo del Gran Otro. Sin esa barrera quedaría indefenso ante la amenaza de un goce devorador, siendo que no es ni será nunca aquello que colme el deseo, la falta del Otro, más que parcialmente. Si el sujeto se lanza al intento de llenar dicha falta será porque la función no está operando, sino más bien se encuentra colapsada temporalmente; faltando a la cita deja la puerta abierta a que sobrevenga el pánico (Urbaj, 2019).

Más tarde, Lacan advierte que la función NP no logra nunca tachar por completo el deseo de la madre, sino que hace lo que puede, sin lograr arreglar todo. Por eso necesita complementos para su función, a los que llama en plural Los Nombres del Padre, ya que son tres, y los ubica en los tres registros: Real, Simbólico e Imaginario. Si hasta entonces el padre era alguien a quien hacía lugar la madre, quien lo nombra desde su deseo, ahora agrega a dos padres más. Un Padre Real, quien corta el goce, haciendo un corte en lo Real, que pone límite y contiene a lo Simbólico. Y un Padre Imaginario, que es el Padre del Nombre, el padre que pone nombre a las cosas y, al hacerlo, permite al hijo armar un relato imaginario acerca del lugar que ocupa en la escena; es decir, armar un fantasma, en el que proyecta y da un marco a su percepción cotidiana de la realidad. Todavía más tarde, Lacan ubicara estos tres Nombres del Padre anudados en el nudo borromeo, formando los tres juntos El Nombre del Padre; “si los tres del nudo se desenganchan: lo simbólico queda fuera del juego, lo Real se torna un fuego en el que el cuerpo del sujeto se ahoga, transpira, no puede tragar, pierde el control de sus esfínteres” en un cuerpo devorado donde lo imaginario se dispara hacia una figuración terrorífica que lo deja en un estado de pérdida de toda referencia yoica, de despersonalización y de pérdida de realidad; que, “cuando el ataque de pánico pasa, las cuerdas vuelven a anudarse borromeicamente”, hasta que paulatinamente pueda reencontrarse nuevamente en las coordenadas simbólicas en las que se reconoce (Urbaj, 2019, p.94).

Retomando a Freud, Lacan llama complementos también a la inhibición, al síntoma y a la angustia. Estos tres también son Nombres del Padre, ya que van a complementar lo fallido de su función; aquello que la función no llega a alcanzar del todo. Es posible de observar en la clínica que, allí donde la irrupción del goce fálico avance desde un Otro que demanda amenazante, en un sujeto de estructura neurótica, éste hará un síntoma. Si en un determinado momento la estructura vacila y no le permite hacer un síntoma, tendrá a la inhibición como recurso. Si no hubiera lugar para alguna de éstas dos, entonces aún queda la angustia que, como decía Freud, es el último refugio del psiquismo (Urbaj, 2019). El peligro detectado por la estructura psíquica, -de quedar sometido o avasallado por el Otro-, será señalado por la angustia que actuará como freno, como un *no* al poder que ese Otro quisiera ejercer sobre el sujeto; actuará como la barrera propia de la función paterna. En cambio, tal como resume Urbaj (2019), el ataque de pánico se desencadenará cuando se carezca del recurso de la inhibición, del síntoma o de la angustia como barreras del Nombre del Padre, para hacer frente al avance de los goces.

En resumen, la puesta entre paréntesis de los parámetros que ordenan la fantasmática del sujeto colapsa los soportes de la realidad. La suspensión de las funciones del nombre del padre en la vida de quienes padecen el fenómeno de pánico, producen la desconexión momentánea entre el universo simbólico y la experiencia imaginaria del sujeto, -quien sigue disponiendo del lenguaje y su retórica, pero ya no de los *nexos causales*, ni los nombres que nominan el registro de su experiencia-. El sujeto no dispone de representaciones que tiñan cualitativamente los afectos y que hagan de ellos una vivencia que se pueda registrar conscientemente. En vez, se pierde el registro de angustia como experiencia psíquica, dejando como rastro sólo sus correlatos somáticos.

Luego de este recorrido teórico es posible señalar una diferencia radical entre la angustia y el pánico: “La angustia se define en función de las vicisitudes del objeto a, mientras que el pánico tiene su eje en relación con las vicisitudes de la instancia del padre en la estructura del sujeto” (Iunger, 2013, s/p).

3.4 Operatorias psicoanalíticas.

Lo real del síntoma es el asunto principal del psicoanálisis y es el norte a tener en cuenta en la dirección de la cura. En la medicina, el síntoma está vinculado al campo objetivo de los signos clínicos y patológicos. En el psicoanálisis Freud hace girar el

análisis en torno al síntoma, partiendo de él y apuntando a la neurosis. Refiere al síntoma como una formación del inconsciente; articula la angustia con la palabra. Lacan refiere al síntoma como aquello que tiene una estructura significante. Un significante remite a un sujeto para otro significante; esencialmente remite a un sujeto (Deus y Trigo, 2020). El psicoanalista, tal como explica Lacan, se conecta con el mundo subido a la escena, sometido a las leyes del significante. De allí en más hay historia, discurso y hasta conflicto de discursos. En el discurso nos implicamos como sujetos, (Rabinovich, 1993). El psicoanalista se inclina ante el discurso de su paciente, ante el decir del sujeto. Así ayuda a que el paciente aprenda a inclinarse ante la verdad de su inconsciente. Entonces el goce coagulado que lo aprisiona puede caer y recuperar su gusto por la vida (Vegh, 2001).

Sin embargo, hace falta detenerse en este punto y recordar que, en el caso de las neurosis de angustia, no hay al menos a priori un síntoma definido que se presente en el discurso. Haciendo un breve repaso, Freud ubica entonces, en una primera instancia, a la neurosis de angustia dentro de las neurosis actuales, como aquellas a las que les falta el enlace con los contenidos psíquicos y por lo tanto la misma angustia es la que deviene síntoma principal. Se caracteriza por presentar lo que Freud llama angustia automática; la angustia que aparece ante una situación de peligro traumático, que arrasa la subjetividad (Urbaj, 2019).

Desde el inicio, Freud anhelaba la existencia de un segundo camino distinto del de la asociación para hallar la etiología de las neurosis, a partir del cual el analista pueda quedar menos dependiente de lo que indican las asociaciones de los pacientes. Muy anticipadamente aparecen esbozos de estos caminos que Freud buscaba: *La interpretación*, -allí donde se puede seguir el hilo lógico y es posible moverse dentro de las asociaciones-, y otro de los caminos, también como un esbozo nada más, va a ser lo que luego se llamará *construcción*. (Cosentino, 1994).

En un comienzo, tanto para Freud como para Lacan, el síntoma era el que hablaba, el que decía algo, en tanto información del inconsciente que expresaba un deseo, un sentido a descifrar. Más tarde la cosa se presentó más compleja, el síntoma ya no hablaba, se presentaba más mudo, opaco (Deus y Trigo, 2020). Los fenómenos se presentan directamente invadiendo, desbordando y des-subjetivizando al sujeto. Esta situación llama con urgencia a una maniobra clínica orientada a la restitución del sujeto,

que será justamente la maniobra de construcción: *Construir* el síntoma será tarea del análisis (Deus y Trigo, 2020).

Teniendo en cuenta la singularidad de la transferencia, el lugar que allí ocupe el analista y el manejo artesanal que lleve a cabo en cada caso, la dirección de la cura consistirá entonces, en enmarcar la angustia primero. Luego, en la construcción del síntoma. Enmarcar la angustia “para conducirla a las orillas del síntoma”. Ligar esa angustia desprendida sin mediación psíquica, propiciando luego una mediación psíquica (Polak, 2020, p.2). Teniendo presente que el síntoma es una formación de compromiso, una satisfacción sustitutiva de goce, cuando hay síntoma es buena noticia, ya que funciona como un faro (Deus y Trigo, 2020).

En términos de Rabinovich (1993), todo sujeto al que uno escucha, -incluso uno mismo en su propio análisis-, al hablar acerca de las distintas escenas de su vida, *construye* una especie de *bricolage*, de *cambalache*, a partir del cual, desde el lugar del analista, habrá que orientarse sin saber en absoluto qué partes de ese bricolage son valiosas, cuáles no, qué es importante y qué no lo es, qué cuenta y qué no. No se puede saber a priori qué organiza las escenas ni sus repertorios; nada que de una clave acerca de cómo fueron construidas dichas escenas fundamentales. La clave la tiene quien habla. La función del analista es escuchar y cual bricoleur, juntar, acumular los elementos del bricolage. Así se refiere Rabinovich (1933) a lo que Freud nombró las construcciones en psicoanálisis. Se refiere a la *construcción* en dos sentidos. Por un lado, la construcción como una forma de interpretación, pero que no se agota allí. También está la tarea de *construcción* que el analista hace, que no necesariamente interpreta, dado que no todas las escenas son pasibles de ser construidas en un relato. Para Lacan no se trata solo de recuperar recuerdos perdidos, sino que es más ambicioso; “quiere reconstruir el escenario donde la historia se despliega para ese sujeto, (...) la escena sobre la cual sube la escena del mundo del sujeto”, aquellos elementos que construyeron las escenas de la historia, las del fantasma y las del soñar (Rabinovich, 1993, p.50). Lacan quiere saber cómo se construyó la escena a través de los tres registros, e incluso con los restos de éstos tres. Con todo esto construirá el bricolage. Habrá momentos de deconstrucción y no tan solo de llegar a la escena vivida, olvidada y primitiva de Freud. Más allá de lo vivido y reconstruido quiere conocer qué es lo que hace posible que haya una escena constitutiva de un sujeto. “El orden simbólico, el *inconsciente estructurado como un lenguaje*, opera como un bricoleur que construye a

partir de lo que dispone, (...) tanto simbólico, como real e imaginario, que es diferente en cada historia, en cada caso”. La construcción de la escena lleva a pensar el espacio de un sujeto producto, dependiente, de los significantes y sus leyes, (Rabinovich, 1993, p.52).

La propuesta de Lacan es ambiciosa: Construcción, deconstrucción y atravesamiento del fantasma. Que alguien, análisis mediante, pueda llegar al punto en el que puede *pensar* no sólo las escenas que se representan en el escenario, sino el material mismo del que están hechas y el espacio en que el escenario está construido. Para lograr así salir de la captura, del secuestro subjetivo de la escena. Para vislumbrar, más allá de la escena como tal, lo que implica la capacidad de realizar un acto en coherencia con el deseo (Rabinovich, 1933).

Para Lacan, una vez que se pueda tener claro el significante, el *manejo* de cómo hacer para que el analizante, -según el tiempo en el que esté-, pueda tomar y tolerar las intervenciones ofrecidas por el analista, requerirá un manejo artesanal, de gran sutileza. Así como también, se precisa del cuidado de no caer en el *furor curandis* que lleva a querer levantar los síntomas con rapidez. Si algo está actuando como límite, como Nombre del Padre, habrá que ver qué lugar está cumpliendo en la estructura, antes de apurarse a levantarlo (Deus y Trigo, 2020).

A la luz del síntoma, Lacan se pregunta cuál es la operatoria del analista para vérselas con éste real que conforma el núcleo del sujeto y lo especifica cuando plantea el Nudo Borromeo. Dice que el analista opera de dos maneras: Tiene que hacer dos operaciones a la vez para que el analizante arme su nudo de un modo propicio. Una operatoria es la respuesta del analista acerca del enigma, del sentido de los síntomas desplegados por el analizante a lo largo del análisis. La segunda, es la que hace que un goce se haga posible. Una intervención, entonces, consiste en poner el sentido entre lo imaginario y lo simbólico obteniendo un sentido de los síntomas, -el sentido de los significantes que lo habitan, interpretándolos *a la letra* y descifrándolos-, y la otra, tocando entre lo real del goce parasitario y el síntoma. Cuando el analista proporciona la lectura calificada del criptograma del analizante, hace la lectura de la letra y es maravilloso. Pero si no toca el goce, la intervención analítica será solamente intelectual. No para hacer madurar el goce, sino para volverlo un goce posible, rectificando algo que estaba desviado de su propio goce. De este modo se irían encontrando salidas al

fantasma y al síntoma, gracias a la intervención del analista con sus consecuencias en los tres registros, permitiendo un corte para una nueva escritura (Deus y Trigo, 2020).

3.4.1 Clínica de pánico en la actualidad desde el dispositivo psicoanalítico.

Lo característico del fenómeno del ataque de pánico es la irrupción en la vida del sujeto de un episodio de intenso terror que no fue desencadenado por ningún hecho visible externo. Hallamos en Lacan que el pánico se puede pensar como una experiencia aterrizante que resulta de la pérdida sorpresiva de los parámetros simbólicos, que ordenan la experiencia subjetiva, dejando al sujeto en situación de indefensión. Es un terror puntual, de intensidad traumática, que desborda las posibilidades de manejar la cuestión y la capacidad de tramitación del sujeto dejándolo desvalido, desamparado. Se trataría de un terror aparentemente inmotivado, sin causa fenoménica ubicable, tanto desde el exterior como desde el punto de vista de la trama fantasmática, sin algo frente a lo cual el sujeto pueda decir *esto es lo que me aterroriza*, sino que se queda navegando en una sensación de vacío, sin trazo para la letra fantasmática que de una posibilidad de lectura. Cesado el ataque, el sujeto intenta restablecer con gran dificultad la trama fantasmática, la cual se encuentra desplazada, sin coordenadas para situarla dentro de su experiencia. En este caso *la lectura podrá hacerse desde la letra que dispone, que será su cuerpo*. Es decir, se concentra en sus síntomas corporales, los cuales interpreta con desesperación. Esto se presenta así en las diferentes categorías nosológicas y estructurales. Por eso, no es posible definir el pánico en relación a alguna de ellas en particular. Sin embargo, ya sea que el pánico se presente como un ataque aislado o como trastorno instalado tiene siempre la misma estructura. “Se trata de una estructura dentro de la estructura” (Iunger, 2013).

Lacan eleva al Padre al estatuto de un significante privilegiado que cumple una función determinante en la constitución subjetiva, de la que dependen los destinos de la estructura por venir (Urbaj, 2019). Según Iunger (2013), el trabajo analítico demuestra de modo implacable la conexión íntima del ataque de pánico con el verdadero peligro traumático, que se trata del colapso temporal de la función del Nombre del Padre, -no de su inscripción-, sino de su suspensión con respecto a un ámbito de la experiencia fantasmática, aunque no toda. El correlato necesario es el derrumbe subjetivo que acontece cuando se produce ésta suspensión temporal de su función (Urbaj, 2019).

Por lo general podría tratarse del padre mismo, de la muerte del padre o de su degradación, por ejemplo, por una larga enfermedad deteriorante, fracasos laborales, amorosos, una imagen degradada del padre porque ha habido mucha violencia en el ejercicio de la función paterna, alguien muy brutal, o un padre descalificado, o mucho conflicto en la relación entre la familia de la madre y la del padre. Vivencias en cuya trama ocupa un lugar central la caída de dicha función, -encarnada en la figura que soporta dicha función-, y donde se da el típico conflicto de ambivalencia: por un lado el amor al padre y por el otro la degradación de su figura (Iunger, 2013).

Según Urbaj (2019), puede presentarse en la clínica también como un jefe tiránico, un partenaire que ha tomado el rol de un superyó en su vertiente más feroz; o una escena en la que el sujeto se sienta llamado a responder con una solvencia que lo sobrepase ante una demanda sin límite, en la que carece de la eficacia de la función paterna que la acote; o ante una madre *devoradora* en la que no opera la función paterna que, -articulada a la castración-, le permita privarse, por amor, de hacer de su hijo totalmente su falo, es decir, ante una madre que en vez, haga de su niño plenamente el objeto de su goce fálico. En caso contrario, cuando la función paterna este operando en la madre, ella podrá, por amor, asumir su falta. Su hijo podrá ser parte de su deseo, pero no completamente. Podrá desear otra cosa, donde él no estará llamado a responder. El niño tendrá la posibilidad de ubicar que él no está implicado completamente en llenar su falta (Urbaj, 2019).

La clínica de Iunger (2013) constata que el tema del colapso temporal de la función del padre es general. Ocurre en todos los casos. Y si bien la clínica psicoanalítica es artesanal en general, en la clínica del pánico lo es especialmente, dado que es tarea difícil operar sin la presencia de parámetros fundamentales que ordenan la experiencia del sujeto y serán justamente esos parámetros los que se deberán *reconstituir* a partir del análisis. Para lograrlo, frecuentemente el abordaje implica un primer tiempo en el que *habrá que salirle al frente* al pánico mediante *operaciones de corte* al goce en el que se encuentra el sujeto en la vivencia del pánico. Intervenciones que acoten aquello que alimente la sintomatología y el padecimiento hasta que, avanzado el análisis, la sintomatología vaya encontrando un cauce más pacífico. Este tipo de intervenciones están lejos de ser instancias interpretativas y en estos casos suelen requerirse dado que la interpretación, al menos en un primer tramo de análisis, no resulta eficaz (Iunger, 2013).

Urbaj (2019) coincide y sugiere no apurarse en el tiempo de comprender. En base a su experiencia clínica, todos los sujetos con ataque de pánico refieren haber padecido situaciones de angustia extrema por vivencias traumáticas – de desvalimiento o desamparo psíquico- durante lapsos de tiempo prolongados en tiempos constituyentes. Estas vivencias habrían quedado aparentemente superadas, olvidadas, sin la menor importancia.

Se repite en las presentaciones de ataque de pánico, sujetos que no tienen registro de tener algún problema relacionado a su padecimiento. Por ejemplo, es común encontrar que “ni se dan cuenta que están haciendo cosas que no quieren hacer, o que dicen que sí cuando querrían decir que no” en algún ámbito de su vida, ya sea amistad, pareja o trabajo. Esta marca se articularía con una fuerza superyoica feroz y un sentimiento inconsciente de culpa que se terminaría configurando como rasgo de carácter de gran exigencia, autosuficiencia y sobre adaptación. Encuentra en esta secuencia y en la formación de este rasgo la causa etiológica que cree pertinente para este padecimiento. Frente a una situación que los someta a una presión extrema no se angustiaron, ni se perturbarán, pues saben ya como sobre-adaptarse. Más cuando no advierta lo sobrecargado que está, cualquier acontecimiento fortuito aún sin relevancia, podrá ser la gota que haga rebalsar el dique. Es por esto que, otro modo de intervención que encuentra acorde, será la de horrorizarse -ante los relatos de vivencias extremas contadas como sin importancia- devolviendo al sujeto una mirada de horror, llamando así a la angustia que antes no se presentaba a la cita (Urbaj, 2019, p.38).

La característica más típica es que el discurso suele presentarse como una tediosa explicación repetitiva de los síntomas aparentemente sin ninguna vinculación a la historia vital del sujeto. Este es justamente el primer desafío con el que se encuentra el analista frente a las neurosis de angustia, hoy llamadas ataques de pánico o pánico (Urbaj, 2019, p. 38). Si además, el trastorno de pánico se da con agorafobia, -cosa que en el pánico se da en altísima proporción, ocurre casi siempre-, la persona vive con una marcada tendencia al encierro y a la limitación de sus desplazamientos en su vida de relación. Sumado el sufrimiento físico, con el tiempo, estos pacientes viven con desesperanza, con pesimismo. Se rotulan muchas veces a sí mismos como enfermos graves. Análisis mediante y con el tiempo necesario, el sujeto podrá construir los parámetros simbólicos que le permiten ordenar la experiencia (Junger, 2013).

3.4.2 Transferencia en la urgencia.

A fines del siglo XIX, Freud deja fuera del campo de lo tratable todas las patologías cuya etiología no fueran producto del conflicto psíquico en los que se hubieran activado los mecanismos de defensa (Urbaj, 2019). Así, dejó de lado a la neurosis de angustia por no considerarla apta para abordarla desde el psicoanálisis: “El estudio más preciso de estos estados de angustia larvada y su distinguido diagnóstico de otros ataques es una tarea que los neuropatólogos deberían abordar con urgencia” (Freud, 1985, p.95). Pero dos décadas más tarde, planteó un segundo ordenamiento de lo que entra dentro o fuera del campo de lo tratable por el psicoanálisis, distinguiendo entre las neurosis narcisistas y las neurosis de transferencia, donde el eje central será la disposición y posibilidad de los pacientes de entrar en transferencia (Urbaj, 2019).

Así, Freud deja la pista de que la terapia reposa en la posibilidad de bajar las cargas sintomáticas a través de actuar sobre la ecuación etiológica (Urbaj, 2019). Para solucionar los síntomas habrá que remontarse hasta su génesis, hasta el conflicto del cuál nacieron, para llevarlo a un nuevo desenlace, con el auxilio esta vez, de las fuerzas impulsoras de la transferencia, que antes no estaban disponibles (Freud, 1917).

Si bien los pacientes que padecen ataques de pánico cuentan con la posibilidad de entrar en transferencia, traen consigo esta urgencia avasalladora que plantea una demanda muy exigente, difícil de manejar desde el comienzo que complica la entrada al lazo transferencial (Urbaj, 2019). El fenómeno de pánico, presenta esta particularidad que dificulta al analista darse el tiempo que habitualmente puede darse con respecto del síntoma. Se trata de una demanda paradójica. Por un lado la intensidad del padecimiento, y las quejas e insistencias en la descripción del padecimiento caracterizan los relatos que se hacen con una urgencia tal, que exige una rápida intervención eficaz. Al mismo tiempo, la habitual necesidad que se tiene desde el psicoanálisis para situar la cuestión que se presenta, se ve extremada. Este tipo de fenómenos no ofrece ese tiempo. Es preciso realizar un trabajo que nada tiene que ver con la atención flotante sino al contrario: O derivar a la psiquiatría que acallará el síntoma, sin borrarlo, colocando al fenómeno por fuera de lo analizable, fuera de nuestro campo; o abordarlo con los instrumentos que el psicoanálisis ofrece (Iunger, 2013). Sostener la apuesta del psicoanálisis quiere decir que retomamos la tesis freudiana del inconsciente que domina y decide nuestra voluntad. La consecuencia en la cura, se llama transferencia como puesta en acto de lo real del inconsciente (Vegh, 2001).

Urbaj (2019) coincide en la observación y también asiente que la atención flotante y la asociación libre como método ante estos casos son de una gran torpeza ante la urgencia y rigidez que presentan éstos pacientes y que, en cambio, -en contra de lo que se supone que un analista debería hacer, por correr riesgo a taponar la hiancia del inconsciente-, será preciso tranquilizarlos primero, dando las explicaciones que demandan, dado a que los nexos causales están rotos y ellos ya no los pueden encontrar. No hubo angustia que señalizara el peligro y es justamente la carencia de una trama discursiva que le permita comprender el desborde en el que se encuentran, lo que les hace estallar la estructura. Por lo tanto, en estos casos, será de importancia explicarles que sí hay causas lógicas para aquello que les pasa y habrá que producir la resignificación de los ataques como síntomas de un enigma a develar. Habrá que adaptar las herramientas con las que se cuenta desde el psicoanálisis y adecuarlas a las particularidades del fenómeno y a su tratamiento, creando las condiciones para que los pacientes puedan acceder al dispositivo analítico y no al revés.

Lacan, en Dirección de la Cura, dice que el análisis no se trata de dirigir al paciente, no se trata de una reeducación emocional; se tratará más bien de que el sujeto pueda estar mejor ubicado frente a lo real, es decir, tener un mejor vínculo con la castración, con la falta (Deus & Trigo, 2020); “la angustia lacaniana, es una vía de acceso al objeto *a*. Se la concibe como vía de acceso a lo que no es significativo” (Miller, 2013, p.21). Más adelante, en el trayecto del análisis se tratará de despegar algo de este goce desde la interpretación del síntoma. Al final del análisis, después del desciframiento, de la interpretación, luego de dejar al goce en evidencia y de operar con él, queda un resto del síntoma, un *núcleo incurable*, con el que finalmente se buscará que el paciente se identifique, que el análisis opere como marca, en el sentido de identificar ese resto de síntoma para tomar distancia con respecto al objeto *a*. El analista debe conducir al paciente a que forje un saber hacer con su síntoma (Deus & Trigo, 2020). Aunque, de todos modos, el análisis no se contenta con hacer desaparecer el síntoma o interpretarlo. Sino además, debe ir al corazón del ser del sujeto. Se parte del síntoma para llegar al núcleo de la neurosis (Deus y Trigo, 2020).

Unger (2013) ha notado en su casuística que, con frecuencia, la experiencia transferencial sostenida es un excelente protector contra el pánico. Lo constata el hecho de que el pánico suele aparecer inmediatamente después de la *interrupción* de un análisis. O viceversa, al retomar el análisis por parte de quien lo hubiera interrumpido y

que con el tiempo se encuentre sumergido en la experiencia del pánico, éste comienza a disminuirse al reinstalar el análisis. En parte por el trabajo analítico, como también por la eficacia que se produce gracias al ordenamiento básico de las coordenadas de la experiencia del sujeto, como consecuencia del funcionamiento de la transferencia.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo. Análisis de caso único.

4.2 Participantes

La paciente es una joven de 22 años, casada, madre de dos hijos de 5 y 3 años. Trabaja en peluquería. Al momento de la consulta refiere presentar ataques de pánico a diario desde hace ya dos años, y también desde entonces miedo intenso a salir a la calle y a morir. Refiere que salía únicamente para ir a la casa de su suegra, quien reside a la vuelta de su casa, por miedo a que le pase algo mientras estuviera en la casa con sus hijos. Llega a la consulta acompañada por un familiar, quien la esperó en la recepción durante toda la sesión, para acompañarla también en el retorno de vuelta hasta su casa y quien continuó en ésta modalidad a lo largo de todo el tratamiento para colaborar en que la paciente pudiera llegar hasta la consulta. Los ataques los experimentaba en cualquier momento del día, varias veces al día. También se despertaba con ataques de pánico en medio de la noche. Llega luego de haber pasado por muchísimas guardias médicas, tras haberse realizado todo tipo de estudios médicos, y haber pasado por muchos médicos. Los resultados de dichos estudios mostraron que no presentaba ninguna enfermedad orgánica y, por lo tanto, uno de los médicos le sugiere hacer una consulta psicológica. Contó que había tenido ya una primera entrevista con un psicólogo, quien le había dicho que lo que ella presentaba era una patología crónica, que debía tratarse con medicación psiquiátrica, y que no había nada más para hacer. Luego de esta experiencia decide consultar en ésta institución.

Mariana es la psicoanalista que la recibe en su segundo intento de iniciar un proceso psicoterapéutico y con quien permanece sosteniendo el tratamiento psicoanalítico a lo largo de dos años. Forma parte de la institución hace varios años. Es coordinadora académica en el espacio de posgrado de clínica de adultos y colabora con la docente y supervisora en el acompañamiento de los alumnos del posgrado.

4.3 Instrumentos

Se realizaron entrevistas semidirigidas a la terapeuta acerca del caso descripto. La primera entrevista fue informativa del caso, presentando una descripción detallada del motivo de consulta y un recorrido general de la evolución de la paciente a lo largo de su tratamiento.

Las siguientes entrevistas fueron también semidirigidas, apuntando a conocer el caso en mayor profundidad. Estas dieron cuenta, además de la sintomatología que presentaba, también cuales recuerdos o asociaciones había logrado análisis mediante en relación a sus vivencias y a su novela familiar. Permitieron reconocer los modos de intervención en la dirección de la cura, los efectos de dichas intervenciones en la evolución de la paciente a lo largo de su tratamiento. A partir de esta información se logró construir una viñeta detallada con la información aportada por la terapeuta que incluyó los detalles fundamentales para la comprensión profunda del caso.

4.4 Procedimiento

La recopilación de la información del caso se realizó mediante una primera entrevista telefónica con la terapeuta con una duración de un poco más de una hora. La misma consistió en una explicación general del caso, con los datos más relevantes, algunas de sus intervenciones más importantes, los resultados de las mismas y la evolución de la paciente en el transcurso de los dos años que duró su tratamiento. Luego, se realizaron tres entrevistas telefónicas más, que permitieron ahondar en detalles y precisiones para comprender en profundidad las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta. Estas últimas entrevistas fueron más específicas y de menor duración, -aproximadamente de 30 minutos cada una-, en un período de aproximadamente un mes.

5. Desarrollo

Introducción

La institución a la que acude la paciente ofrece atención desde el abordaje psicoanalítico. Es una institución privada, por lo tanto, no recibe subsidios pero mantiene, sin embargo, un perfil público con orientación comunitaria. Es decir, brinda asistencia a niños, adolescentes, adultos, parejas y familias a cambio de un bono voluntario que, aunque tiene un valor sugerido, luego se ajusta a la posibilidad de cada

paciente, sosteniendo firmemente que la salud mental es un derecho humano y que, como tal, debe estar al alcance de todos.

La paciente proviene de una familia compuesta por sus padres y 6 hermanos. Tiene una hermana gemela. Trabaja en peluquería. Tiene 22 años, está casada. Actualmente tiene dos hijos, de 5 y 3 años, fruto de éste matrimonio. Se fue a vivir con su marido en cuanto quedó embarazada de su primer hijo. Asiste a la consulta acompañada por un familiar.

5.1 Sintomatología de pánico y motivo de consulta que presenta la paciente al inicio de la terapia psicoanalítica.

Con el fin de preservar la confidencialidad del caso, se llamará a la paciente Jimena. La psicóloga describe el caso del siguiente modo: Jimena se presenta luego de haber pasado, durante el transcurso de los dos años previos a la primer consulta, por múltiples guardias médicas, tras haberse realizado todo tipo de estudios, y haber consultado con cantidad de médicos.

En aquellas ocasiones Jimena explicaba que experimentaba con mucha frecuencia malestar estomacal, palpitaciones, náuseas, sudoración, terror a morir, a desmayarse, miedo intenso de que algo le suceda y no poder proteger a sus hijos, miedo de volverse loca y dañar a alguien, e incluso miedo de salir de su casa. Tal como señala Iunger (2013), y como suele presentarse típicamente en estos casos, el discurso de la paciente resulta ser una explicación detallada y repetitiva de sus síntomas, sin ninguna vinculación aparente a su historia vital.

Los resultados de los estudios que le habían indicado realizar mostraron que no presentaba ninguna enfermedad orgánica, y finalmente, uno de los médicos le sugirió realizar una consulta psicológica. Desde la perspectiva médica se ignoraba qué podría ser aquello que le estaba ocurriendo a Jimena; no habría respuestas cuando el cuerpo se comporta como si la anatomía no existiera (Ziella, 2020).

Jimena contó que tuvo una primera entrevista con un psicólogo que le había dicho que lo que ella presentaba eran *ataques de pánico*, que se trataba de una patología crónica, que podría tratarse con medicación psiquiátrica y que no había nada más para hacer. Si bien esta respuesta vino del ámbito de la psicología, seguía respondiendo desde un modelo que comprende el cuerpo como regido por el principio de constancia (Ziella, 2020). Desde esta perspectiva se vincula al síntoma al campo objetivo de los signos clínicos y patológicos (Deus y Trigo, 2020); el síntoma es visto como aquello

defectuoso, que irrumpe la homeostasis natural. Por lo que, a través de la medicación, se le proponía eliminar o reemplazar el síntoma, como carente de valor en sí mismo (Ziella, 2020). Esta primera consulta resultó frustrante y un tanto desesperante para Jimena. El panorama que se le presentaba era el de estar padeciendo una patología supuestamente crónica, sin esperanza de cura, y donde la salida que se le proponía era por medio de la medicación de por vida, a la cual se resistía por presentar además malestares gástricos.

No obstante, luego de esta experiencia, consulta en la institución la cual trabaja desde un abordaje de orientación psicoanalítica. La paciente elige esta institución porque se la habían recomendado, y entendía que era un lugar de formación y de gran trayectoria.

Jimena decide dar lugar a la consulta psicoanalítica, cuya perspectiva, hasta donde entendía, gira en torno al síntoma. El psicoanálisis parte del síntoma como formación de lo inconsciente, y lo articula con la palabra (Deus y Trigo, 2020). Comprende el cuerpo como aquello que habla de otra manera, ligado a otro orden, mientras que a la vez permanece conectado con el factor orgánico; ubica lo inconsciente como aquello que media entre el cuerpo y la mente (Ziella, 2020).

El motivo de consulta que plantea en la primera entrevista es que desde hace dos años experimenta, según le habían diagnosticado, los llamados *ataques de pánico*. Jimena decía presentarlos varias veces por día, varias veces por semana y que esto había comenzado a inhibir su vida personal, laboral y social. Al explicar sus síntomas, Jimena refería que éstos comenzaban con un *mal de estómago*. Cuando esto comenzaba a suceder, ella identificaba que le *estaba agarrando* o le *estaba viniendo* el ataque de pánico.

La analista ratifica que la descripción de los ataques relatados por Jimena coincidía con un cuadro clínico, descrito por Freud en 1895, el cual distinguió como neurosis de angustia. Se trata de una presentación de grado llamativo de angustia expectante, pudiendo aparecer desligada de cualquier condición, como un ataque gratuito tan incomprensible para el analista como para el enfermo, quien no sabe decir qué es eso ante lo cual se angustia. Comprende síntomas de irritabilidad general incapaz de ser tolerada, expectativa angustiada – la cual refiere como una inclinación al pesimismo, una angustia libremente flotante que los enfermos mismos discernen como

una suerte de compulsión y que, cuando es referida a la propia salud, reserva la designación nosológica de hipocondría- que a veces se mantiene latente o puede irrumpir como ataque de angustia, sin una representación asociada, o confundiendo con la interpretación más espontánea, como el miedo a volverse loco (Freud, 1895).

Del mismo modo, Jimena afirmaba que vivía temiendo que *algo le pasara y no poder proteger a sus hijos*; temía *volverse loca y lastimar a su marido*. Tal era el miedo a lastimarlo que había resuelto llevar siempre consigo un pañuelo en su cartera, *en caso de que si lo intentara pudieran atarle las manos*. Finalmente esto nunca sucedió, pero ella llevaba el pañuelo en la cartera de manera preventiva.

Además, la descripción de Freud (1895) especifica que el cuadro puede presentar parestesia o perturbación de una o varias de las funciones corporales tales como la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz y la actividad glandular, manifestando quejas por espasmos en el corazón, falta de aire, sudoración, hambre insaciable, diarrea, vértigo y congestiones; podía presentar también terror nocturno y ser proclive a desarrollar agorafobia.

Jimena presentaba perturbación de varias de éstas funciones corporales, las cuales describía como *falta de aire, palpitaciones, sudoración, malestares gástricos* y, con mucha frecuencia, presentaba también terror nocturno en los que *se despertaba con ataques en medio de la noche*. Además, en general, estaba constantemente *temiendo que los ataques de pánico volvieran, o temiendo morir*.

La sintomatología que presentaba Jimena coincidía también con la descripción nosológica según la Asociación Americana de Psiquiatría – A.P.A (2013), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V (5ª ed.). En los criterios diagnósticos se especifica al ataque de pánico como la aparición súbita de miedo o malestar intenso, -que puede producirse tanto desde un estado de calma como desde un estado de ansiedad-, que alcanza su máxima expresión en minutos y durante dicho tiempo deben producirse al menos cuatro o más síntomas específicos, dentro de los cuales Jimena presentaba palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor, dificultad para respirar, sensación de ahogo, malestar abdominal, miedo a enloquecer o perder el control y miedo a morir.

Si bien en ocasiones los síntomas de Jimena podían presentarse de forma aislada, desde la perspectiva psicoanalítica se sostiene que el ataque puede estar subrogado por

un único síntoma intensamente desarrollado, mientras que incluso el sentimiento general de angustia podría faltar o hacerse borroso. Todos estos estados son considerados como fenómenos equivalentes de la angustia (Freud, 1917), dado que, en un principio, estos síntomas no admiten derivación psíquica, no se comportan como usualmente lo hacen los síntomas (Staralísis, 2018) analíticos. En cambio, tal como Jimena afirmaba que le sucedía, los ataques irrumpían en cualquier momento. Irrumpían como angustia automática, el tipo de angustia que aparece ante una situación de peligro traumático, arrasando la subjetividad (Urbaj, 2019), produciendo una desconexión temporal entre el universo simbólico y su experiencia imaginaria; causando que, por más de que dispusiera aún del lenguaje y su retórica, no pudiera así disponer de los nexos causales ni de los nombres que nominan el registro de su experiencia (Iunger, 2013). Por eso es que Jimena no encontraba vinculación entre los ataques que le sobrevenían y los eventos de su historia vital. Como explica Urbaj (2019), la carencia de una trama discursiva que permita comprender el desborde que sobreviene cuando no hay angustia que señalice el peligro, es justamente lo que hace estallar la estructura.

Además, el cuadro de Jimena se presenta con agorafobia, lo cual suele darse en altísima proporción y ocurre casi siempre (Iunger, 2013). Relata que desde hace dos años no podía salir a la calle, ya que eso le generaba mucho miedo. Tampoco se animaba a quedarse sola en la casa con sus hijos, siendo que temía que los ataques volvieran estando sola con ellos. Como menciona Iunger (2013), sumado al sufrimiento físico, este padecimiento se vive con una marcada tendencia al encierro al limitar los desplazamientos en la vida de relación y, con el tiempo, el paciente se acostumbra a vivir en constante desesperanza, miedo y pesimismo.

La analista tenía presente que, tal como señala Freud (1936), la agorafobia tiene un vínculo estrecho con la angustia: aquella que se le presenta al agorafóbico cada vez que intenta salir. Así pues, gracias a esta angustia que le impide salir, es que se ahorra el ataque de angustia que advendría si efectivamente consiguiera salir por sí solo. Por eso es que, lejos de buscar eliminar o reemplazar el síntoma, como se intenta hacer desde la perspectiva médica (Ziella, 2020), la psicoanalista se proponía indagar acerca de qué lugar estaría cumpliendo dicha angustia en la estructura de Jimena; sin caer en el furor curandis que llevaría a apurarse en levantar el síntoma con rapidez (Deus y Trigo, 2020).

No obstante Jimena llega a la consulta afirmando, una y otra vez, *tengo que poder*, al mismo tiempo, -como expresaría Urbaj (2019)-, traía una urgencia avasalladora que planteaba una demanda muy exigente y difícil de manejar desde el comienzo, que complicaba la entrada al lazo transferencial. Su analista comprendía que, como postula Freud (1926), la reacción de angustia, que irrumpe de manera automática en este tipo de presentaciones, se genera a partir de un estado de desvalimiento del yo, por una tensión exacerbada tal de necesidad de descarga de libido no aplicada, similar al estado de necesidad y desvalimiento del yo en el nacimiento. Por lo tanto, la analista tenía claro que, como sostiene Iunger (2013), la intensidad del padecimiento en estos casos, las quejas e insistencias en los relatos descriptivos tan característicos de este padecimiento son de una urgencia tal que, a su vez, exigen una rápida intervención eficaz.

Esta demanda dificultaba a la analista darse el tiempo que habitualmente le era posible con respecto al síntoma, ya que la habitual necesidad que se tiene desde el psicoanálisis para situar la cuestión que se presenta se ve extremada, siendo que este tipo de fenómenos no ofrece ese tiempo (Iunger, 2013). Por esto, para la analista era preciso realizar un trabajo que nada tuviera que ver, al menos en un principio, con la atención flotante ni con la asociación libre ya que éstas serían de una gran torpeza ante la urgencia y rigidez (Urbaj, 2019) que presentaba Jimena en ese momento. Por lo tanto, la analista tenía claro que, como propone Urbaj (2019), debía adaptar las herramientas con las que contaba desde el psicoanálisis para adecuarlas a las particularidades del fenómeno y a su tratamiento, creando las condiciones para que Jimena pudiera acceder al dispositivo analítico. Debía abordarlo, como sostiene Iunger (2013), con los instrumentos que el psicoanálisis ofrece, lo cual no impedía acudir al auxilio psiquiátrico, en caso de que fuera necesario, para permitir una regulación del síntoma que mitigue el sufrimiento y posibilite el discurso.

En palabras de Vegh (2001), la analista de Jimena, como todo psicoanalista, opta por inclinarse ante el discurso de su paciente como sujeto. Así podría ayudarla a que ella también aprenda a inclinarse ante la verdad de su inconsciente. Entonces el goce coagulado que la aprisionaba podría caer y recuperar su gusto por la vida.

5.2 Describir cómo se pensaron y aplicaron las intervenciones del dispositivo psicoanalítico que permitieron abordar la crisis de angustia durante su tratamiento.

La analista comprendía que lo que debía hacer en primera instancia sería, tal como propone Polak (2020), comenzar por enmarcar la angustia, es decir, enmarcarla para conducirla a orillas del síntoma, dado que, una vez que hubiera síntoma, éste funcionaría como faro (Deus y Trigo, 2020); una vez que hubiera síntoma, se podría ligar la angustia desprendida -que por lo pronto se presentaba sin mediación psíquica-, propiciando la mediación psíquica (Polak, 2020).

Tal como explica Iunger (2013), había que reconstruir –análisis mediante-, los parámetros que ordenaran la experiencia de Jimena. Para lograrlo, el abordaje implicaba un primer tiempo en el que había que salirle al frente al pánico mediante operaciones de corte al goce de la vivencia del pánico que acotaran aquello que pudiera estar alimentando la sintomatología y el padecimiento hasta que, avanzado el análisis, la sintomatología fuera encontrando un cauce más pacífico.

La primera intervención de la terapeuta entonces, fue valorar la perseverancia de Jimena recalcando su pedido de ayuda a pesar de haber pasado por una mala experiencia, logrando de este modo alojarla, ofreciéndole el espacio de escucha respetuosa en el que ella pudiera comunicar su padecimiento. Le explicó además, tal como aconseja Urbaj (2019), que había causas lógicas para lo que le estaba sucediendo y que había que producir la resignificación de los ataques como síntomas de un enigma a develar.

Luego le explicó que lo que a ella le estaba sucediendo tenía una vinculación significativa con la angustia y que, como analista, la ayudaría a entender de dónde venía esa angustia que le generaba los ataques de pánico. Esta intervención estaba lejos de ser una instancia interpretativa, dado que, tal como argumenta Iunger (2013), la analista también tenía en cuenta que la interpretación, al menos en éste primer tramo del análisis en un caso como éste, resultaría ineficaz (Iunger, 2013). Gracias a la explicación que Jimena recibió de la analista, tomó conocimiento acerca de que lo que le pasaba tenía un sentido, además de un nombre y un tratamiento posible. Esto le aportó la confianza suficiente para continuar asistiendo a las consultas cada semana.

Según la analista, el tratamiento de un caso como el de Jimena requería de un manejo artesanal, tal como expresan Deus y Trigo (2020), de gran sutileza, para lograr que la paciente pudiera tomar y tolerar las intervenciones ofrecidas. La analista tenía claro que, en general, ofrecer un nombre de un diagnóstico, cual etiqueta, en el sentido

de una categoría fija de aquello que la hacía padecer, no sería lo que se acostumbra hacer desde el psicoanálisis. Pero también recordaba que, tal como afirma Urbaj (2019), en casos como éste, adecuarse a las particularidades del fenómeno creando las condiciones para que ella pudiera acceder al dispositivo, sería lo que resultaría beneficioso. Por eso era preciso tranquilizarla primero, dándole las explicaciones que demandaba.

Del mismo modo sucedió con las siguientes intervenciones que introdujo, ofreciendo algunas tareas dirigidas, muy concretas y específicas a realizar durante el tiempo que transcurriera entre una sesión y la siguiente. La primera consistió en obtener un cuaderno de registro, el cuál debía tener siempre a mano, en el que pudiera ir registrando todos los ataques que tuviera hasta la siguiente sesión, anotando fecha y hora. Este es un claro ejemplo de cómo la analista consiguió ofrecer condiciones desde el dispositivo para que Jimena pudiera acceder al mismo, creando el espacio que habilitara tanto a la palabra como a la escucha analítica.

La analista comprendía que, tal como explica Iunger (2013), la experiencia aterrizante que resulta de la pérdida sorpresiva de los parámetros simbólicos que ordenan la experiencia subjetiva, dejaban a Jimena en estado de indefensión. En términos de Iunger (2013), el terror de intensidad traumática que desbordaba sus posibilidades de manejar su capacidad de tramitación, la dejaba desamparada. Se trataba de un terror aparentemente inmotivado, sin causa fenoménica ubicable desde el exterior, ni desde el punto de vista de la trama fantasmática. Es decir, desde lo que como sujeto percibe como su realidad psíquica, su posición en ella, y la implicancia en lo que concierne a su ser y en su relación al Otro (Alberro, 2001). Jimena no podía decir qué era aquello que la aterrizzaba; en vez, se quedaba navegando en una sensación de vacío, sin trazo que le diera una posibilidad de lectura. Después de los ataques, ella intentaba comprender con gran dificultad aquello que le ocurría. Tal como describe Iunger (2013), que suele suceder en estos casos, la trama fantasmática se encontraba desplazada, sin coordenadas para situarla dentro de la experiencia. Así, a Jimena solo le era posible atribuir su vivencia a los síntomas físicos que le sobrevenían, los cuales interpretaba con desesperación, creyendo que estaba teniendo un ataque cardíaco o alguna afección de origen orgánico. En este caso entonces, tal como expresa Iunger (2013), la lectura podía comenzar a hacerse desde el cuerpo, siendo esta la letra de la que disponía.

Esta intervención resultó, de hecho, ser efectiva, dado que una semana después, Jimena llegó a la siguiente sesión con un cuaderno lleno de anotaciones. Según había anotado, había tenido varios episodios, varias veces al día. Viendo que la paciente había respondido cumpliendo con el ejercicio, le indicó, en una siguiente instancia, comenzar a anotar qué estaba haciendo en el momento del ataque y en qué estaba pensando.

A partir del material que comenzó a registrar Jimena en su cuaderno, fue que pudo comenzar a desplegar algo del orden de la palabra, y de este modo también se comenzó a enmarcar la angustia. Como menciona Polak (2020), enmarcar la angustia posibilita comenzar a conducirla a orillas del síntoma, el cual se podría luego ligar. Tal como enfatizan Deus y Trigo (2020), lo real del síntoma es el asunto principal del psicoanálisis y es el norte a tener en cuenta en la dirección de la cura. Mientras que en la medicina el síntoma está vinculado al campo objetivo de los signos clínicos y patológicos, el psicoanálisis hace girar el análisis en torno al síntoma, partiendo de él y apuntando a la neurosis. El síntoma como formación del inconsciente articula la angustia con la palabra; en tanto estructura significante remite al sujeto (Deus y Trigo, 2020). La psicoanalista sabía entonces que debía conectarse con el mundo de significantes de Jimena, ya que, como afirma Rabinovich (1993), de allí en más habría historia, discurso y hasta conflicto de discursos. Y finalmente en el discurso podría ella implicarse como sujeto.

Sin embargo, la analista sabía que debía por un lado tranquilizarla, mientras que a la vez no debía apurarse en el tiempo de comprender, teniendo presente, tal como explica Urbaj (2019), que en el caso de las neurosis de angustia no hay, al menos a priori, un síntoma definido que se presente en el discurso. Faltando el enlace a los contenidos psíquicos, la analista sabía que la situación de Jimena llamaba con urgencia a una maniobra clínica orientada a su restitución como sujeto. Como postulan Deus y Trigo (2020), en estos casos la maniobra que se requiere es la de construcción. *Construir el síntoma* era entonces la primera tarea a realizar en el trabajo analítico.

Las anotaciones que realizaba Jimena fueron efectivamente permitiendo, de a poco, -en el transcurso del análisis que en total duro aproximadamente dos años-, comenzar a poner en palabras. Así, empezó a aparecer en las consultas, -además de todo lo precipitado en el cuerpo-, algo del orden de lo simbólico que pudo comenzar a ubicar en relación a lo que ella sentía en aquellos momentos en que los ataques irrumpían.

Comenzó a poner palabras los temores en relación al miedo a morir, a hacerle algo malo a su marido, a lastimar a sus hijos o dejarlos desprotegidos. Esta tarea le permitió desplegar contenido acerca del por qué ella creía que tenía esos temores, o el por qué sentía que podía llegar a poner en riesgo a otros. De este modo, pudo comenzar también a hablar acerca de su historia infantil, su novela familiar. En la medida en que pudo simbolizar cada vez más y poner en palabras su historia, pudo también hacer asociaciones entre algunos recuerdos y escenas que se relatan a continuación. Recuerdos que hasta ese entonces Jimena tenía olvidados y con los que se pudo ir trabajando en el transcurso de la terapia.

Por ejemplo, trajo un recuerdo de un almuerzo familiar en el que comenzaron a llegar amigos del trabajo del padre, quienes se sentaron a la mesa, comenzaron a tomar alcohol y terminaron emborrachándose. Jimena recordó haber comenzado a sentirse incómoda y haberse levantado de la mesa. Mejor dicho, en el contexto del análisis comenzaba a registrar, que en aquel momento se había sentido *mal por algo*, que no había logrado registrar antes, y ahora que lo registraba aún no lograba identificar qué era aquello que la había hecho sentir incómoda.

Trabajaron mucho con esa escena. La analista intervenía preguntando acerca de *qué podía haber sido*, si alguna mirada, o acerca de si las personas que estaban en la mesa eran personas que ya conocía, si eran visitas frecuentes, etc. Las intervenciones nuevamente tuvieron que ver con *construcciones*. Es decir, la analista *le prestaba palabras para que la paciente pudiera expresar algo que por sí sola no estaba pudiendo*. Por ejemplo, una pregunta de la analista fue *si en ese entonces había sentido que había habido en esa mirada algo del orden de lo abusivo*. Este tipo de intervenciones ayudaron a que ella pudiera terminar de armar la escena y ubicar lo que había sentido. Así, como diría Rabinovich (1993), al hablar acerca de las distintas escenas de su vida, Jimena iba construyendo una especie de bricolage, a partir del cual, desde el lugar de la analista, había que orientarse sin saber en absoluto qué partes de ese bricolage serían valiosas, cuáles no, cuáles serían importantes y cuáles no lo serían. No se podía saber a priori qué organizaba las escenas ni sus repertorios, nada que diera una clave acerca de cómo fueron construidas dichas escenas fundamentales. La clave la tenía Jimena, quien había comenzado a hablar. La función de la analista pudo comenzar a ser entonces la de escuchar y cual bricoleur, juntar, acumular los elementos del bricolage. Las intervenciones de construcción de la analista habrían sido, según la

mirada de Rabinovich (1993), en dos sentidos. Por un lado, la construcción como una forma de interpretación, que sin agotarse allí también resultaba una forma de reconstrucción del escenario donde la historia se había desplegado para ella y de aquellos elementos que construyeron las escenas de dicha historia, del fantasma y del soñar.

En términos de Rabinovich (1993), la analista advierte que en el análisis habrá seguramente momentos de deconstrucción y no tan solo de llegar a la escena vivida, olvidada y primitiva. Más allá de lo vivido y reconstruido habrá que conocer qué es lo que hizo posible que haya una escena constitutiva. El orden simbólico, el inconsciente estructurado como un lenguaje, operará como un bricoleur, que construye a partir de lo que dispone, tanto en lo simbólico, como en lo real y en lo imaginario, que será particular en la historia de Jimena.

Jimena comenzaba a tener cierto registro, desde el cuál podía comenzar a preguntarse acerca del lugar que tenía en relación al Otro. Como expresa Tomas (2016), esto es propio de la actividad del sujeto. De alguien que puede pensar en su posición en relación a Otro, quién se es para el Otro. Este fue un gran paso en el análisis, ya que hasta ese entonces ésta posibilidad de operación estaba obstruida. Jimena no disponía de una hiancia que le posibilitara cuestionarse acerca de los dichos del Otro (Tomas, 2016). La analista refiere que, oportunamente, este tipo de interrogantes que Jimena comenzaba a permitirse abrir, comenzaban a posibilitar la articulación de su angustia con el fantasma; es decir, en palabras de Alberro (2001), le permitía comenzar a responderse acerca de sus escenarios inconscientes, –a los que se encontraba sujeta sin saberlo-, buscando saber acerca de lo que concerniría a su ser, definiendo así un fantasma y a sí misma posicionada en él.

Con el paso del tiempo Jimena logra encontrar en este recuerdo una mirada lasciva de uno de los amigos del padre, *que a ella la hizo sentir mal*, mientras que el padre hacía comentarios aludiendo a la belleza física de su hija, comentario que le hizo sentir que la *ofrecía en bandeja*.

La analista pudo ubicar a través de este relato y otros relatos de escenas similares, la conexión íntima del padecimiento de Jimena con el verdadero peligro traumático, que como afirma Iunger (2013), suele presentarse de forma implacable en sujetos con ataques de pánico. El verdadero peligro traumático se trata del colapso

temporal de la función del Nombre del Padre (NP), -no de su inscripción-, sino de su suspensión con respecto a un ámbito de su experiencia fantasmática, aunque no de toda. Explica Urbaj (2019), que el correlato necesario entonces, es el derrumbe subjetivo que acontece cuando se produce ésta suspensión temporal de la función NP. Según Iunger (2013), por lo general podría tratarse del padre mismo, de la muerte del padre o de su degradación, -tal como la analista entendía que sucedía en el caso de Jimena-, quien en distintas ocasiones había relatado que había recibido mucha violencia de su parte. Por su relato, la analista escuchaba que había sido alguien muy brutal, y que había habido mucho conflicto también en la relación entre su padre con su madre. Según la analista, y tal como expresaría Iunger (2013), Jimena había vivido múltiples escenas en cuya trama ocupaba un lugar central la caída de la función paterna encarnada en la figura de su padre, y se encontraba en el típico conflicto de ambivalencia: por un lado el amor hacia él y por el otro la degradación de su figura.

La analista refiere haber observado en el caso de Jimena lo que en los ataques de pánico es un signo característico: encontrar que durante la infancia y adolescencia ha ocurrido un proceso de sobre adaptación en relación a todo lo que tenía que ver con las emociones y la angustia. Tal como sostiene Urbaj (2019), quienes tienen este padecer, se han acostumbrado a desestimar la angustia y las emociones desde muy temprano, quitándoles total importancia, aplacándolas. Esto se termina configurando en ellos como rasgo de carácter de gran exigencia, autosuficiencia y sobre-adaptación. En esta secuencia se da la formación de este rasgo relacionado a la causa etiológica pertinente para este padecimiento, haciendo que luego, frente a una situación que los someta a una presión extrema, no se angustien ni se perturben, pues ya han aprendido como sobre-adaptarse. Más, cuando no advierten lo sobrecargados que están, cualquier acontecimiento fortuito aún sin relevancia, resulta ser la gota que rebalsa el vaso.

Es por esto que la analista aplica otro modo de intervención, -que también Urbaj (2019) sugiere como acorde ante este tipo de situaciones-, que es la de horrorizarse ante los relatos de vivencias extremas contadas como sin importancia, devolviendo a Jimena una mirada de horror, llamando así a la angustia que antes no se presentaba a la cita. Quizás, la mirada de aquel hombre a ella le había generado, por ejemplo, pudor, vergüenza, incomodidad, angustia; pero en ese momento, lo descartó. Por eso mucho tiempo después y, análisis mediante, pudo recuperar la escena, pudo además comprender que esa situación, aún al recordarla en el presente, le generaba la misma

sensación y, al hacerlo, pudo también identificar de qué tipo de sensación se trataba. Todo ese trabajo de reconocimiento acerca de qué sentía cuando se acordaba de la mirada del amigo del padre y acerca de cómo el padre *la entregaba*, -lo que la analista refiere como una situación tremendamente incestuosa-, pudo ser elaborado por medio del análisis.

Cuando la analista le explica a Jimena *que la causa de lo que le acontece está relacionada a la angustia* y le pregunta acerca de *por qué cree ella que tiene estos ataques, o si pensaba que podían tener alguna relación con algún evento que le hubiera generado angustia*, Jimena relaciona que había estado embarazada de gemelos hace unos años, y que en un control médico le comunicaron que sus hijos tenían malformaciones producidas por una enfermedad que, según le habían explicado tras realizarse un estudio, haría que murieran a las horas de nacer. Luego de esto le informaron que había que inducir el aborto de los bebés a la semana siguiente. Relata que toda esa semana lloraba sin parar, que sentía mucha culpa porque, además de la pérdida de sus hijos, tenía mucha ilusión de tener hijos gemelos, ya que al ser ella gemela sabía de la conexión que se tiene entre hermanos gemelos: una conexión más profunda que la que se tiene con otros hermanos y que además no estaba para nada de acuerdo ideológicamente con las prácticas de aborto. Cuenta que los momentos más terribles para ella eran cuando tenía que bañarse, que no podía verse desnuda ni mirarse la panza, que lloraba y acariciaba la panza todo el tiempo intentando despedirse de sus bebés que ya tenían nombre.

Cuando una semana después llega a realizarse la práctica del aborto a la consulta médica, le cuentan que sus bebés ya habían muerto, lo cual le produce la ambivalencia de sentir, por un lado cierto alivio, ya que entonces *no habría sido ella quien habría matado* a sus bebés y esto la liberaba de la culpa de tener que acceder a la práctica médica. Pero, por el otro lado, se le presenta aquello del orden de lo ominoso, de lo siniestro y horroroso, que era *haber tenido a sus hijos muertos en su cuerpo*. Le realizan el aborto, luego ella sale del hospital ese mismo día y *continúa su vida normalmente*, con la tristeza inmensa que implicaba la pérdida y tener que afrontar además la situación de explicar a todos sus conocidos lo que había ocurrido con los bebés. Pero sencillamente vuelve a su casa y continúa con su vida *normalmente*. Una vez más aparece aquí una articulación en línea con lo que Freud enunciaba al respecto: La angustia suele presentarse ante aquello del orden de lo ominoso; aquello que permite

comprender el paso de lo familiar a lo opuesto. Lo *ominoso no sería algo nuevo o ajeno, sino algo familiar y antiguo de la vida anímica, aunque enajenado de ella por la represión* (Sauval, s/f). Para Lacan (1936), el afecto de angustia no está reprimido. La angustia puede presentarse a la deriva, desplazada, loca, invertida o metabolizada, pero no reprimida, sino más bien, son los significantes que la amarran los reprimidos.

Todas estas vivencias que Jimena ahora podía ubicar y relatar en el marco del trabajo analítico, habrían quedado antes *aparentemente* superadas, olvidadas, sin la menor importancia. La analista tenía en cuenta que era común encontrar, en las presentaciones de ataque de pánico, sujetos que no tuvieran registro alguno de tener algún problema relacionado a su padecimiento. Según Urbaj (2019), es común encontrar, por ejemplo, sujetos que no se dan cuenta que están haciendo cosas que no quieren hacer, o que dicen que sí cuando querrían decir que no en algún ámbito de su vida, ya sea amistad, pareja o trabajo. Tal como afirma la analista, *esto no sucede sin un costo*. Ambas notaron que los síntomas de los ataques de pánico comenzaron a presentarse exactamente un año después de este evento. Según Freud (1917), para solucionar los síntomas, hay que remontarse hasta su génesis, hasta el conflicto del cuál nacieron, para llevarlos a un nuevo desenlace, con el auxilio esta vez, de las fuerzas impulsoras de la transferencia, que antes no estaban disponibles.

La analista le preguntó a Jimena si había hecho una despedida de sus bebés. Así intentaba conocer cómo habría sido el proceso de duelo de sus hijos. Jimena refirió que no. A lo que la analista le propuso entonces acompañarla a abordar el duelo, propuesta que Jimena aceptó. La intervención de la analista, en este caso, tuvo que ver con preguntarle acerca de *si conocía algún lugar donde ella sintiera que podía elegir para conectarse con lo sucedido*, un lugar físico que pudiera ubicar para ir a hacer el duelo y despedirse. Jimena pensó acerca de esta propuesta a lo largo de una semana y volvió a la siguiente sesión contando que *había encontrado un lugar*. Refirió acerca de un lugar que conocía, cerca del río, que creía que podría ser el lugar indicado.

En siguientes sesiones Jimena contaba que había ido varias veces al lugar elegido, acompañada de su marido y que había podido despedirse. Que también, a partir de esto, su angustia había bajado muchísimo. Aunque continuaban presentándose los ataques de pánico, éstos comenzaban a reducirse en cantidad a lo largo del día. Estos aún continuaban surgiendo, pero ahora comenzaban a intensificarse durante la noche, antes de irse a dormir.

Ante esta situación, la intervención de la analista fue indicarle que si necesitaba llamarla por teléfono podía hacerlo. Ante esta propuesta, Jimena comenzó a llamarla a toda hora, a veces en horarios muy tarde por la noche o incluso de madrugada, con desespero, cuando se le presentaban los episodios.

La siguiente intervención fue solicitar una interconsulta psiquiátrica para ayudar con medicación a bajar los síntomas y poder descansar mejor de noche, ya que la analista, en consonancia con lo que menciona Iunger (2013), estaba de acuerdo en acudir al auxilio psiquiátrico cuando fuera necesario, para permitir una regulación del síntoma que mitigue lo insoportable del sufrimiento y posibilite el discurso, siendo muy difícil situarse en el plano del discurso cuando el sufrimiento es de intensidad tal que -a menos que se lo disminuya en cierto grado- impide la instancia de la palabra.

Si bien Jimena se resistía a tomar medicación, -por los malestares gástricos que presentaba-, accedió de todos modos a realizar la interconsulta ante la solicitud y sugerencia ofrecida por su analista. El psiquiatra le indicó tomar Paroxetina en la dosis más baja. Jimena la tomó dos veces y se sintió tan mal que decidió renunciar una vez más a la medicación, esta vez proponiéndose *hacer un esfuerzo mayor para ponerse mejor*. Buscando sentirse mejor encuentra una alternativa a la medicación, a través de unos videos en internet, de un médico que enseñaba técnicas de respiración específicas para los ataques de pánico. Empieza a practicar estas técnicas y le cuenta a la analista que notaba una gran mejoría. Refiere que la ayudaban mucho a disminuir los síntomas que se le presentaban a lo largo del día, pero no así los que se le presentaban de noche, que aún la perturbaban mucho.

La analista interviene, por un lado, habilitando, avalando y estimulando que ella realice estas prácticas siendo que la ayudaban a reducir los síntomas. En este sentido, Lacan decía que el análisis no se trata de dirigir al paciente, ni se trata de una reeducación emocional: se trata más bien de que el sujeto pueda estar mejor ubicado frente a lo real (Deus & Trigo, 2020). Mientras tanto, la analista indagaba acerca de por qué creía ella que los episodios se habrían intensificado al llegar la noche, o *qué pasaba cuando se acercaba la noche*. Ante esta pregunta Jimena trajo otro recuerdo en relación a las situaciones de violencia y vulnerabilidad sufridas en su familia de origen. Jimena cuenta que su padre había sido un hombre muy violento, que acostumbraba pegar y golpear. Cuenta que él trabajaba en una fábrica y recuerda que cuando llegaba a la tarde a la casa después de trabajar era cuando *empezaba la pesadilla*. Recordó escenas en las

que había visto a su hermana tirada en el piso y al padre pateándola en la panza. Recordó los gritos de su madre cuando sus padres tenían relaciones sexuales, en los que parecía que la estaba violando. Cuenta que ella iba al colegio con marcas en el cuerpo, moretones, y que nunca había habido en su vida un tercero que hubiera intervenido para ayudar. Sólo una vez un preceptor le había ofrecido hacer una denuncia, pero ella respondió que no, por miedo a que si lo hacía el padre *la lastimara*. El preceptor nunca realizó la denuncia. Vivió muchas escenas de violencia de este tipo y también de vulnerabilidad socio-económica, en las que hubo días en que pasaron hambre. Una vez más, en esta secuencia de relatos se ve, conforme con lo que postula Junger (2013), la imagen degradada del padre tras las situaciones de violencia vividas en su infancia, en el ejercicio de su función. De acuerdo con Urbaj (2019) es posible identificar también el tipo de situaciones en las que estuvo llamada a responder con una solvencia que la sobrepasaba ante demandas sin límite, en la que faltó la eficacia de la función paterna que las acote. Urbaj (2019) afirma que todos los sujetos con ataque de pánico refieren haber padecido situaciones de angustia extrema por vivencias traumáticas, –de desvalimiento o desamparo psíquico–, durante lapsos de tiempo prolongados en tiempos constituyentes. En el caso de Jimena, en toda la secuencia de escenas que relata en relación a su padre, se puede ubicar cómo ante aquellas situaciones ella quedaba atestiguando, escuchando o mirando las escenas, posicionada como objeto, sin poder intervenir para hacer tope ante las mostraciones de su padre.

Jimena pudo recordar que, cuando el padre llegaba a la casa después de trabajar, y comenzaban las escenas de violencia en su casa, comenzaba a experimentar también en esos momentos la sensación que ella nombraba como *mal de estómago*: comenzaba con las sensaciones en la panza, luego se le aceleraba el corazón y sudaba. Recordó también que fue al quedarse embarazada, siendo una jovencita de alrededor de 16 años, cuando se animó por primera vez a decirle al padre *vos no me pegas más* y, acto seguido, se fue de su casa.

La analista comenzó a indagar acerca de cómo era que desaparecían las sensaciones. *¿Cuándo se te va la sensación de pánico?* Al comienzo Jimena decía no poder identificar cómo era que se iban las sensaciones. Hasta que algunas sesiones más tarde confesó a su analista, con mucha vergüenza, que se había dado cuenta de que se le iban los episodios cuando *iba al baño y hacía caca*, y que al hacerlo, los episodios de pánico se terminaban. Comenzaron entonces a trabajar sobre el significante de *sacar*

toda la mierda que tenía adentro. Esta intervención está en línea con lo que plantean Deus y Trigo (2020) quienes, en términos lacanianos, proponen que una intervención posible se trata de poner sentido entre lo imaginario y lo simbólico, obteniendo así un sentido de los síntomas, el sentido de los significantes que lo habitan interpretándolos a la letra y descifrándolos. Otra intervención se trata de tocar entre lo real del goce parasitario y el síntoma, no para hacer madurar el goce, sino para volverlo *un goce posible*, ya que, si no toca el goce, la intervención analítica será solamente intelectual. Así es como se van encontrando salidas al fantasma y al síntoma, gracias a las intervenciones del analista. Tal es así que, de hecho, a partir de que Jimena pudo encontrar esta relación y enlazar significado encontrando sentido a lo que le sucedía fue que los ataques de pánico comenzaron a reducirse notoriamente. Mientras tanto, continuaba practicando los ejercicios de respiración que también la ayudaban a relajarse antes de irse a dormir.

Siendo que Jimena se sentía mejor y más tranquila, pudieron continuar indagando acerca de por qué se le presentaba el miedo de salir a la calle. Recuerda que, cuando era ella muy chica, el padre le hacía un *chiste* cuando se encontraban junto con alguno de sus hermanos caminando por la calle: El padre se escondía con su hermano adentro de un kiosco que se encontraba en el camino, de modo tal *que cuando ella se diera vuelta viera que de pronto habían desaparecido y se encontraba sola en el medio de la vereda. Luego su padre y el hermano salían sorpresivamente y la asustaban.* Esta gracia del padre habría sucedido dos o tres veces hasta que finalmente se dio cuenta del escondite y podía descubrirlos antes de que hicieran su papel. La analista explica que, aún así, aquellos eventos habían sido lo suficientemente angustiantes como para traer éstos recuerdos de su infancia, aún con angustia, al espacio terapéutico. Este es otro ejemplo de un recuerdo traído por la paciente que ella pudo asociar y enlazar con el sentido del terror que se le presentaba en la actualidad al salir a la calle. Es decir, como menciona Polak (2020), pudo ligar esa angustia que andaba desprendida sin mediación psíquica.

A partir de re encontrarse con estos recuerdos de su infancia pudieron, a lo largo de varias sesiones, ir elaborando la angustia relacionada al vínculo con su padre. Jimena pudo, a través de éste proceso, reconocer lo que sentía respecto de él y logró incluso ser la única entre todos sus hermanos en animarse, al menos una vez, en decirle a su papá: *vos me lastimaste mucho.*

Poco a poco Jimena comenzó a sentirse mejor. Comenzó a animarse a salir a la calle e incluso volvió a trabajar en peluquería a domicilio en casas de algunas madres del colegio de sus hijos. En ocasiones todavía se sentía mal mientras trabajaba en las casas ajenas. Las sensaciones de malestar por lo general coincidían siempre con el momento en que iba al baño en las casas de sus clientas y, en muchas ocasiones, llamaba a su analista desde allí. De todos modos éstos eran sucesos más leves y espaciados en comparación a los que tenía antes.

Un día, Jimena llegó a la sesión muy preocupada porque *le salía líquido de las mamas*. La primera intervención ante esta situación fue la de indicar interconsulta ginecológica. Hacía un tiempo ya que Jimena contaba en el espacio de análisis acerca de su deseo de volver a quedar embarazada. Este deseo la situaba en una contradicción, ya que, padeciendo los ataques de pánico, le producía también muchísimo miedo. Había tenido algunos atrasos y falsas alarmas, pero no lograba quedar embarazada. Ante la situación de encontrarse con líquido saliendo por las mamas, se sintió muy confundida.

La siguiente intervención de la analista en relación a esto, fue reflexionar acerca de la coincidencia del momento en que eso estaba ocurriendo: El hecho coincidió con el mes en que habría comenzado a amamantar a los bebés que había perdido. Ante este reconocimiento, Jimena se frenó en seco y respondió: *Pero los bebés toman leche cuando ya no están en la panza*.

Según la analista, este significante, fue para Jimena el indicio para ella de que *ahora sí, su panza estaba liberada, vacía de los bebés*. De alguna manera *ya los había terminado de soltar*. Además también, dieron sentido al significante de que los episodios *se terminaban cuando iba al baño* ligándolo a que, en el último tiempo, *había estado sacando toda la mierda que tenía adentro*.

5.3 Describir los efectos de dichas intervenciones en relación a la sintomatología que presentaba la paciente, durante el transcurso de dos años de tratamiento psicoanalítico.

Deus y Trigo (2020) aluden a las dos operatorias que Lacan postula y que un analista debe realizar para que el analizante arme su nudo de un modo propicio. Una operatoria es la respuesta del analista acerca del enigma, del sentido de los síntomas desplegados por el analizante a lo largo del análisis. La segunda, es la que hace que un goce se haga posible, rectificando algo que estaba desviado de su propio goce, para así

ir encontrando salidas al fantasma y al síntoma, permitiendo un corte para una nueva escritura. A partir de estos enunciados se puede pensar que, efectivamente, esto fue lo que sucedió. A los dos meses de los últimos sucesos, y tras haber enlazado los significantes, Jimena se queda nuevamente embarazada. Cuenta que *los ataques de pánico habían desaparecido completamente y que se sentía muy bien y tranquila, así como ilusionada y feliz con el nuevo embarazo.*

Este logro se puede pensar como el que Rabinovich (1933) dice que propone Lacan: El logro que consigue alguien quien, análisis mediante, pudo construir, deconstruir, pensar las escenas y el material mismo del que fueron hechas, logrando así comenzar a salir de la captura del secuestro subjetivo de la escena, pudiendo comenzar a vislumbrar más allá de la escena como tal, lo que implica aproximarse a la capacidad de realizar un acto en coherencia con el deseo.

Habiendo comenzado la cuarentena en época de pandemia, Jimena decide discontinuar el tratamiento ya que no quería sostener la modalidad virtual desde su casa con los niños cerca, siendo que además decía *sentirse muy bien*. La analista accede entonces a dar un cierre en el que pudieron observar el proceso que habían recorrido hasta allí. En un comienzo, Jimena comprendió que lo que le pasaba tenía un sentido, un nombre y un tratamiento posible. Gracias a las adecuaciones que la analista realizó, Jimena pudo responder a las indicaciones, comenzar a enmarcar la angustia, –como diría Polak (2020)-, y poner en palabras lo que le sucedía, comenzar a relacionar, traer recuerdos de su historia infantil y, a través de ellos, registrar sus sensaciones. Mediante el trabajo de despliegue de todo este contenido pudo simbolizar cada vez más y comenzar a hacer asociaciones entre algunas escenas y recuerdos que hasta ese momento tenía olvidados. Gracias a esto pudo ir elaborando el contenido de dichos recuerdos y escenas, y comenzar a registrar lo que en aquellos momentos había sentido. Así pudo comenzar a cuestionarse acerca de su lugar y su posición en relación al Otro, lo cual es, como dice Tomas (2016), actividad de un sujeto. Es decir, finalmente, como expresaría Alberro (2001), pudo comenzar a responderse acerca de los escenarios inconscientes, acerca de su fantasma y acerca de ella misma posicionada en él.

En resumen, la analista le hizo notar que en el proceso terapéutico hubo dos tiempos. En el primer tiempo las manifestaciones de angustia de Jimena se expresaban a través de lo orgánico, a través de los síntomas en su cuerpo. En el segundo tiempo, comenzó a acceder a la palabra y, a través de los significantes, entro a la red asociativa

que le permitió encontrar el sentido de su angustia. Como expresaría Cosentino (1994), la interpretación fue, en el segundo momento, el recurso a partir del cual se podía seguir el hilo lógico, y hacer posible el movimiento dentro de las asociaciones. Los significantes fueron dando un canal a su angustia, los ataques de pánico disminuyeron hasta cesar, pudo elaborar procesos que la llevaron a entrar en contacto con su deseo, sentirse mejor y continuar con su vida.

La analista dio un cierre dejando asentado que aún había *cuestiones en relación a su infancia, a la relación con su padre y otras que Jimena había traído a la consulta, que se ponían en juego en el ejercicio de su maternidad, -como por ejemplo la sobreprotección a sus hijos-, y que se podían seguir elaborando*. Esto se relaciona con lo que postulan Deus y Trigo (2020): Al final del análisis, después del desciframiento, de la interpretación, luego de dejar al goce en evidencia y de operar con él, queda un resto del síntoma, un “núcleo incurable”, con el que finalmente se buscará que el paciente se identifique; que el análisis opere como marca, en el sentido de identificar ese resto de síntoma, para tomar distancia con respecto al objeto *a*. El analista debe conducir al paciente a que forje un saber hacer con su síntoma. Aunque, de todos modos, el análisis no se contenta con hacer desaparecer el síntoma o interpretarlo, sino que además, debe ir al corazón del ser del sujeto. Se parte del síntoma para llegar al núcleo de la neurosis.

La analista enfatiza que el efecto principal fue el hecho de que se hubieran espaciado los ataques de pánico hasta desaparecer, y que en el transcurso del tratamiento Jimena *pudo, cada vez más, apropiarse de la palabra*, comprender la dinámica del dispositivo y *apropiarse de los nuevos recursos que se le ofrecían en él*. Es decir, al principio la analista pedía asociaciones, *luego ella sola podía hacer ese trabajo, e incluso lo hacía fuera de la sesión; entonces iba a sesión y contaba lo que había asociado, y lo que se había dado cuenta por sí misma. Con lo cual, ella fue construyendo la asociación como un recurso*. La analista entonces dio un cierre, haciéndole ver primero que ella *ya había logrado acceder a la palabra, que éste era ya un nuevo recurso que comenzaba a conquistar y que podía volver al espacio de consulta analítica, con ésta analista u otro, cuando ella quisiera*.

A partir del relato de la analista, se infiere que sostuvo la apuesta al psicoanálisis que, en palabras de Vegh (2001), implica retomar la tesis freudiana del inconsciente como aquello que domina y decide sobre la voluntad. La consecuencia en la cura se

llama transferencia, como puesta en acto de lo real del inconsciente. Y que, tal como afirma Iunger (2013), con frecuencia la experiencia transferencial sostenida es un excelente protector contra el pánico. Lo constata el trabajo analítico en la eficacia que se produce gracias al ordenamiento básico de las coordenadas de la experiencia del sujeto como consecuencia del funcionamiento de la transferencia.

A pesar de la urgencia avasalladora que presentan los pacientes que padecen ataques de pánico, estos cuentan con la posibilidad de entrar en transferencia (Urbaj, 2019) y, análisis mediante, con el tiempo necesario, pueden construir los parámetros simbólicos que les permite ordenar su experiencia (Iunger, 2013), tal como pudo hacerlo Jimena junto a su analista.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha procedido al estudio de un caso único de una paciente que presentaba ataques de pánico desde hacía dos años, y realizó un tratamiento desde el abordaje psicoanalítico, también durante el transcurso de dos años. La pasante toma conocimiento del caso a partir de entrevistas semi-dirigidas realizadas a la psicoanalista. Estas entrevistas ofrecieron una cantidad de información que permitió la exploración y descripción del caso así como su articulación con bagaje teórico existente, para de este modo alcanzar los objetivos específicos propuestos.

A partir del primer objetivo se logra explorar la sintomatología y el motivo de consulta que demanda la paciente. Mediante la descripción planteada se comprende que la paciente padece de ataques de pánico, de acuerdo a la terminología de la Asociación Americana de Psiquiatría – A.P.A (2013), en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales – DSM V (5ª ed.). Experimentaba miedo intenso salir sola de su casa, a que algo le sucediera a ella o a sus hijos, a morir, a enloquecer o de incluso dañar a alguien. Además presentaba la sintomatología típica de estos casos: aceleración de corazón, sudoración, dificultad para respirar, malestar gástrico, terror nocturno. Fue posible articular la similitud de su cuadro con un cuadro clínico que ya había sido descrito por Freud un siglo atrás, el cuál distinguió como *neurosis de angustia* (Freud, 1895); la cual se vincula con un tipo particular de angustia que llama *angustia automática* (Freud, 1926). Se trata de una angustia traumática, sin mediación psíquica, la cual difiere de la angustia señal, -aquella que señala el peligro y, unida a la pulsión de auto conservación, sirve al yo para emprender la huida (Freud, 1917). Como es característico también en estos casos, la paciente no encontraba absolutamente ninguna

vinculación aparente entre su padecimiento y su historia vital (Urbaj, 2019). Vivía consternada por sus sensaciones y miedo a que estas se repitan. También fue posible evidenciar las repercusiones que la sintomatología tenía, además, tanto en su vida cotidiana como en su vida de relación.

En el segundo objetivo se describen las intervenciones realizadas por la analista en el transcurso del tratamiento psicoanalítico, de dos años de duración. Estas permitieron dar cuenta de cómo en estos casos en particular se requiere, en un primer momento, cierta adecuación del dispositivo para alojar al paciente que llega en estado de urgencia subjetiva (Urbaj, 2019). Para poder abordar la urgencia y lograr que la paciente acceda al dispositivo analítico, fue necesario, en un primer momento, correr a un lado la atención flotante y la interpretación. Contener a la paciente, darle las explicaciones que demandaba, contener la urgencia avasalladora en la que se encontraba, tal como menciona Urbaj (2019) que es apropiado para estos casos. Las primeras intervenciones estaban orientadas a enmarcar y acotar la angustia (Polak, 2020). Ante la dificultad que implica trabajar con falta de enlace a los contenidos psíquicos, había que intervenir para acompañar el pasaje del avasallamiento subjetivo de la angustia automática hacia la angustia señal. Una vez enmarcada y acotada la angustia, se requería proceder a *construir* dichos enlaces, o nexos causales (Junger, 2013) que llevaran hacia los contenidos del inconsciente. Construir el síntoma era tarea del análisis (Deus y Trigo, 2020), apostando al sujeto y a la verdad de su inconsciente (Vegh, 2001).

Las intervenciones de construcción implicaban prestar palabras, llamando al discurso, a la palabra y los significantes de la paciente. Una vez construido el síntoma podía acceder a la palabra, a los recuerdos de vivencias traumáticas, para ligarlos a la angustia desprendida (Rabinovich, 1933), enlazándolos a los significantes y a los contenidos psíquicos por medio de asociaciones, para ser interpretados (Deus y Trigo, 2020). En ocasiones, las intervenciones estuvieron orientadas a llamar a la angustia que antes había faltado a la cita (Urbaj, 2019). Las intervenciones apuntaban a la actividad de la paciente como sujeto en el registro de su angustia, al cuestionamiento de su posición en relación al Otro (Tomas, 2016) y en relación a su deseo, así como también al cambio de posición subjetiva (Rabinovich, 1933). Construir, deconstruir, atravesar el fantasma, encausar el deseo (Rabinovich, 1933), haciendo del goce un goce posible (Deus y Trigo, 2020).

En el tercer objetivo se logra describir los efectos que las intervenciones de la analista tuvieron en la paciente. Al acceder a su palabra (Lerner, 2002) pudo dar cuenta

de vivencias traumáticas acontecidas en su infancia y juventud de las cuales no había podido tener registro, identificación, ni canalización de la angustia que estas le habían generado. Al identificarlas, a través del trabajo analítico, pudo traer recuerdos que tenía olvidados, identificar la angustia que estos sucesos le habían generado, dar cauce a su angustia e incorporar la asociación como un recurso. Las vivencias relatadas dieron cuenta de la falla de la función paterna -por parte de quien encarnaba esa figura en la vida de la paciente-, lo cual, según Iunger (2013), ocurre en todos los casos, y es este factor el que tiene que ver con el verdadero trauma y etiología de este padecimiento. Fue Lacan, a través de sus valiosos aportes y teorizaciones acerca de la angustia, quien hizo la vinculación entre la falla temporal en la función paterna y las vivencias percibidas por el sujeto como traumáticas, como aquellas que generan el arrasamiento subjetivo que acontece al sujeto (Iunger, 2013). Cuando las situaciones desbordan la capacidad de tramitación del sujeto, así como la capacidad de responder con solvencia cuando estas se presentan como extremas, por lo general se articulan con esta falla momentánea en la función del Nombre del Padre (Urbaj, 2019), que colapsa temporalmente los soportes de la realidad del sujeto produciendo la desconexión entre su universo simbólico y su experiencia imaginaria, haciendo que no disponga de las representaciones que tiñen cualitativamente los afectos, impidiendo que los pueda registrar conscientemente. En vez, se pierde el registro de la angustia como experiencia psíquica, dejando como rastro sólo sus correlatos somáticos (Iunger, 2013). A partir de las intervenciones, Jimena pudo elaborar estas vivencias traumáticas mediante nuevas construcciones, augurando un buen pronóstico. Se evidencia que los ataques de pánico cesaron completamente al cabo de aproximadamente dos años de tratamiento. Además de que, a través del tratamiento, pudo dar fin a su padecimiento, Jimena pudo rectificar el goce (Deus y Trigo, 2020) y encauzar su deseo.

En cuanto a la transferencia de resultados a la teoría, en función de lo trabajado, se comprende que en la actualidad es acertado pensar, – la evidencia clínica aportada por psicoanalistas contemporáneos lo demuestra-, que los ataques de pánico tienen vinculación con una etiología de vivencias pasadas de índole traumática (Urbaj, 2019), –generadora de la angustia automática evidenciada por Freud (1926)-, y que además, por lo general estaría también relacionada con la falla de la función paterna (Iunger, 2013), tal como lo desarrolla Lacan, y no con el coitus interruptus o excitación frustránea (Freud, 1985) que planteaba Freud en un principio, en el contexto de la era

victoriana. Esta articulación abre más el espectro a la variedad de vivencias que pudieran originar o predisponer este padecimiento.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, una de ellas se presenta en el desarrollo del mismo y se trata de la imposibilidad de acceder a la historia clínica de la paciente. De todos modos, la información aportada por la analista fue suficiente para poder realizar la descripción del caso en profundidad, así como la exploración del marco teórico. Se trabajó únicamente con los relatos desarrollados por la psicoanalista a lo largo de las entrevistas.

Otra dificultad resulta de la particular complejidad teórica de Lacan, -reconocida entre los psicoanalistas mismos-, para una recién iniciada, quien apenas tuvo su primera zambullida en el mundo psicoanalítico gracias a algunas pocas materias psicoanalíticas en la universidad, -de las cuales sólo una materia semestral consistió en psicoanálisis desde la perspectiva lacaniana-, y gracias a la práctica de habilitación profesional también.

En cuanto a la exploración del marco teórico, surge además la dificultad de que los psicoanalistas contemporáneos refieren el escaso bagaje teórico acerca de éste padecimiento. Es decir, tanto Freud como Lacan investigan y tratan extensamente la temática de la angustia, pero no tanto así del pánico, en tanto desborde de angustia originado por vivencias traumáticas que lleva al arrasamiento subjetivo. Si bien no todo desarrollo de angustia implica pánico, el pánico sí implica el desarrollo de angustia; de una angustia desbordante, traumática. Por lo tanto, de todos modos, ambos han dejado las pistas que se requieren para abordar con eficacia este padecimiento. Al mismo tiempo, al ser el pánico una presentación clínica tan frecuente en la clínica actual, muchos analistas contemporáneos, de trayectoria y con gran vocación han dedicado tiempo y trabajo a transmitir los resultados de sus investigaciones teóricas como así también su experiencia en la clínica, contribuyendo a la construcción del entramado teórico desde una perspectiva actual. Enriqueciendo con sus aportes al trabajo en la clínica de otros analistas, como a los efectos en sus pacientes, como a estudiantes en su formación profesional. La síntesis que han hecho respecto de los puntos más relevantes indicados por los maestros del psicoanálisis, junto a su propia experiencia en la clínica, ha contribuido enormemente al armado del presente trabajo.

En tanto aporte crítico es posible mencionar que existe cierta complejidad al llevar a cabo el trabajo en la clínica, que lleva a pensar en el importante rol que asume el psicoanalista con respecto a sus pacientes, la responsabilidad y posición ética que

implica. El analista, como todo profesional de la salud, debe estar en constante formación, actualización en los últimos aportes y avances teóricos, así como también debe supervisar los casos que aborda, realizar su propio análisis para conservar una higiene saludable en el trabajo con sus pacientes y abordar con el compromiso que merece cada caso en su singularidad. El trabajo con pacientes con ataque de pánico plantea diversas dificultades frente a las cuales será necesario intervenir para lograr que el individuo pueda acceder al dispositivo primero. En el momento de urgencia avasalladora por parte del paciente, el analista se encuentra exigido a tranquilizar y, al mismo tiempo, intervenir rápida y eficazmente sin contar con el tiempo necesario para hacerlo (Iunger, 2013). Puede llamar la atención que las intervenciones que podrá ofrecer en esa primera instancia puedan no surgir estrictamente del seno psicoanalítico y, sin embargo, dar resultado, siempre y cuando el analista se sostenga en una ética para intervenir y no en las intervenciones en sí mismas a modo de recetas a seguir, sin contemplar lo particular del sujeto, – único, diferente a cualquier otro-, así como lo particular del fenómeno que sea que se presente en el contexto del análisis. Comprendiendo que lo principal para el analista es dirigir una cura y, dado a que su posición como analista funciona sostenido en una ética, -transferencia instalada mediante-, es entonces que las intervenciones también lo hacen y permiten y hasta requieren de un trabajo artesanal para operar en función de lo que se presente sesión a sesión y caso a caso. Como aporte crítico entonces, saber que desde el psicoanálisis existe esta adaptación artesanal desde el dispositivo, frente a la necesidad única de cada sujeto y de cada caso, resulta de gran valor.

El presente trabajo es un recorte finito dentro de toda la bibliografía existente relacionada a las temáticas planteadas en el mismo. De ningún modo puede alcanzar a abarcar todo el material existente. Sino más bien, se trata de una breve síntesis de los temas correspondientes a los puntos más importantes, para lograr una comprensión, a la vez profunda, de éste trastorno. Cada uno de estos puntos son en sí mismos pistas que se pueden seguir rastreando al modo de puertas que pueden continuarse abriendo y desplegando más material y mayor comprensión. Sólo por dar un ejemplo, frente al hecho de que, desde la perspectiva psicoanalítica se ubique, ya desde un comienzo, a las neurosis de angustia dentro de las neurosis actuales, como una variación de las neurosis clásicas: se podría plantear como futura línea de investigación qué fue lo que planteo Lacan al respecto. Hay escritos, como por ejemplo Escritos 1 o Variantes de la Cura Tipo que podrían ofrecer más contenido, mayor comprensión, profundización, preguntas

y respuestas al respecto. Mismo otros textos de Freud que han tenido que quedar por fuera del presente trabajo por cuestiones de extensión. Sólo por nombrar algunos ejemplos: Repetir, recordar, reelaborar o La novela familiar del neurótico, u otros textos acerca de la ética del psicoanálisis de Lacan, entre tantos otros; así como tantos otros textos de psicoanalistas contemporáneos que han trabajado en la temática y ofrecen sus experiencias clínicas enriqueciendo el marco teórico existente. Del mismo modo se puede proponer, como futuras líneas de investigación, un estudio más preciso y detallado acerca de las adaptaciones que se requieren desde el dispositivo en el comienzo de un tratamiento en el abordaje de un padecimiento de estas características.

7. Referencias

- Alberro, N. E. (2001) Concepto de Fantasma. *El Sigma*. Recuperado de: <https://www.elsigma.com/colaboraciones/concepto-de-fantasma/395>
- Asociación Americana de Psiquiatría – APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-5* (5ª ed.).
- Amigo, S. (2020). Tiempo de Pandemia: Análisis en extensión, Análisis en intensidad. Reflexiones en la extensión. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2236.pdf
- Deus, S. y Trigo, M. (2020). Corte y Empalme: Lo Real del Síntoma. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Dossena Martínez, G.A. (2018). Los afectos en la experiencia psicoanalítica: Una dimensión ética. *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. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-122/417.pdf>
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 85-115, Vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 117-156, Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). 25ª Conferencia. La angustia. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 357-374, Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 83-161, Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1936). 32ª Conferencia. Angustia y vida pulsional. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 75-103, Vol. XXII). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, A. (2016). Ataques de pánico: un cuerpo que habla de un afecto singular. *Intersecciones Psi*. Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=577:ataques-de-panico-un-cuerpo-que-habla-de-un-afecto-singular&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Iunger, V. (2013). Pánico. *El Sigma*.. Recuperado de: <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/panico/12545>
- Lacan, J. (1963). *El seminario de Jacques Lacan. La Angustia*. Vol. 10. Buenos Aires: Paidós.
- Lerner, E. (2002). El Pánico. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1010.pdf
- Miller, J. A. (2013). La angustia o el concepto. *La angustia lacaniana*. (p.15-19). Buenos Aires: Paidós.
- Oliveira Lima, A. (2019). ¿Qué dice el psicoanálisis sobre el Ataque de Pánico? *Intersecciones Psi*, 10 (33). Recuperado de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=796:ique-dice-el-psicoanalisis-sobre-el-ataque-de-panico&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- PolakSokol, C. (2020). ¿Qué son los fenómenos de angustia??. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2296.pdf
- Rabinovich, D.S. (1993). Comentario del Seminario X, “La angustia”. *La angustia y el deseo del Otro*.(p.9-115). Buenos Aires: Manantial.
- Sauval, M. (s/f). Lo ominoso (“Das Unheimliche”). Recuperado de: <https://www.sauval.com/angustia/freud-ominoso.htm>.

- Sauval, M. (s/f). La “estructura” de la angustia y “lo que no engaña”. Recuperado de:
<https://www.sauval.com/angustia/s6estructurangustia.htm#heimlich>
- Staralisis, V. (2018). “Ataque de Pánico: Fracaso de la angustia”. *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de:
http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2075.pdf
- Strachey, J. (1959). Inhibición, síntoma y angustia. Introducción. (J. L. Etcheverry, trad.). En J. Strachey (Comp.) *Sigmund Freud Obras completas* (pp. 73-82, Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Urbaj, E. (2019). *Saber-hacer-frente a los ataques de pánico. Abordaje clínico desde la perspectiva del psicoanálisis*. Buenos Aires: Cascada de letras.
- Vegh, I. (2001) “¿Por qué aún el psicoanálisis y la formación de psicoanalistas en la época del DSM4 y las Terapias alternativas? *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Recuperado de:
http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_758.pdf
- Ziella, M. F. (2020). Cuerpo y Síntoma: Diferencias en las concepciones según el discurso médico y el discurso analítico ¿Qué cuerpo para el psicoanálisis? *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 20, 25-34. Recuperado de:
https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista20/ziella.pdf