



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

“Las intervenciones del analista en el llamado “Ataque de pánico”.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89 y O.C.S. 553/2009”

Alumnos: Amestoy, Yesica Matricula N° 08583/08 DNI: 31042040

Ebbens Cofone, Jorge Matricula N° 09532/10 DNI: 22138941

Supervisora: Lic. Graciela Elisa Vergel

Cátedra de radicación. Psicología Clínica.

Fecha de presentación:

"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Amestoy, Yesica y Ebbens Cofone Jorge, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores".

Aprobación de la Supervisora.

El que suscribe manifiesta que el presente informe final ha sido elaborado por los alumnos Amestoy Yesica matricula n° 08583/08 y Ebbens Cofone, Jorge, matricula n° 09532/10 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 27 días del mes de junio del año 2017.

Firma, aclaración y sello de la Supervisora

.....

Evaluación del supervisor

Considero que los tesisistas Yesica Amestoy y Jorge Ebbens han realizado un valioso e interesante trabajo de investigación acerca del llamado "Ataque de pánico" dentro del ámbito de la Psiquiatría.

De la lectura del trabajo y teniendo en cuenta las conclusiones a las que han arribado, puedo decir que se ha cumplido con la planificación previa y que han llegado a través de esta investigación a separar claramente los conceptos de angustia y pánico.

Creo, entonces, con los tesisistas, que el concepto de pánico puede tener su lugar dentro del ámbito del psicoanálisis, tanto como la posibilidad de ser abordado por la clínica psicoanalítica.

Respecto de la investigación llevada a cabo, la misma es el fruto de un trabajo constante, un ir y venir constante donde toda corrección, observación, sugerencia o guía que he efectuado ha sido considerado por los tesisistas, lo cual, a mi entender, ha enriquecido la investigación y a las personas implicadas en ella.

Los alumnos han trabajado respetando las pautas de lo planificado previamente, de manera comprometida, resolviendo con paciencia, eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones problemáticas que el proceso fue originando.

Por todo lo dicho, apruebo el trabajo de investigación aquí presentado, felicitando a Yesica Amestoy y Jorge Ebbens, sus autores.

Recomiendo la publicación de esta investigación y sugiero que sea ofrecida a quienes estén interesados en la temática del "pánico".

Lic. Graciela Elisa Vergel

Supervisora

Presentación ante la Comisión Asesora.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Amestoy, Yesica matrícula n° 08583/08 y Ebbens Cofone Jorge, matrícula n° 09532/10.

Fecha de aprobación:

Plan de trabajo para la investigación de Pre Grado.

Plan de trabajo para la investigación de pre grado.

Apellido y Nombres de los alumnos:

Amestoy Yesica Beatriz

Ebbens Cofone Jorge Andrés.

Título del proyecto: Las intervenciones del analista en el llamado “ataque de pánico”.

Supervisión: Licenciada Graciela Elisa Vergel.

Descripción resumida

Nuestra pregunta inicial ha sido; ¿Las épocas hacen surgir nuevas estructuras o son los modos en que esas estructuras se manifiestan, los que varían? En relación a esto, ¿sigue siendo el psicoanálisis un método eficaz para tratar esas aparentemente “nuevas” patologías psíquicas? Dado que no es posible, abarcar el amplio espectro, de lo que hipotéticamente consideramos “nuevos nombres” para “viejos males”, vamos a investigar el llamado “ataque de pánico” con la idea inicial de que bien puede tratarse de uno de esos “nuevos nombres”

Para intentar responder estos interrogantes, nos proponemos indagar y conceptualizar las características que determinan que se hable de un “ataque de pánico”. Realizaremos luego un desarrollo teórico sobre los conceptos de la angustia y sus semejanzas y diferencias con el concepto de pánico, en Freud y en Lacan, puntuando en ambos los aspectos más relevantes en relación al tema que nos convoca.

A continuación, haremos un conciso recorrido sobre las distintas intervenciones del analista en el contexto de la cura, en ambos autores. Incluiremos aspectos relevantes de la teorización de D. Winnicott que nos resultan pertinentes al tema tratado y la forma de intervención que este autor inventa en el tratamiento de la esquizoidía.

Por último, trataremos de establecer la pertinencia o no de esos modos de intervenir con respecto al tema que nos ocupa, indagando en un caso de “Ataque de pánico”.

Palabras clave: Ataque de pánico, angustia, pánico. Intervenciones del analista.

Descripción detallada:

Motivos y antecedentes

En la actualidad el psicoanálisis se enfrenta a numerosos interrogantes ligados a las transformaciones de nuestra época. Época que trae consigo una particular forma de abordar la angustia, desde los llamados trastornos de ansiedad hasta el ataque de pánico. La creciente diversidad de “nuevos diagnósticos” y la consecuente demanda de curas a esos “nuevos” trastornos, traen consigo un creciente interés por los efectos terapéuticos del psicoanálisis en donde se hace necesario, frente a esas exigencias, dar cuenta de la eficacia de la práctica, en nuestra opinión.

El psicoanalista siempre ha sabido que debe prestar atención a la emergencia de la angustia, tanto que al lado de la resistencia son como la brújula que indica el camino a seguir y la modalidad que a ese derrotero debe imprimirle.

“Atravesar la angustia” es una expresión que utiliza E. Laurent cuando convoca a los analistas de nuestra época. Para hacer subsistir al psicoanálisis, para no dejarlo caer, hay que conocer las nuevas formas de la angustia, hay que atravesar la angustia de la época que, nos dice, es también la nuestra. No ceder ante la angustia sino orientarse por ella, porque es lo que no engaña respecto de lo real.

Cada época determina una “subjetividad epocal” la que produce nuevas versiones del síntoma y consecuentemente una lectura particular de los mismos, en tanto se trata de las versiones actuales del síntoma. ¿Puede, por ello, decirse que esto lleva a modificar lo que conocemos como cuadros clínicos y sus sintomatologías?

¿Se ha modificado, además, lo que conocemos como la angustia conceptualizada por Freud?

¿Esto lleva a modificar las intervenciones del analista?

¿Es seguro que la enorme sintomatología que existe hoy, implica una estructura distinta de la cual emergería una forma de angustia diferente de la que ha sido estudiada dentro del psicoanálisis?

Como no es posible hacer una investigación de todos los nuevos cuadros clínicos, trataremos de encontrar respuesta a estos interrogantes en un caso de “Ataque de pánico”

Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es analizar el alcance y pertinencia de los conceptos de angustia y pánico, y de las intervenciones del analista, en las teorías Freudianas, Lacanianas y Winnicottianas, en relación al llamado “Ataque de Pánico”.

Objetivos particulares

- 1) Conocer el modo en que es conceptualizado el “ataque de pánico” en la esfera de la psiquiatría.
- 2) Conceptualizar y distinguir los términos angustia y pánico en las teorías Freudiana, Lacaniana y Winnicottiana.
- 3) Establecer las relaciones entre las concepciones de la angustia y pánico en Freud, Lacan y Winnicott, consignando sus diferencias.
- 4) Elaborar una síntesis, que relacione lo hasta aquí indagado respecto a las concepciones psicoanalíticas de angustia y pánico y el llamado “Ataque de pánico”
- 5) Conceptualizar los modos de intervención del analista, dentro de los distintos marcos teóricos expuestos y su grado de pertinencia en el tratamiento del ataque de pánico.

Bibliografía Básica:

- Freud, S “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia (1894) Volumen III Primeras publicaciones psicoanalíticas en: Obras completas Ed. Amorrortu.
- Freud, S La Interpretación de los sueños (1900) Volumen IV La interpretación de los sueños. En: Obras completas Ed. Amorrortu.
- Freud, S “Más allá del principio de placer” (1920) Volumen XVIII. Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras (1922). En: Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Freud, S “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) Volumen XVIII Mas allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. En: Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Freud, S “32 conferencia” Angustia y vida pulsional” Volumen XXI Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras (1932-36) En Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Freud, S “construcciones en el análisis” (1937) Volumen XXIII Moisés y la religión monoteísta, esquema de psicoanálisis y otras obras. (1937-39) En Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Lacan, J “Libro 10 la angustia” (1962) Seminario 10 La angustia. (1962- 1963) En: Ed. Paidós.
- Lacan, J “La dirección de la cura y los principios de su poder” Escritos 2 En Ed. Siglo XXI (1975)
- Vegh, I, 1991, “Intervención en lo real”, Jornadas de la Escuela Freudiana de Buenos Aires realizadas en Julio de 1991 acerca de: El padre en la clínica lacaniana. Extraído de:
(http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_744.pdf)
- Vergel, Graciela “Donald Winnicott presentación biográfica y clínica winnicottiana” Revista contexto psicológico N° 20 Julio- Agosto 2007 Paginas 5 a 7.
- Vergel, Graciela “Teoría y clínica winnicottiana” Revista contexto psicológico N° 21 Septiembre- octubre 2007. Páginas 7 a 10.

- Vergel, Graciela 2 estructuración del espacio psíquico temporalizado, dinámica de lo esquizoide en Donald Winnicott. Revista Contexto Psicológico N° 22. Noviembre-Diciembre 2007. Páginas 5 a 7.
- Winnicott Donald "La teoría de la relación entre progenitores e infantes" (1960) en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1993.
- Winnicott Donald "La integración del yo en el desarrollo del niño" (1962) en: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1993.
- Winnicott D. "El miedo al derrumbe" (1963) en: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1993.
- Winnicott, D. "Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis" (1964) en Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1993.
- Winnicott D. "La interpretación en psicoanálisis" (1968) en Exploraciones psicoanalíticas I, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1993.
- Iunger Víctor, "Pánico" 2013 .Página de internet: www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/panico/

Firma del supervisor:

Firma de los alumnos:

P/ área de investigación:

Resultado de la evaluación: (aprobado/rehacer)

Fecha:



Índice General.

Capítulo 1: Introducción.....	1
Capítulo 2: Ataque de pánico desde el punto de vista de la psiquiatría en el DSM IV.....	3
Capítulo 3: Teorías sobre la angustia en los textos Freudianos.....	5
3.1: Primera teoría. Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia (1894).....	5
3.2: Mas allá del principio de placer (1920).....	8
3.3: Inhibición, síntoma y angustia (1926) [1925].....	11
3.4: Angustia y Vida pulsional (1932).....	14
3.5: Conclusiones sobre el concepto de angustia en los textos revisados.....	19
Capítulo 4: El pánico en los textos Freudianos.....	21
4.1: Psicología de las masas y análisis del yo (1920).....	21
4.2: conclusiones respecto del pánico en S. Freud.....	25
Capítulo 5: Angustia y Pánico en Lacan.....	26
5.1: Introducción Seminario X la angustia (1962).....	26
5.2: Mas allá de la angustia de castración.....	27
5.3: Lo que engaña.....	29
5.4: La angustia no es sin objeto.....	31
5.5: Pasaje al acto y acting out como modalidades de la angustia.....	33
5.6: Angustia de castración.....	37
5.7: Los nombres del padre.....	39
5.8: Conclusión sobre la teoría de la angustia en Lacan.....	42
5.9: Puede hablarse de pánico en la teoría Lacaniana?.....	44
Capítulo 6: Angustia y pánico en la teoría de Donald Winnicott.....	45
6.1: Teoría de la estructuración del psiquismo. La teoría de la relación entre progenitores e infante. (1961).....	46
6.2: Angustia inconcebible. La integración del yo en el desarrollo del niño (1962).....	51
6.3: La angustia impensable. Relación con las vivencias de dolor y de satisfacción en la teoría freudiana.....	54

6.4: Conclusión sobre la teoría de la angustia en Winnicott.....	57
6.5: Pánico y miedo al derrumbe.....	58
6.6: conclusión sobre el pánico en D. Winnicott.....	60
Capítulo 7: Relaciones y diferencias entre las concepciones de la angustia y el pánico en Freud, Lacan y Winnicott.....	61
Capítulo 8: Síntesis de las relaciones entre las concepciones sobre angustia y pánico de los autores psicoanalíticos indagados y la concepción psiquiátrica sobre “Ataque de pánico”	66
Capítulo 9: Modos de intervención del analista, dentro de los distintos marcos teóricos expuestos y su grado de pertinencia en el tratamiento del ataque de pánico.....	70
9.1: Psicoanálisis.....	70
9.2: El método Freudiano.....	72
9.2.1: Surgimiento del psicoanálisis.....	72
9.2.2: La interpretación de los sueños (1900).....	73
9.2.3: Un sueño paradigmático: el sueño de la inyección de Irma.....	75
9.2.4: Construcciones en el análisis.....	79
9.2.5: Construcción e interpretación.....	82
9.3: El método en Lacan.....	84
9.3.1: Intervenciones: Puntuación, escansión e interpretación.....	84
9.3.2: La dirección de la cura y los principios de su poder.....	87
9.4: El método psicoanalítico en Winnicott.....	94
9.4.1: Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis.....	94
9.4.2: Notas sobre el repliegue y la regresión.....	97
9.4.3: El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva.....	99
9.5: Modos de intervención pertinentes al tratamiento ataque de pánico.....	103
9.6: Conclusiones.....	109
Capítulo 10: Un caso clínico.....	110
Capítulo 11: Conclusiones Finales:.....	117
Bibliografía:.....	123

Introducción:

En el presente trabajo se analiza el alcance y pertinencia de los conceptos de angustia y pánico y de las intervenciones del analista en el tratamiento del llamado “Ataque de pánico”. Se realiza una revisión de los conceptos de angustia y pánico en la obra de Freud a partir de sus escritos y de textos de otros autores psicoanalíticos como Lacan Y Winnicott. En primer lugar, trataremos de arribar a las características del llamado ataque de pánico que la nosología psiquiátrica nos brinda en el manual diagnóstico de las enfermedades mentales, DSM IV, luego proponemos situarnos en los primeros momentos de la teoría freudiana para partir desde allí y avanzar hacia el prolífico campo de sus teorías sobre la angustia y los aportes posteriores de autores que se han ocupado del tema. Nuestro objetivo principal es responder a la pregunta inicial: ¿Puede el “Ataque de pánico” ser tratado dentro del ámbito del Psicoanálisis?

El ataque de pánico ha tomado notoriedad en la clínica en la última década del S. XX. También conocido como “Panic Attack”, es una denominación incluida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). A pesar de estar descripto dentro de un nomenclador de trastornos, la crisis de angustia no se registra en un código aislado sino como una manifestación dentro de los diversos trastornos por ansiedad como por ejemplo, trastorno de angustia con agorafobia, entre otros.

Sin embargo, este fenómeno no es característico de esta época, Sigmund Freud va a realizar una descripción sintomatológica similar en 1894, bajo la denominación de “ataque de angustia”.

Freud (1894) nos dice sobre los ataques de angustia: (...)”*no proviene de una representación reprimida, sino que al análisis psicológico se revela no susceptible de ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia.*” (p 97). De esta manera dejaba los casos de ataques de angustia fuera del universo del psicoanálisis.

Sin embargo, esta afirmación, es susceptible de ser escuchada conforme a sus desarrollos posteriores sobre la teoría de la angustia y los ulteriores desarrollos del psicoanálisis.

Interrogando a varios psicoanalistas, entre ellos, Graciela Vergel, nos explican que, el sujeto que presenta ataques de pánico sufre un fuerte padecimiento psíquico, el relato de este sufrimiento lo realiza abundando en detalles descriptivos de ese malestar.

En la clínica, en las primeras sesiones, este relato se impone, sin posibilitar una referencia a la historia del sujeto.

No aparece en estas primeras sesiones la historia de un sujeto, sino que se instala la urgencia de un pedido de cura rápida. Como las manifestaciones que se presentan son, en su mayoría síntomas corporales, estos sujetos consultan en primer lugar al médico y desde allí son derivados a tratamiento psicológico.

Este es el primer gran obstáculo con el que se encuentra el psicoanálisis, en un “ataque de pánico” no hay despliegue simbólico. El sujeto, no puede ubicar en su historia, que es lo que lo llevo a estar en esa situación desbordante. La intensidad de este padecimiento instala la urgencia de un hacer algo, en donde el analista, a su vez, se encuentra con un “no poder hacer nada” en donde el sujeto no puede interrogarse a través de la palabra portadora de sentido.

Ataque de pánico desde el punto de vista de la psiquiatría en el DSM IV.

En el DSM-IV (1995) se establecen los siguientes síntomas para el diagnóstico de la crisis de angustia o ataque de pánico: *“Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos”*. (p403)

Los síntomas son:

Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo); Escalofríos o sofocaciones (DSM IV; 1995, pp. 403-404)

Según el DSM-IV La característica principal de la crisis de angustia o ataque de pánico es:

(...) la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. (DSM IV; 1995 pág. 402)

Frente al avance de este nuevo mal, se ha ido desplegando una amplia oferta terapéutica: psicoterapias de diversas orientaciones, como por ejemplo, psicoterapias cognitivas que incluyen ejercicios de relajación y de respiración, todo ello acompañado de la oportuna medicación con ansiolíticos, cuyo consumo ha aumentado en las últimas décadas de

modo exponencial. El resultado es que, se consiguen por una parte algunos efectos terapéuticos pasajeros, pero, por la otra, este nuevo mal sigue avanzando.

Conclusiones

A nuestro criterio, este abordaje, eminentemente descriptivo, propone la eliminación de síntomas por vía medicamentosa o de terapias psicológicas centradas sólo en ese objetivo. No alcanza a definir el origen del fenómeno estudiado ni a relacionarlo con la vida psíquica del sujeto.

Teorías sobre la angustia en los textos freudianos.

Primera teoría.

Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. (1895 [1894]).

Las características con que Freud describió el ataque de angustia son similares a las que el DSM-IV establece para el ataque de pánico. Ya, desde 1894, en su artículo “*Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»*”, explica el cuadro de neurosis de angustia en relación con las neurosis actuales y describe las siguientes manifestaciones clínicas: 1) “*perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente.* 2) *perturbaciones respiratorias: disnea.* 3) *oleadas de sudor.* 4) *temblores y estremecimientos.* 5) *hambre insaciable, vómitos, náuseas.* 6) *diarreas.* 7) *vértigo locomotor.* 8) *parestesias.* 9) *urgencia de orinar.* 10) *Insomnio*”. (Freud, 1895 [1894], p 95).

En esta primera época Freud considera a la angustia como una acumulación de excitación sexual que no es satisfecha, plantea que la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma en angustia.

En este texto Freud plantea los síntomas característicos de las neurosis de angustia y dirá que su causa es sexual. Dicha explicación será luego considerada como la “Primera teoría sobre la angustia” Esta se produce porque hay una acumulación de excitación que no es tramitada psíquicamente. Como consecuencia esa angustia es vivida en lo físico, (...) “*se trata de una acumulación de la excitación sexual* “... dice Freud, y prosigue (...)”...*esta angustia no admite ninguna derivación psíquica*” (p107)

En este párrafo se refleja claramente que Freud aún no adjudica un proceso psicológico a la etiología de la neurosis de angustia, su explicación se reduce al campo de lo fisiológico.

Freud (1895 [1894]) llamó neurosis de angustia a un (...) “*complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia*”. (p92)

El cuadro de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas: “*Irritabilidad general; Expectativa angustiada; Ataque de angustia; Ataques de angustia rudimentarios;*

Terror nocturno; Vértigo; Fobias; Perturbaciones de la actividad digestiva: vómitos y nauseas, diarrea, y hambre insaciable; Parestesias” (Freud, S 1895 [1894], pp 93- 99.)

Incluso en este texto se detiene en la enumeración de los casos en que la angustia aparece por causas sexuales, entre ellos: (...) “*angustia virginal o angustia de las adolescentes, de las viudas y abstinentes voluntarias, de los varones con excitación frustránea, etc.*”. (pp 99-102).

Freud va a dividir las neurosis en neurastenia y neurosis de angustia, la diferencia entre una y otra radica en que una es acumulación de excitación y la segunda un empobrecimiento de la misma.

Afirma que:

Ahora bien, dentro del marco de esta figuración del proceso sexual se puede incluir la etiología tanto de la neurastenia genuina como de la neurosis de angustia. Se genera neurastenia toda vez que el aligeramiento adecuado (la acción adecuada) es sustituido por uno menos adecuado (...) en cambio, llevan a la neurosis de angustia todos los factores que estorban el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática.

Los fenómenos de la neurosis de angustia se producen cuando la excitación sexual somática desviada de la psique se gasta en reacciones de ningún modo adecuadas. (Freud, S, 1895 [1894], p 109).

Esta división entre neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia) y psiconeurosis está atravesada por la primera teoría de la angustia. Recordamos entonces que en el caso de las neurosis de angustia, Freud sostiene que la causa de su producción se atribuye a la dificultad para la descarga de la tensión sexual acumulada y que ésta, al no disponer de una vía de salida se transforma en angustia.

La aparición de la angustia en las condiciones arriba enumeradas se debe precisamente a la carencia de ligazón psíquica de la tensión sexual. De este análisis resulta que neurosis de angustia provendría de una transformación directa de la libido en angustia. A la pregunta cómo se genera la angustia Freud responde:

En lo expuesto hasta aquí sobre la neurosis de angustia hay ya algunos puntos de apoyo para una visión del mecanismo de esta neurosis.

Primero, la conjetura de que quizá se trate de una acumulación de excitación; luego, el importantísimo hecho de que la angustia que está en la base de los fenómenos de esta neurosis no admite ninguna derivación psíquica. (Freud, 1895 [1894], p 107).

Conclusiones.

Esta primera teoría introduce el factor económico, está vinculada a la cantidad de excitación. Freud aquí considera a la angustia como la transformación de la excitación sexual acumulada y no satisfecha: la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma directamente en angustia.

La angustia que corresponde a las que llama Neurosis actuales: neurastenia y neurosis de angustia, es producto de la transformación de la libido acumulada y una cuestión fundamental, no se halla ligada a ninguna representación psíquica, por lo cual no hay posibilidad de derivación psíquica.

Más allá del principio de placer (1920).

En este trabajo Freud diferencia la angustia del miedo y el terror. En el capítulo segundo del texto, Freud destaca que los síntomas de la neurosis traumática, dentro de la que se encuadra la neurosis de guerra parecen contradecir el principio de placer e indica que se acerca a la histeria y vuelve a recordar su diferenciación entre angustia, miedo y susto y enfoca a la angustia desde una nueva perspectiva, desde su función de defensa:

(...)Terror, miedo, angustia, se usan equivocadamente como expresiones sinónimas; se las puede distinguir muy bien en su relación con el peligro. La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación frente a él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente, en cambio se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa... (Freud, S 1920, pp 12 y 13).

Freud va a advertir que la disposición a la angustia resulta ineficaz cuando el trauma es demasiado intenso. Por último, señala que los sueños de los enfermos de neurosis traumática, con el desarrollo de angustia, lo que intentan es el dominio de la excitación y esto constituye una función del aparato anímico más primitiva que evitar displacer y conseguir placer.

En esta parte de su trabajo Freud relaciona la disposición a la angustia con la sobrecarga del sistema para enfrentar las cantidades excesivas de excitación, las mismas que en caso de desbordarlo originarían tensiones displacenteras de orden traumático que deberían intentarse ligar, a ese fin está orientada la compulsión a la repetición, manifestación de esa tendencia que es más primitiva e independiente del principio de placer, que consiste en ligar la carga libre a una representación.

Freud plantea el tema del trauma, el cual explica ahora como causado por aquellas excitaciones procedentes del exterior que son tan intensas que atraviesan el dispositivo protector. Trauma a la altura de este texto, es abordado como irrupción pulsional o inundación económica. Freud plantea que en la angustia traumática, en la medida en que se produce la inundación económica como emergencia pulsional no ligada, va a implicar la caída de la escena psíquica. En términos de Freud, atraviesan, perforan lo que llama la barrera protectora antiestímulo, que daría lugar a la irrupción de lo pulsional. Dice Freud:

Llamemos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulos. Creo que el concepto de trauma pide esa referencia a un apartamiento de los estímulos que de ordinario resulta eficaz. Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. (Freud, S, 1920, p29).

Freud (1920) va a plantear a la neurosis traumática común (...) “*como el resultado de una vasta ruptura de la protección antiestímulo.*” (p31)

Esta barrera protectora antiestímulo es la que le permite al sujeto ligar la pulsión y mantener el equilibrio del Principio del Placer y de este modo mantener por así decirlo, cierta homeostasis del aparato psíquico.

En Más Allá del Principio de Placer la angustia surge como reacción ante un peligro. El peligro al nivel de la angustia traumática, es la perturbación económica, producida al incrementarse la magnitud del estímulo. Freud (1920) dice al respecto que “*La angustia designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido.*” (p 12).

Conclusiones.

En este texto, Freud arriba a conceptos fundamentales. Encuentra que el estado de angustia, definido como “sobrecarga del sistema” permite enfrentar las cantidades excesivas de excitación ligándolas. Previene así la irrupción de tensión sin “preparación del aparato psíquico” lo cual impide la ligazón de esas magnitudes de excitación, desbordándolo y anulando los medios del aparato para volver a la homeostasis, o sea, impidiendo la labor del Principio del Placer.

Descubre entonces que hay una labor más primitiva del aparato psíquico, que radica en ligar las cargas libres a representaciones, este fin primero es hacia el que se halla orientada la compulsión de repetición.

Trauma, entonces, a la altura de este texto, es abordado como irrupción pulsional o inundación económica, por inoperancia de la barrera antiestímulo, de la cual la angustia forma parte.

Es a nuestro criterio, sumamente interesante y atinente a la dirección de este trabajo, que Freud vincule la angustia traumática, (energía no ligada a representaciones) a una caída (del sujeto) de la escena psíquica. Y por otra parte, es también igualmente importante su definición del concepto de “Terror” como (...) *“estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa”* (...). (pp 12-13).

Inhibición síntoma y angustia (1926 [1925]).

En este trabajo de 1925 Freud avanza en su conceptualización sobre la angustia efectuando una reformulación de su teoría. La angustia es conceptualizada ahora como "reacción ante una situación peligrosa" o señal de alarma ante un peligro interno como la libido; o externo como la castración. Al mismo tiempo que da un giro completo en la teoría descartando la concepción anterior puesto que ya no es la represión quien produce la angustia sino que la angustia causa la represión.

Va a retomar las relaciones entre angustia y represión descartando la concepción anterior según la cual la angustia surge como producto de la energía retirada de investidura de la moción reprimida. Para Freud el yo es el genuino almacén de la angustia. El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional impedida, es resultado del proceso represivo. Y la represión parte del yo. Freud (1926) plantea que "*Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir consciente de la representación que era la portadora de la moción desagradable.*" (p87).

Piensa que el mecanismo para defenderse de un proceso indeseado en el interior, es poniendo en marcha un mecanismo de huida. La represión, por tanto, es equivalente a un intento de huida. (...) "*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.*" (p 89).

Cuando analiza la angustia en el caso del pequeño Hans y el hombre de los lobos llega a la conclusión que el motor de la represión es la angustia frente a la castración, los contenidos angustiantes son sustitutos desfigurados del contenido ser castrado por el padre.

Y ahora, la inesperada conclusión:

En ambos casos, el motor de la represión es la angustia frente a la castración; los contenidos angustiantes —ser mordido por el caballo y ser devorado por el lobo— son sustitutos desfigurados {dislocados} del contenido «ser castrado por el padre». Fue en verdad este último contenido el que experimentó la represión. En el ruso, era expresión de un deseo que no pudo subsistir tras la revuelta de la masculinidad; en Hans, expresaba una reacción que trasmudó la agresión hacia su parte contraria. (Freud, S, 1926, pp 103- 104)

Para Freud (1926) (...) *"La angustia es la reacción frente a la situación de peligro; se la ahorra si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella. (p122).*

El autor comienza a analizar las sensaciones ligadas a la angustia. Recién después de haber tratado lo antes expuesto, Freud (1926) se detiene a conformar una definición de la angustia: (...) *"La angustia es, pues, en primer término, algo sentido. La llamamos estado afectivo, si bien no sabemos qué es un afecto."* (p125).

(...) *"El análisis del estado de angustia nos permite distinguir entonces: 1) un carácter displacentero específico; 2) acciones de descarga, y 3) percepciones de estas."* (Freud 1926, pp 125 -126)

Esta relación de la angustia con sensaciones e inervaciones lo lleva a plantear que:

(...) *el estado de angustia es la reproducción de una vivencia que reunió las condiciones para un incremento del estímulo como el señalado y para la descarga por determinadas vías, a raíz de lo cual, también, el displacer de la angustia recibió su carácter específico. En el caso de los seres humanos, el nacimiento nos ofrece una vivencia arquetípica de tal índole, y por eso nos inclinamos a ver en el estado de angustia una reproducción del trauma del nacimiento. (Freud, S, 1926, p126).*

Por ultimo agrega:

Si tales son la estructura y el origen de la angustia, se nos plantea esta otra pregunta: ¿Cuál es su función, y en qué oportunidades es reproducida? La respuesta parece evidente y de fuerza probatoria. La angustia se generó como reacción frente a un estado de peligro; en lo sucesivo se la reproducirá regularmente cuando un estado semejante vuelva a presentarse. (Freud, S, 1926, p127)

Conclusiones.

Freud nos dice que la situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma (angustia automática), que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro.

(...) *" En ambos aspectos, como fenómeno automático y como señal de socorro, la angustia demuestra ser producto del desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico."* (p 130).

Freud (1926) agrega “*Se echa de ver fácilmente que en esta trama no queda espacio alguno para una abreacción del trauma del nacimiento, y que no se descubre otra función de la angustia que la de ser una señal para la evitación de la situación de peligro.*” (p 131) Por otra parte, la angustia es ahora la causa de la represión y no su consecuencia, definiendo a la angustia ante la castración como motor de la represión.

Angustia y vida pulsional (1932).

En 1932 vuelve a ocuparse Freud de la angustia en la 32ª de las "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: La angustia y la vida pulsional", donde formula la hipótesis del "factor traumático".

En este texto Freud realiza un extracto de su lección de 1916 ("Lecciones introductorias al psicoanálisis", lección 25: la angustia): y señala que la angustia es un estado afectivo. Dice al respecto:

A la angustia consagré ya una de las lecciones de la serie anterior, la número veinticinco. Debo resumir aquí su contenido. Dijimos que la angustia era un estado afectivo, o sea, una reunión de determinadas sensaciones de la serie placer displacer con las correspondientes inervaciones de descarga y su percepción (...). (Freud, S, 1932, p 75).

Habla del nacimiento como el suceso que deja tras de sí tal huella afectiva: las influencias propias de la angustia sobre la actividad cardiaca y la respiración.

Luego diferencia entre la "angustia real" (ante un daño temido del exterior) y la angustia neurótica. Freud (1932) *“Luego partimos del distingo entre angustia realista y angustia neurótica; la primera es una reacción que nos parece lógica frente al peligro, a un daño esperado de afuera, mientras que la segunda es enteramente enigmática, como carente de fin”.* (p.p 75-76).

La cual observa en tres circunstancias:

- 1) como "angustia flotante o expectante" (neurosis de angustia).
- 2) "vinculada" fijamente a determinadas representaciones (fobias).
- 3) Acompañando a los síntomas o como "acceso" o "estado" más duradero (Histeria y otras neurosis).

En las Neurosis de angustia:

La angustia flotante surge por transformación directa de la libido insatisfecha (caso de la neurosis de angustia y de algunas fobias infantiles a la soledad y a los extraños).

En las Neurosis de transferencia:

De la angustia en la histeria y en otras neurosis hacemos responsable al proceso de la represión. (...)Es la idea representación la que experimenta la represión (...) pero su monto de afecto es mudado comúnmente en angustia. (...)En la fobia el síntoma es creado para evitar el acceso de angustia. En los actos obsesivos, si se impide el ceremonial se produce un desarrollo de angustia que el síntoma habría evitado. "Parece - dice Freud - "como si los síntomas fuesen creados para evitar el estallido del estado de angustia." (Freud, S, 1932, pp 77- 78).

Y ¿qué es lo que se teme en la angustia neurótica? Freud (1932) responde: *"Lo que inspira el temor es, claramente la propia libido". (p78)* Aquí, la diferencia con la angustia real estaba en dos aspectos: *"que el peligro es interno en vez de externo, y que no se discierne conscientemente." (p 78).*

A partir de la introducción del modelo estructural, la tónica que divide el aparato psíquico en Yo, Ello y Súper yo va a decir que el yo es la única sede de la angustia.

(...) esa descomposición de la personalidad anímica en un superyó, un yo y un ello, que les expuse en la conferencia anterior, nos obligó a adoptar también otra orientación en el problema de la angustia. Con la tesis de que el yo es el único almacigo de la angustia, (...) "sólo él puede producirla y sentirla, nos hemos situado en una nueva y sólida posición desde la cual muchas constelaciones cobran un aspecto diferente. (Freud, S, 1932, pp 78-79).

Va a nombrar tres clases de angustia: la real, la neurótica y la de la conciencia moral, que son, según Freud (1932) (...) *"referidas tan espontáneamente a los tres vasallajes del yo: respecto del mundo exterior, del ello y del superyó." (p 79).*

a) La angustia real o realista: es una reacción frente a un peligro a un daño esperado desde afuera, es un estado de atención sensorial y tensión motriz que llama apronte angustiado, en el cual, a partir de este estado se desarrolla la reacción de angustia, puede tener dos posibles desenlaces: en primer lugar el desarrollo de la angustia, en donde la repetición de la vivencia traumática se limita a una señal y entonces la restante reacción puede adaptarse a la nueva situación de peligro, puede desembocar en huida o acciones destinadas a ponerse a salvo de esa situación de peligro.

Dice Freud (1916 [1917]) “*De ella diremos que es una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto; va unida al reflejo de la huida, y es lícito ver en ella una manifestación de la pulsión de autoconservación.* (p 358).

b) La angustia neurótica se observa bajo tres clases: En primer lugar una angustia expectante, un estado de angustia libremente flotante, general, pronto a enlazarse de manera pasajera con una nueva posibilidad que emerja;

Hallamos, en primer lugar un estado general de angustia, por así decir una angustia libremente flotante. Está dispuesta a prenderse del contenido de cualquier representación pasajera; influye sobre el juicio, escoge expectativas, acecha la oportunidad de justificarse. Llamamos a este estado «angustia expectante» o «expectativa angustiada. (Freud, S, 1916 [1917], p 362)

En segundo lugar las fobias, en donde se puede discernir un vínculo con un peligro externo pero la angustia frente a él es desmedida. Freud (1916-[1917]) “*Una segunda forma de la angustia, a diferencia de la que acabamos de describir, está más bien psíquicamente ligada y anudada a ciertos objetos o situaciones. Es la angustia de las «fobias», de enorme diversidad y a menudo muy extrañas.*” (p 363)

Y en tercer lugar, la angustia en la histeria y otras formas de neurosis graves en donde acompaña a síntomas o bien emerge de manera independiente como ataque o como estado de prolongada permanencia pero siempre sin que se le descubra un fundamento con un peligro exterior.

La tercera de las formas de angustia neurótica nos plantea, entonces, este enigma: perdemos totalmente de vista el nexo entre la angustia y la amenaza de un peligro. En el caso de la histeria, por ejemplo, esta angustia aparece acompañando a los síntomas histéricos, o bien en estados emotivos en que esperaríamos, por cierto, una exteriorización de afectos, pero no justamente de angustia; o bien, puede aparecer desligada de cualquier condición, como un ataque gratuito de angustia tan incomprensible para nosotros como para el enfermo. (Freud, (1916-[1917]), p 365)

c) Por ultimo tenemos a la angustia social o de la conciencia moral, en la que el superyó receptor de las identificaciones parentales y roles similares de la cultura, arroja su crítica sobre el yo_midiendo la distancia entre este y las aspiraciones del Ideal del Yo.

Freud (1932) Va a plantear que *"La represión no crea la angustia - como afirmara antes - Esta existe con anterioridad, y es ella la que crea la represión."* (p79).

La angustia neurótica ahora es también una angustia real ante un peligro externo: el peligro de la castración en los varones y el peligro de la pérdida del amor en las mujeres. *"Lo decisivo es que el peligro amenace desde afuera y que el niño crea en él"*. (Freud 1932 p 80)

Todas las condiciones de angustia, va a decir Freud (1932) *"repiten en el fondo la situación de la originaria angustia del nacimiento, que también implica una separación de la madre"*. (p 81) A cada época del desarrollo le corresponde cierta situación de peligro (una condición de angustia):

El peligro del desvalimiento psíquico conviene con el estadio de la temprana inmadurez del yo; el peligro de la pérdida de objeto (de amor) a la dependencia de la primera infancia; el peligro de la castración a la fase fálica; y por último, la angustia ante el súper-yo, angustia que cobra una posición particular, al periodo de latencia. (Freud, S, 1932, pp 81-82).

- Finalmente Freud vuelve a preguntarse qué es realmente lo peligroso; y responde con su hipótesis del factor traumático:

(...) Llamemos factor traumático a un estado así, en que fracasan los empeños del principio de placer; entonces, a través de la serie angustia neurótica-angustia realista-situación de peligro llegamos a este enunciado simple: lo temido, el asunto de la angustia, es en cada caso la emergencia de un factor traumático que no pueda ser tramitado según la norma del principio de placer. Lo comprendemos enseguida: el hecho de estar dotados del principio de placer no nos pone a salvo de daños objetivos, sino sólo de un daño determinado a nuestra economía psíquica. (Freud, S, 1932, p 87).

Esto, para Freud (1932) es ejemplificado con el acto del nacimiento: *"Lo esencial en el nacimiento como en toda situación de peligro, es que provoca en la vida anímica un estado de gran excitación, que es sentido como displacer y que el sujeto no puede dominar con su descarga"*. (p 86). Cada vez que el sujeto se encuentre ante una situación de excitación que no pueda dominar mediante la descarga (es decir tramitarla según el principio del placer que tiende a reducir la tensión y recuperar la homeostasis) se reactualizará el "factor traumático" y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia.

Son las represiones secundarias las que muestran el mecanismo en que la angustia es despertada como señal de una situación de peligro anterior; las represiones primarias y más tempranas nacen directamente del instante traumático en el choque del yo con una exigencia libidinosa de primera magnitud y producen su angustia de por sí, aunque conforme al prototipo del nacimiento. Finaliza Freud señalando, entonces, un doble origen 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*". (pp. 87- 88)

Conclusiones.

La angustia considerada por Freud como una reacción afectiva frente al peligro tiene la función de preparar los sistemas psíquicos para la organización defensiva. Su objeto, aunque no identificable remite a la proximidad de un factor traumático que no se puede eliminar siguiendo la norma del principio de placer y según la definición de trauma.

Cada vez que el sujeto se encuentre ante una situación de excitación que no pueda dominar mediante la descarga (es decir tramitarla según el principio del placer que tiende a reducir la tensión y recuperar la homeostasis) se reactualizará el "factor traumático" y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia.

En las Neurosis de angustia: la angustia flotante surge por transformación directa de la libido insatisfecha (caso de esta neurosis y de algunas fobias infantiles a la soledad y a los extraños).

Para Freud (1932) Todas las condiciones de angustia "*repiten en el fondo la situación de la originaria angustia del nacimiento, que también implicó una separación de la madre*". (p 81) A cada época del desarrollo le corresponde cierta situación de peligro (una condición de angustia):

El peligro del desvalimiento psíquico conviene con el estadio de la temprana inmadurez del yo; el peligro de la pérdida de objeto (de amor) a la dependencia de la primera infancia; el peligro de la castración a la fase fálica; y por último, la angustia ante el súper-yo, angustia que cobra una posición particular, al periodo de latencia. (Freud 1932 Pág. 81, 82).

Conclusiones sobre el concepto de angustia en los textos revisados.

Hay en Freud tres concepciones de la angustia; la primera como descarga somática directa, como expresión de una excitación sexual que no puede ser ligada porque no tiene acceso a los representantes psíquicos. En esta primera época Freud considera a la angustia como una acumulación de excitación sexual que no es satisfecha, la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma en angustia. En este primer momento Freud refiere que lo que produce angustia es un factor físico de la vida sexual. La angustia es un fenómeno físico producto de una acumulación de tensión sexual por una descarga que fue perturbada. Durante este primer periodo considera a la angustia como núcleo esencial para organizar las neurosis llamando a este primer grupo neurosis de angustia.

La angustia que corresponde a las que llama Neurosis actuales: neurastenia y neurosis de angustia, es producto de la transformación de la libido acumulada y una cuestión fundamental, no se halla ligada a ninguna representación psíquica, por lo cual no hay posibilidad de derivación psíquica.

La segunda concepción la plantea como producto de una transformación de la libido en angustia por efecto de la represión, transformación que es debida a la separación de la libido de sus representantes psíquicos reprimidos, libido que al desligarse se transforma y se libera manifestándose como angustia.

Su tercera y definitiva teoría, se produce como resultado del desarrollo de la teoría que condujo a Freud a poner el acento sobre el yo, con la elaboración de la segunda tópica, se produce un cambio importante en su concepción de la angustia. La angustia deja de ser un resultado de la represión para volverse un instrumento al servicio del yo para sus operaciones defensivas. El yo se vuelve sede de la angustia y es precisamente la angustia del complejo de castración el motor de la represión. Es decir que el yo, utiliza la angustia como señal de peligro con el propósito de evitar su desarrollo.

De acuerdo con esto habría dos posibilidades de emergencia de la angustia: en el primer caso se trata de la angustia automática, que corresponde a una situación traumática que es, esencialmente una vivencia de desvalimiento del yo frente a una acumulación de excitación que aquel no puede tramitar, y el segundo tipo es la angustia señal, que es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro. Freud (1926) nos dice al respecto: *“En ambos aspectos, como fenómeno automático y como*

señal de socorro, la angustia demuestra ser producto del desvalimiento psíquico del lactante, que es el obvio correspondiente de su desvalimiento biológico.” (p 130)

El pánico en los textos freudianos.

Psicología de las masas y análisis del Yo. (1921)

En “Psicología de las masas y análisis del Yo” Freud va a plantear que los vínculos entre pares, objeto de amor, etc., pueden ser considerados fenómenos sociales. Estos entran en oposición con otros fenómenos que se denominan narcisistas donde la satisfacción pulsional se sustrae del influjo de otras personas o renuncia a estas.

Freud parte de considerar a la pulsión social, como no originaria e irreductible, y contemplando la posibilidad de que su origen pueda hallarse en el seno de la familia.

Si los individuos en una masa están ligados en unidad, tiene que haber algo que produzca la unión, que sea característico de la misma. En la masa, según Le Bon, citado por Freud, desaparecen las adquisiciones de los individuos y por lo tanto su peculiaridad, lo heterogéneo se hunde en lo homogéneo.

Freud agrega a esta causa que el individuo al entrar en la masa queda sometido a condiciones que le permiten descartar, por así decirlo, las represiones de sus mociones pulsionales inconscientes. Las propiedades nuevas son, las exteriorizaciones de ese inconsciente que contiene como disposición toda la maldad humana y la desaparición de la conciencia moral (angustia social).

Freud (1921) nos dice que *“Una segunda causa es el contagio, contribuye igualmente a hacer que en las masas, se exterioricen rasgos especiales, y, al mismo tiempo, a marcar la orientación de estos”*. (p.p 71-72)

Plantea que la tarea consiste en procurar a la masa las mismas propiedades que eran características del individuo y se les borraron por la formación de la masa. En efecto el individuo poseía (fuera de la masa) su continuidad, su conciencia de sí, sus tradiciones y usos, y se mantenía separado de otros con quienes rivalizaba. Esta especificidad es la que había perdido por su ingreso a la masa.

Con respecto al pánico Freud comienza su teorización al respecto diciendo que, existe una falta de libertad cuando las masas artificiales (en este caso señala como tales a la Iglesia y al Ejército) se descomponen, cuando se pierde al jefe, ya sea por caer la confianza en él o por cualquier otra razón.

A raíz de este hecho, se genera el pánico en la masa y a partir de allí, cada uno queda librado a su propia suerte. Si los lazos recíprocos se disuelven se libera una angustia (pánico) por caída del sentido que los unía.

Otro indicio de lo mismo, a saber, que la esencia de una masa consistiría en las ligazones libidinosas existentes en ella, nos lo proporciona también el fenómeno del pánico, que puede estudiarse mejor en las masas militares. El pánico se genera cuando una masa de esta clase se descompone. Lo caracteriza el hecho de que ya no se presta oídos a orden alguna del jefe, y cada uno cuida por sí sin miramiento por los otros. Los lazos recíprocos han cesado, y se libera una angustia enorme, sin sentido. (Freud, S, 1921 p 91).

Cuando los individuos dominados por esta angustia pánica, cuidan de sí mismos se dan cuenta de que han cesado esas ligazones afectivas que hasta entonces les rebajaban el peligro. Lo que sucede es que la angustia pánica supone que se afloje la estructura libidinal de la masa. La angustia crece en la masa por contagio.

“En un individuo la angustia será provocada por la magnitud de un peligro o por ausencia de ligazones afectivas, que según Freud (1921) (...) *“es lo que ocurre en la angustia neurótica. De igual modo el pánico nace por el aumento del peligro que afecta a todos, o por el cese de ligazones afectivas que cohesionaban a la masa.”* (p.p 92-93).

Vemos que en la teoría Freudiana que el pánico carece de relación con la amenaza. El pánico no responde a la dimensión del peligro a veces se desencadena por causas insignificantes, circunstancias que no justifican el surgimiento del miedo. El pánico acontece cuando cae el poder del líder o los ideales fundamentales: caída de una creencia, de un ideal fundamental, caído o muerto el líder, las órdenes de este dejan de obedecerse. Entonces cada sujeto cuida solo de sí mismo, y roto los lazos con los otros comienza a surgirle un miedo inmenso que no puede atribuirse a la magnitud del peligro.

Freud en el texto comenta una parodia del drama Judith y Holofernes donde un guerrero grita “¡El jefe ha perdido la cabeza!” y todos emprenden la fuga:

La ocasión típica de un estallido de pánico se asemeja mucho a la manera como la figura Nestroy en su parodia del drama de Hebbel sobre Judit y Holofernes. Grita un soldado: « ¡El general ha perdido la cabeza!», y de inmediato todos los asirlos se dan a la fuga. La pérdida, en cualquier sentido, del conductor, el no saber

a qué atenerse sobre él, basta para que se produzca el estallido de pánico, aunque el peligro siga siendo el mismo; como regla, al desaparecer la ligazón de los miembros de la masa con su conductor desaparecen las ligazones entre ellos, y la masa se pulveriza como una lágrima de Batavia a la que se le rompe la punta. (Freud, S, 1921, p 93).

El pánico resultante de la desintegración de la masa provoca la huida de sus miembros. La ruptura de los lazos con el líder, revela la importancia que presenta el sostenimiento de los lazos que el sujeto mantiene con sus semejantes. El yo decae cuando pierde su reflejo en el líder, líder que ocupa el lugar del ideal del yo y que le otorga una imagen de completud. Además pierde aquellos lazos que el sujeto mantiene con sí mismo y que le brindan –a través de la identificación- una identidad, de ahí las vivencias de desorganización y vacío que produce el pánico provocado por la desorganización de la masa.

Por otra parte, queríamos destacar lo que Freud señala en el texto “*Sobre la justificación de separar de la neurastenia de un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*” como modalidad del ataque de angustia, el terror nocturno, que puede encuadrarse dentro de los fenómenos de pánico.

Freud describe la sintomatología de la neurosis de angustia e incluye el terror nocturno. Este terror nocturno afirma que en los niños constituye una variedad del ataque de angustia. Su sesgo histérico da cuenta de su enlace con la reproducción de una vivencia o de un sueño, que puede presentarse con esta modalidad particular o también en forma pura y sin sueño. El terror nocturno aparece como una variedad del ataque de angustia, que se presenta acompañado de angustia, disnea, sudor, etc. Puede estar enlazado con la reproducción de una vivencia o de un sueño, con lo cual adquiere un sesgo histérico pero también se presenta puro, sin sueño o sin alucinación recurrente.

Muy frecuente es el terror nocturno (pavor nocturnus de los adultos), por lo común acompañado de angustia, disnea, sudor, etc. No es nada más que una variedad del ataque de angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma de insomnio en el marco de la neurosis de angustia.

Por otra parte, me he convencido de que también el pavor nocturnus de los niños no es más que una forma perteneciente a la neurosis de angustia. Su sesgo histérico, el enlace de la angustia con la reproducción de una vivencia o de un sueño

adecuado a ella, lo hacen aparecer como algo particular; pero también se presenta puro, sin sueño o sin alucinación recurrente. (Freud, S, 1895 [1894] pp 95-96).

Lo que Freud dice respecto a este terror, se puede considerar como una primera aproximación al tema del pánico.

Conclusiones respecto del concepto de “pánico” en S. Freud.

El pánico en un individuo, igual que la reacción de pánico en una masa, sería provocada por la descomposición de los vínculos afectivos que lo hacían sentir protegido y seguro.

El pánico se define como un estado de terror inmotivado y traumático que concretamente aparece en cualquier contexto, a diferencia de la angustia que en las neurosis, por ej. en la fobia claramente se da frente a un objeto determinado.

Lo que define al pánico es un terror inmotivado y excesivo. Iunger (2013) plantea que *“Los correlatos somáticos compartidos con la angustia pueden no estar en absoluto. Freud describió este fenómeno en relación a las masas, pero generalizándolo al individuo”*.

En la teoría Freudiana el pánico carece de relación con el peligro que amenaza. El pánico no responde a la magnitud del peligro a veces se desencadena por causas insignificantes, circunstancias que no justifican el surgimiento repentino del miedo. El pánico acontece cuando cae el poder del líder o los ideales fundamentales: caída de una creencia, de un ideal fundamental, caído o muerto el líder, las órdenes de este dejan de obedecerse. Entonces cada sujeto cuida solo de sí mismo, y roto los lazos con los otros comienza a surgirle un miedo inmenso que no puede atribuirse a la magnitud del peligro.

El yo decae cuando pierde su reflejo en el líder, líder que ocupa el lugar del ideal del yo y que le otorga una imagen de completud. Además pierde aquellos lazos que el sujeto mantiene con sí mismo y que le brindan –a través de la identificación- una identidad, de ahí las vivencias de desorganización y vacío que produce el pánico provocado por la desorganización de la masa.

Angustia y pánico en Lacan.

5.1 Introducción Seminario X La angustia. (1962).

En el seminario X “La angustia” Lacan plantea que la angustia no se presenta sin objeto. Solo la noción de real, como función opuesta a la del significante, permite decir que eso, ante lo cual la angustia opera como señal, es para el hombre algo “necesario”, es del orden de lo irreductible de ese real. De todas las señales, la angustia es la que no engaña.

A diferencia de Freud, sostiene que ella no carece de objeto, sino que simplemente involucra un tipo distinto de objeto, el resto de la división del Sujeto, imposible de ser simbolizado. Se trata del objeto a, el objeto causa del deseo.

En esta obra Lacan vincula la angustia con el concepto de falta. La angustia también surgiría cuando falta esa falta, y el acting out y el pasaje al acto serían defensas contra ese afecto.

Más allá de la angustia de castración.

En la clase IV Más allá de la angustia de castración de la sesión del 5 de diciembre de 1962, Lacan introduce nuevamente el esquema del espejo para articular la explicación de la angustia:

Vuelvo a colocar sobre el pizarrón la figura, el esquema sobre el que comenzamos a trabajar la vez pasada en la articulación de lo que constituye nuestro objeto, a saber, la angustia, quiero decir su fenómeno, pero también el lugar que les enseñaré a designar como siendo el propio de aquélla, así como a profundizar la función del objeto en la experiencia analítica. (Lacan 1962, p 3).

Lo que busca Lacan ordenar en este esquema es que:

(...) en el lugar $i'(a)$ en el Otro, en el lugar del Otro, se perfila una imagen reflejada de nosotros mismos. Es una imagen que esta autenticada por el Otro, pero que es problemática, incluso falaz. Esta imagen se caracteriza por una falta. Dicha imagen orienta y polariza el deseo, tiene para él una función de captación. En ella el deseo está, no solo velado, sino puesto esencialmente en relación con una ausencia. Esa ausencia es también la posibilidad de una aparición regida por una presencia que está en otra parte. Tal presencia la gobierna de cerca, pero lo hace desde donde es inaprensible para el sujeto. Como les indiqué, la presencia en cuestión es la del a , el objeto en la función que cumple en el fantasma. (Lacan, 1962, p55).

Lacan recuerda, entonces, que la angustia de castración es el término que Freud planteó como el obstáculo que no ha podido superar, "el tope con el que tropieza el neurótico"

(...) la castración en su estructura imaginaria, ya está dada aquí, en $(-\Phi)$, en el nivel de la fractura que se produce ante la proximidad libidinal del semejante, en un momento de cierto dramatismo imaginario. De ahí la importancia de la escena que por esta razón se llama traumática. (Lacan, 1962, p 56).

La angustia de castración en su relación al Otro mayúscula, lo es en cuanto angustia que viene a este lugar del $-\Phi$.

Si para Freud el límite en el neurótico, era la castración, Lacan, va a plantear que no es la angustia de castración en sí misma la que constituye el límite. El neurótico no retrocede ante la castración, sino que hace de su castración lo que falta en el Otro.

Lacan (1962) va a decir que *"Aquello ante lo que el neurótico reclusa no es la castración, sino que hace de su castración lo que le falta al Otro. Hace de su castración algo positivo, a saber, la garantía de la función del Otro". (p 56).*

"El verdadero objeto que busca el neurótico es una demanda: quiere que se le demande. Quiere que le supliquen. Lo único que no quiere es pagar el precio" (Lacan, 1962, p 62).

Para analizar la relación entre demanda y castración, Lacan aborda lo que Freud plantea en "Inhibición, síntoma y angustia" entre la angustia y la "pérdida de objeto":

En inhibición síntoma y angustia Freud nos dice o parece decirnos, que la angustia es la reacción-señal ante la pérdida de un objeto. Y enumera-pérdida del medio uterino que se produce en el bloque con el nacimiento- pérdida posible de la madre, considerada como objeto- pérdida del pene- pérdida del amor del objeto- pérdida del amor del superyó. (Lacan, 1962, p 63).

Lacan (1962) va a decir que (...) *"la angustia no es la señal de una falta, sino de algo que es preciso concebir en un nivel redoblado como la carencia del apoyo que aporta la falta"* (p64).

Entonces, no es la pérdida por el seno materno lo que engendra la angustia sino su inminencia. Lacan (1962) *"Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima"(...). (p 64).*

Por lo tanto, para Lacan (1962) la angustia (...) *"no se trata de la pérdida del objeto, sino de la presencia de lo siguiente - los objetos, eso es algo que no falta" (pág. 64).*

Lo que engaña.

En la sesión del 12 de diciembre de 1962, va a plantear que esta dimensión del Otro está presente en la angustia, dimensión presente incluso en las investigaciones y respuestas de laboratorio (Pavlov) sobre organismos animales como los perros, es decir el mismo investigador entra ahí como Otro. Basta el montaje que implica la investigación para que dicha dimensión del Otro está presente, sea cual sea el animal.

Lacan nos dice al respecto:

Por primitivo que sea, con respecto al organismo de un sujeto hablante, el organismo animal interrogado (...) la dimensión del Otro está presente en la experiencia". Que esa dimensión del Otro cuente no es sinónimo de que el organismo sepa de ella. En efecto, "el selbst-bewusstsein, considerado constitutivo del sujeto cognoscente, es una ilusión, una fuente de error, puesto que la dimensión del sujeto supuesto transparente en su propio acto de conocimiento sólo empieza a partir de la entrada en juego de un objeto especificado que es el que trata de circunscribir el estadio del espejo, o sea, la imagen del cuerpo propio, en tanto que, frente a ella, el sujeto tiene el sentimiento jubiloso de estar ante un objeto que lo torna al sujeto transparente para sí mismo. La extensión a toda clase de conocimiento de esta ilusión de la consciencia está motivada por el hecho de que el objeto del conocimiento está construido, modelado, a imagen de la relación con la imagen especular. (Lacan, 1962, p 71).

Para que la reacción de angustia se produzca, siempre se precisan dos condiciones, que están presentes en los casos evocados:

La primera es que los hechos deficitarios sean lo bastante limitados como para el que el sujeto pueda circunscribirlos en la prueba a la que se halla sometido, y que, debido a este límite, la laguna aparezca en cuanto tal en el campo objetivo. Es este surgimiento de la falta bajo una forma positiva lo que es fuente de angustia". La segunda condición, que tampoco se debe omitir, es que "el sujeto tiene frente a él a Goldstein o a determinada persona de su laboratorio, que lo somete a una prueba, a un texto organizado. Así el campo de la falta se produce bajo el efecto de la demanda. (Lacan, 1962, pp 72- 73).

Lacan (1962) recuerda que *"el significante, como les dije en cierto momento decisivo, es una huella, pero una huella borrada"*. A diferencia del signo, que *"representa algo para alguien"*, *"el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante"*. (p74).

El sujeto, allí donde nace, no tiene otro destino que el de *"insertarse en el lugar del Otro, en una cadena de significantes"*. El significante revela al sujeto, *"pero borrando su huella"*. El sujeto surge con el nacimiento del significante, *"pero como tachado, como no-sabido"*, y *"toda la orientación ulterior del sujeto se basa en la necesidad de una reconquista respecto a este no-sabido original"*. (p.p 75- 76).

Mantenemos una relación de angustia al objeto perdido, dónde, a su vez podemos reencontrarlo. Toda demanda implica la existencia de angustia, pero esta demanda es engañosa, de ahí que surge lo angustiante de llenar esa falsa demanda. Por ello, la demanda no debe ser tomada al pie de la letra, lo que el niño demanda a la madre es esta relación presencia/ausencia (estructurada por el fort-da), en cambio cuando la demanda es colmada totalmente es ahí donde surge la angustia.

Lacan (1962) dice: *"Es la demanda la que indebidamente toma el lugar de lo que está escamoteado, el objeto a. La existencia de la angustia está vinculada al hecho de que toda demanda, aunque sea la más arcaica, siempre tiene algo de engañoso respecto a lo que preserva el lugar del deseo"*. (p 77)

Hay siempre un vacío que preservar que no tiene nada que ver con el contenido de la demanda, pues es de su colgamiento que para Lacan (1962) *"surge la perturbación en la que se manifiesta la angustia"*. (p 77).

La angustia no es sin objeto.

Lacan va a plantear en su clase del 9 de enero de 1963 que la angustia a diferencia de Freud (1926) para quien en el texto “Inhibición síntoma y angustia” planteaba lo siguiente: *"La angustia tiene un inequívoco vínculo con la expectativa; es angustia ante algo. Lleva adherido un carácter de indeterminación y ausencia de objeto"* es decir para él la angustia carece de objeto: (Freud, 1926, p 154).

Lacan, (1963) por el contrario va a decir: *"Que la angustia no tiene objeto es algo generalmente admitido. Esto, que se extrae, no del discurso de Freud, sino de una parte de sus discursos, es propiamente lo que yo rectifico en mi discurso". (p 100).* La angustia para Lacan entonces...*"no es sin objeto"* (p 101).

Lacan (1963) *"Resulta que hemos precisado en nuestro camino de la angustia, el estatuto de lo que de entrada he designado con la letra a". (p 98).* Es designado por una letra para dejarlo fuera del significante. No hay significante que lo designe. Este objeto está fuera de toda definición de objetividad, y es así como Lacan sitúa el objeto a en el registro de lo Real. Lacan va a decir entonces *"Pero de lo que nosotros tenemos que hablar haciendo uso del término (a) es precisamente de un objeto externo a toda definición posible de la objetividad."* (p 98).

Lacan se rectifica que la angustia es sin objeto, y va a decir que *"la angustia no es sin objeto"*, aunque no se trata del objeto de la angustia, no se sabe de qué objeto se trata; comenta la frase de la relación del sujeto al falo, *"él no es sin tenerlo"*.

Dice Lacan (1963) al respecto: *"Este objeto no es, estrictamente hablando, el objeto de la angustia."*

Ya utilicé este no sin cuando les presenté la fórmula relativa a la relación del sujeto con el falo: él no deja de tenerlo. Esta relación de no ser sin tener no significa que se sepa de qué objeto se trata". (p101)

Los objetos parciales, o las distintas formas del objeto a, son cinco, falo, pezón, escíbalo, mirada y voz, y cuando aparecen y devienen reconocibles, es la angustia la que nos señala su estatuto. Esas cinco formas del objeto a corresponden a cinco formas de pérdida y de aparición de la señal de angustia.

Dos mecanismos en los extremos, el que comienza con la inhibición y termina con la angustia:

Cuando retoma el esquema óptico nos recuerda que ahí lo vemos sobre el florero que simboliza el continente narcisista de la libido, $i(a)$, y que se corresponde por mediación del espejo Otro mayúscula, con la imagen del cuerpo propio, $i'(a)$. Y que existe una oscilación comunicante, que Freud la menciona como reversibilidad de la libido del cuerpo propio y la del objeto. Es ahí, en ese lugar, donde se da la incidencia de la angustia.

Lo ven Uds. aquí coronando el perfil del florero que simboliza para nosotros el continente narcisista de la libido. Este puede ser puesto en relación con la imagen del cuerpo propio, $i'(a)$, por intermedio del espejo del Otro, A. Entre ambos se produce esta oscilación comunicante que Freud designa como la reversibilidad entre la libido del cuerpo propio y la del objeto. En la oscilación económica de esta libido reversible entre $i(a)$ y $i'(a)$, hay algo que no es que se le escape, sino que interviene allí con una incidencia cuyo modo de perturbación es precisamente lo que estudiamos este año. La manifestación más llamativa de este objeto a, la señal de su intervención, es la angustia". (Lacan, 1963, p 98).

La angustia, tiene por función el ser señal de algo, respecto a lo que pasa en la relación del sujeto con el objeto a, un sujeto dividido en su misma entrada a la existencia en el campo del Otro, por eso en esa relación entra en cierto modo borrado (fading). Es la señal de ciertos momentos de esa relación.

La angustia nos enseñó Freud desempeña en relación con algo la función de señal. Yo digo que es una señal en relación con lo que ocurre respecto de la relación del sujeto con el objeto a en toda su generalidad. El sujeto solo puede entrar en esta relación por la relación de un cierto fading, la designada por s notación mediante una S tachada. La angustia es la señal de ciertos momentos de esta relación. Es lo que nos esforzaremos por mostrar mejor hoy, precisando lo que entendemos por objeto a. (Lacan, 1963, p 98).

Para Lacan entonces, la angustia, es la manifestación, la señal de la intervención del objeto a.

Pasaje al acto y acting out como modalidades de la angustia.

En la Clase del 23 de enero de 1963, Lacan plantea que *“El aislamiento de a se produce a partir del Otro, y es en la relación del sujeto con el Otro que se constituye como resto. Por eso he reproducido este esquema, que es homólogo al aparato de la división.”* (p127).

A S

\$ /..

a O

Segundo esquema de la división.

Arriba del todo a la derecha, el sujeto, en tanto que, en nuestra dialéctica, tiene su punto de partida en la función del significante. Es el sujeto hipotético en el origen de dicha dialéctica. El sujeto tachado, por su parte, único sujeto al que accede nuestra experiencia, se constituye en el lugar del Otro como marca del significante. Inversamente, toda la existencia del Otro queda suspendida de una garantía que falta, de ahí el Otro tachado. Pero de esta operación hay un resto, es el a. (Lacan, 1963, pp 127- 128).

A través del esquema de la división subjetiva, Lacan da cuenta como el ser viviente entra en el campo del Otro. En esta operación de simbolización se va a producir una pérdida del goce y además en esta operación se va a producir un resto, ese resto que queda de la división del Otro es el objeto a. Aquí el objeto a se presenta como causa de deseo, en el nivel de la angustia que se encuentra en relación al deseo del Otro. La angustia Lacan la ubica en posición media entre el goce y el deseo, entre ese sujeto mítico del goce y el sujeto dividido del deseo. Si el sujeto no pasa por el momento lógico de la angustia, no puede constituirse como sujeto de deseo.

Cuando Lacan realiza el segundo esquema de la división subjetiva, plantea que el Otro no es completo, que algo le falta. Aquí tenemos un sujeto dividido por estar atravesado por el lenguaje que se relaciona con un Otro también afectado por una falta. Es desde el lugar del Otro caracterizado por una falta que se instituye el objeto a, que es causa del deseo. Es decir, si el sujeto desea es en tanto ocupa el lugar de objeto a del deseo del Otro.

Dice Lacan (1963) *“El último pensamiento de Freud nos indica que la angustia es señal en el yo. Si esta señal se encuentra en el yo, debe estar en algún lugar del yo ideal.”* (p130).

“Si a se llama a en nuestro discurso, no es tan solo por esta función de identidad algébrica de la letra que predicamos el otro día, sino, para decirlo, humorísticamente, porque es lo que ya no se tiene.” (Lacan 1963 p 131)

Lacan (1963) plantea que Para Freud *“la angustia es un fenómeno de borde una señal que se produce en el límite del yo cuando este se ve amenazado por algo que no debe aparecer”*. “Esto es el a”, dice Lacan, *“el resto aborrecido por el otro”*. (pp 132 133).

Les bastará con remitirse al texto de Freud. En el plano de la angustia del nacimiento, dice, se constituye toda una constelación de movimientos principalmente vasomotores y respiratorios, constelación real que será transportada a la angustia en su función de señal, al modo en que se constituye el acceso histérico, reproducción a su vez de movimientos heredados para la expresión de ciertos momentos emocionales. Esto es ciertamente del todo inconcebible. Es imposible situar al comienzo una relación tan compleja de la angustia con el yo. Si luego podrá servirle como señal al yo, ello es sólo por intermedio de la relación de i (a) con el a, y precisamente con lo que tenemos que encontrar en él como estructural, o sea, el corte.

Pero entonces, la separación característica al principio, la que nos permite abordar y concebir la relación, no es la separación respecto de la madre. El corte de que se trata no es entre el niño y la madre. (Lacan, 1963, p 134).

Para Lacan, (1963) *“el acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra”, pero donde “lo que se muestra, se muestra esencialmente como distinto de lo que es.”* (p136).

En el pasaje al acto, la relación al saber es un rechazo a saber sobre algo posible.

En el acting out: el acting out se produce cuando el sujeto se enfrenta con lo imposible de saber, lo que nunca podrá ser apresado. En los dos hay angustia. El pasaje al acto tiene una característica, que es el exceso. Lacan habla de embarazo como algo que va creciendo que excede.

El análisis del caso de la joven homosexual femenina le permitirá a Lacan (1963) precisar (...) "*una característica estructural de la relación del sujeto con el a*", (p 128) relación que llama universal, (...) "*puesto que a todos los niveles la reencontrarán ustedes en lo que al a respecta*" (p128) Para ello, acude a un término tomado del vocabulario de Freud relativo a dicho caso, "el dejar caer, el *niederkommen Lassen*. Para Lacan "*este dejar caer es el correlato esencial del pasaje al acto (...) es la estructura misma del pasaje al acto*" (p128)

En la joven homosexual, el pasaje al acto es saltar la valla, Lacan dice es un intento de garantizar el deseo del padre. Es ante la mirada del padre que salta la valla. Hacerse objeto de esa mirada. Mientras que el acting out lo representa el pasearse con la dama ante la mirada de los otros: es mostrar eso imposible de saber: la no-relación sexual dice Lacan en el Seminario.

Lacan (1963) plantea que si la joven homosexual quería un hijo del padre, lo quería "*en tanto que falo (...) como sustituto, ersatz, de algo que cae de lleno en nuestra dialéctica del corte y de la falta, del a como caída, como faltante.*" (p137).

"*Es lo que le permite tras fracasar en la realización de su deseo, realizarlo al mismo tiempo de otra y de la misma manera*". ¿Cómo? Se hace amante, es decir, (...) "*se exige en aquello que ella no tiene, el falo, y para mostrar bien que lo tiene, lo da.*" (Lacan, 1963, p 137).

Tenemos así, simultáneamente, en la mostración, una máxima exposición y un velamiento. El velamiento corre para el sujeto del acting out, en tanto que "*lo esencial de lo que es mostrado es aquel resto, su caída, lo que cae en este asunto.*" (p 138) La caída de ese resto **a**, (...) "*entre el sujeto \$, aquí Otrificado, por así decir, en su estructura de ficción, y el Otro, ~~A~~ no autentificable, nunca del todo autentificable lo que surge es este resto, a*" (...). (p138).

Es decir, hay en ambos fenómenos una relación íntima al objeto perdido, donde se apoya la castración. Y ésta va a retornar sobre el sujeto especialmente en el pasaje al acto. En el pasaje al acto el sujeto se barra al máximo, identificándose al objeto.

El pasaje al acto está del lado del sujeto en tanto que éste aparece borrado al máximo por la barra. El momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra - a saber, desde el lugar de la

escena en la que, como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto - se precipita y bascula fuera de la escena. Esta es la estructura misma del pasaje al acto. (Lacan, 1963, p 128).

Angustia de castración.

En la Clase del 29 de mayo de 1963: *El falo evanescente*, Lacan habla de la angustia de castración. En este capítulo va a situar el origen de la angustia de castración a nivel del pene, y ubica el principio de la angustia de castración en la detumescencia del órgano masculino. Al ubicar el principio de castración en un funcionamiento de órgano, no se trata ya de ningún agente de la castración, no hay Otro amenazante. De esta manera Lacan ubica en el lugar del falo el objeto perdido.

Hace entonces sortear el obstáculo conceptual de la angustia de castración resituándola en el nivel del órgano masculino, de su funcionamiento en la copulación en el momento del orgasmo...” (...) “En este punto es preciso subrayar que él hace de la detumescencia del órgano, de su carencia, de la desaparición de la función fálica en el acto sexual “el principio de la angustia de castración.” (Miller, 2007, p 60).

Lacan (1963) se interroga “¿Cuál es verdaderamente la relación de la angustia con la castración? No basta con que sepamos que es vivida en cuanto tal en cierta fase llamada terminal - lo es, o no lo es - del análisis para que sepamos verdaderamente qué es”. (p280).

Y Agrega:

Para decir enseguida las cosas tal como se articularán en el paso siguiente, diré que la función del falo como imaginario funciona por todas partes, en todos los niveles que he caracterizado mediante cierta relación del sujeto con el a. El falo actúa por doquier con una función mediadora, salvo allí donde se lo espera, en particular la fase fálica.

Esta carencia del falo, presente en todo otro lugar y situable, a menudo para nuestra gran sorpresa, este desvanecimiento de la función fálica en este nivel donde se espera que el falo funcione, es el principio de la angustia de castración. De ahí la notación $(-\Phi)$ que denota esta carencia, por así decir, positiva. No haberlo formulado nunca de esta forma impidió que se extrajeran las correspondientes consecuencias. (Lacan, 1963, p 280).

La angustia de castración, que no se refiere a la pérdida del órgano, ni a la amenaza del Otro, lo relaciona con un hecho biológico: la detumescencia del pene en la cópula.

La ventaja de esta concepción es que permite dar cuenta de la aparición de la angustia en cierto número de formas de obtener el orgasmo. La angustia aparece - Freud lo captó por primera vez en el coitus interruptus - en la medida en que el orgasmo se separa del campo de la demanda al Otro. Aparece, por así decir, en ese margen de pérdida de significación, pero de este modo sigue designando aquello a lo que se apunta de una determinada relación con el Otro. (Lacan, 1963, p 284).

Si se puede decir que el goce del hombre y el de la mujer no se conjugan orgánicamente, es porque el hombre no llevará nunca hasta ese punto el extremo de su deseo. En la medida en que el deseo del hombre fracasa, la mujer se ve llevada, por así decir normalmente, a la idea de tener el órgano del hombre, como si fuera un verdadero amboceptor, y esto es lo que se llama el falo. Al no realizar el falo, salvo en su evanescencia, el encuentro de los deseos, se convierte en el lugar común de la angustia.

(...) en la medida en que es convocado como objeto de propiciación en una conjunción en impasse, y puesto que se confirma que falta, el falo constituye la castración misma como un punto imposible de eludir de la relación del sujeto con el Otro, y como un punto resoluble en cuanto a su función de angustia... (Lacan, 1963, p 287).

Los nombres del padre.

En la última clase del seminario, Clase del 3 de julio de 1963: Del a, a los nombres del padre, Lacan comienza señalando que *“La angustia, Freud, al término de su obra, la designó como señal. La designó como una señal distinta del efecto de la situación traumática, y articulada con lo que llama peligro, término que para él remite a la noción - no elucidada, hay que decirlo - de peligro vital. (Lacan 1963 p 351)*

Lacan (1963) (...) *“En conformidad con la indicación freudiana, pero articulado con más precisión, digo que el peligro en cuestión está ligado al carácter de cesión del momento constitutivo del objeto a” (...). (p 351).*

El autor se pregunta que puede ser considerada la angustia señal. Lacan (1963) sitúa este momento (...) *“como anterior a la cesión del objeto, al igual que la necesidad de su articulación obliga a Freud a situar algo más primitivo que la situación de peligro.” (p.p 351-352).*

La angustia para Lacan (1963) (...) *“se manifiesta sensiblemente como relacionada de forma compleja con el deseo del Otro. Ya en este primer abordaje, indiqué que la función angustiante del deseo del Otro está vinculada a lo siguiente - no sé qué objeto a soy yo para dicho deseo.”(p 352)*

La angustia, para Lacan está vinculada a que:

(...) no sé qué objeto a soy para el deseo del Otro pero esto, a fin de cuentas, sólo vale en el nivel escópico. Aquí es donde puedo darles a ustedes la fábula ejemplar en la que el Otro sería radicalmente un Otro, la mantis religiosa de deseo voraz con la que no me vincula ningún factor común.

Por el contrario, con el Otro humano algo me vincula, que es mi cualidad de ser su semejante, y de ello resulta que el resto a, el del no sé qué objeto soy angustiante, es profundamente desconocido. Hay desconocimiento de lo que es el a en la economía de mi deseo de hombre, y por eso en el nivel llamado cuarto, el del deseo escópico, aquel donde la estructura del deseo está más plenamente desarrollada en su alienación fundamental, es también, paradójicamente, aquel donde el objeto a se encuentra más enmascarado y, por este hecho, el sujeto está más protegido en cuanto a la angustia.” (Lacan, 1963, p 352)

Para Lacan (1963) la realidad del Otro es presentificada por la necesidad, esto en un primer nivel, (...) *como queda bien claro en la impotencia original del lactante. Sólo en el segundo nivel, con la incidencia de la demanda del Otro, se desprende algo que, hablando con propiedad, nos permite articular de un modo complejo la constitución del a respecto a la función del Otro como lugar de la cadena significativa. (Lacan, 1963, pp 352 -353).*

Y prosigue:

(...) el nivel llamado oral (...) allí la angustia ya aparece, antes de toda articulación en cuanto tal de la demanda del Otro. Singularmente, esta manifestación de la angustia coincide con la emergencia misma en el mundo de aquel que será el sujeto. Esta manifestación es el grito. Ahora bien, la función del grito ya la situé hace tiempo como relación, no original, sino terminal, con lo que debemos considerar que constituye el corazón mismo de ese Otro, en la medida en que éste alcanza para nosotros en un momento dado la forma de nuestro prójimo.” (...)La diferencia es que con el grito que se le escapa al recién nacido, él nada puede hacer al respecto. Ahí ha cedido algo, y ya nada lo vincula a ello. (Lacan, 1963, p 353).

En este texto plantea que la angustia fue designada por Freud como señal de algo. Lacan (1963) se interroga al respecto: *“Este algo, ¿no debemos reconocer aquí su rasgo esencial, en la intrusión radical de algo tan Otro para el ser vivo humano como constituye ya para él el hecho de pasar a la atmósfera, de modo que al salir a ese mundo donde debe respirar, de entrada, literalmente, se ahoga, se sofoca? Responde que, esto es lo que se llamó el trauma de nacimiento, (no hay otro) (...) “que no es separación respecto de la madre, sino aspiración en sí de un medio profundamente Otro”. (p. 354).*

En esta clase va a hablar del destete también de un modo innovador, diciendo que el niño no es destetado, él se desteta, se desprende del seno, juega a desprenderse y volver a tomarlo, considerando a ésta una primera operación de cesión del objeto. Nos dice Lacan (1963) al respecto: *“Tras la primera experiencia de cesión, cuyo carácter ya subjetivado se manifiesta sensiblemente mediante la aparición en su rostro de los primeros signos que esbozan, nada más y nada menos, la mímica de la sorpresa, el niño juega a desprenderse del seno y a volver a tomarlo.” (p 354)*

Lacan (1963) Agrega que el seno no es del Otro, es el primer signo del vínculo, y que, como consecuencia tiene relación con la angustia, y además, es la primera forma de objeto transicional en el sentido Winnicottiano, forma que, hace posible su función.

(...) "Por otra parte, no es, en este nivel definido por el a, el único objeto que se ofrece para desempeñarla." (p 355).

Nos dice además que el sujeto en este nivel tiene que dar lo que él es, eso que es solo puede entrar en el mundo como resto, resto irreductible de la marca simbólica, de este objeto, dice Lacan (1963) *(...) "depende aquello que primordialmente identificará el deseo con el deseo de retener." (p 355).*

Agrega que:

En efecto, está claro que es ya del objeto de lo que depende la primera forma del deseo, la que hemos elaborado como deseo de separación. Como lo recordé hace un momento, el objeto está ahí, por supuesto. Está ya dado, ya producido, producido primitivamente, ya presente como producto de la angustia. Luego, como algo anterior, es puesto a disposición de la función determinada por la introducción de la demanda. (Lacan, 1963, pp. 355 356).

El deseo, en tanto que es en su corazón deseo de deseo, o sea, tentación, nos remite a esta angustia en su función más original. La angustia, en el plano de la castración, representa al Otro, si el encuentro con el doblegamiento del aparato nos da aquí el objeto bajo la forma de una carencia. (...) La angustia es suficientemente repelida, desconocida, en la sola captación de la imagen especular i (a). Lo mejor que se puede anhelar es que se refleje en los ojos del Otro -pero ni siquiera es necesario, porque está el espejo" (Lacan, 1963, p 359)

Conclusión sobre la teoría de la angustia en Lacan.

El orden simbólico se instituye a partir de la existencia de una falta. Mientras exista esta marca de una falta, que sería el falo simbólico, está garantizado el deseo. Este orden simbólico garante de la falta se correspondería con la función paterna. Ese Gran Otro simbólico garante de la ley es estructuralmente fallido. El motivo de la angustia es que ante la falla del Gran Otro simbólico que Lacan llama el Gran Otro barrado emerge una amenaza sin mediación simbólica. Lacan formula esta amenaza utilizando la expresión "*¿qué me quiere?*" quedando a merced absoluto del deseo del Otro.

La angustia emerge como resultado en las relaciones del sujeto con el Gran Otro. El sujeto barrado, que se descubre como sujeto de deseo, como puro significante, por el no reconocimiento del Otro, sucumbe a la angustia, señal de peligro ante la falta de Ser.

A lo largo del Seminario X se encuentran dos grandes relaciones de la angustia: a) la angustia en relación al deseo, que surge cuando el sujeto no sabe qué lugar ocupa en el deseo del Otro, surge ante la no respuesta al *¿qué me quiere?*

¿Y si en el retorno de la pregunta ¿qué quieres? se quedara el sujeto sin referencias y en caso de una inscripción fallida del sostén simbólico, sin recursos y en desamparo?

En el caso en que el deseo es sostenido por el fantasma, la irrupción de la angustia deviene cuando la demanda del Otro pone en juego mi ser, lo pone en cuestión, interrogando por algo que desconozco, desconocimiento del objeto a, o causa del deseo del Otro. La angustia surgiría al no saber el sujeto lo que es, lo que es uno, como objeto, para el deseo del Otro. *¿Qué soy para él? y ¿qué quiere de mí?*, surgen como interrogantes fundamentales. Ante el enigma, en el mejor de los casos, es el fantasma lo que se esboza como un intento de respuesta, el fantasma vacila y el yo no puede reconocerse, surgiendo entonces la angustia.

Dice Lacan al respecto en su clase del 3 de julio de 1963: *Del a, a los nombres del padre:*

(...) no sé qué objeto a soy para el deseo del Otro pero esto, a fin de cuentas, sólo vale en el nivel escópico. Aquí es donde puedo darles a ustedes la fábula ejemplar en la que el Otro sería radicalmente un Otro, la mantis religiosa de deseo voraz con la que no me vincula ningún factor común. Por el contrario, con el Otro humano algo me vincula, que es mi cualidad de ser su semejante, y de ello resulta que el resto a, el del no sé qué objeto soy angustiante, es profundamente desconocido.

Hay desconocimiento de lo que es el a en la economía de mi deseo de hombre, y por eso en el nivel llamado cuarto, el del deseo escópico, aquel donde la estructura del deseo está más plenamente desarrollada en su alienación fundamental, es también, paradójicamente, aquel donde el objeto a se encuentra más enmascarado y, por este hecho, el sujeto está más protegido en cuanto a la angustia. (Lacan, 1962, p 352).

b) Hay una segunda posibilidad articulada con el objeto, la angustia en relación al goce, en la que la angustia surge como señal de lo real. Aquí la angustia surge cuando falta la falta, cuando la demanda está totalmente colmada, cuando hay un exceso de objeto, no es ante la ausencia del objeto como postulaba Freud sino ante su inminencia. Lacan plantea en contraposición a Freud que la angustia no es la señal de una falta, sino señal de “la falta de la falta.” Lo más angustiante se produce cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que provoca deseo, es perturbada por la presencia constante de la madre, cuando no hay posibilidad de falta. Desde esta perspectiva podemos ver que la angustia está ligada a un exceso, a una presencia excesiva de objeto.

¿Puede hablarse de pánico en la teoría Lacaniana?

En realidad Lacan no teoriza sobre el pánico. Lacan ubica a la angustia como vía de acceso a lo real bajo la forma de un lugar reservado para la falta, falta necesaria para el acceso al deseo. Sólo la noción de real como opuesta al significante permite situar ese "algo" frente a lo cual nace la angustia, en el sentido de que lo real es irreductible, es decir, es no simbolizable.

Para Lacan "lo real del goce" es todo aquello que escapa a la posibilidad de simbolización, esto es el objeto a, no simbolizable, que se traduce en no sé qué objeto angustiante soy para el Otro. Ya mencionamos que la angustia aparece en aquellos momentos en que un sujeto no tiene la posibilidad de ser reconocido en el deseo del Otro, ante la pregunta ¿qué me quieres? Quedando el sujeto a merced del capricho del Otro y como objeto. Cuando falla esta relación, donde el objeto a se hace presente introduciendo algo de ese goce que tiene que ser descifrado se anticipa siempre un presentimiento de la "nada" que se manifiesta en intensas sensaciones en el plano corporal. El fantasma se pone en juego para su desciframiento, vacilando en su intento. La angustia emerge cuando falta la falta, cuando el deseo ha quedado colmado y obturado por la presencia de algo que –debiendo haber quedado oculto- se ha revelado y manifestado. Lo siniestro en la angustia es cuando se presentifica ese real alojado en la estructura que es el objeto a.

Incluiríamos la posibilidad de ser ubicado en el registro del pánico, el momento en que retornando la pregunta ¿Qué me quieres? sobre el sujeto, este en el caso de una inscripción fallida, débil, vacilante del sostén simbólico, quedara por falta de esta falta de referencia sin recursos y en desamparo. Se trata más bien, del desborde de un goce que angustia al irrumpir haciendo efecto en el cuerpo, desorganizando el campo imaginario-simbólico.

Angustia y pánico en la teoría de Donald Winnicott.

Para comenzar quisiéramos hacer una breve reseña a un artículo de Graciela Vergel sobre la teoría y técnica de Winnicott. En su artículo *“Teoría y clínica Winnicottiana”* la autora nos explica que, lo que Winnicott hace es ocuparse de penetrar en zonas no exploradas hasta entonces por el psicoanálisis, ya que la ocupación principal de Freud eran las neurosis. Vergel (2007) Agrega además, que Winnicott específicamente toma de Freud su trabajo “introducción al narcisismo” donde dice: (...) *“las perturbaciones a las que está expuesto el narcisismo primitivo del niño, las reacciones con las cuales se defiende de ellas el infantil sujeto y los caminos por los que de este modo es impulsado, constituyen un tema importantísimo, aun no examinado y que habremos de reservar para un estudio detenido y completo”*. (p8).

Y prosigue:

Este estudio no fue llevado a cabo por Freud. Es justamente esto lo que investiga Winnicott. Y a diferencia de Klein, que se centra en la fantasía inconsciente exclusivamente él se centrara en una frase de Freud en especial del texto los dos principios del funcionamiento mental donde dice “se objetara justificadamente que una organización que se abandona al principio del placer y desatiende el mundo exterior no podría conservarse el menor tiempo en vida y, por tanto, no habría podido constituirse. Pero el empleo de tal ficción queda justificado con la observación de que el niño de pecho realiza, si se le tienen en cuenta los cuidados maternales, muy aproximadamente tal sistema. Vergel, G, 2007, p 8).

Winnicott se ocupa casi por entero como pediatra primero y como pediatra y analista luego, de madres con sus hijos percatándose de las complejidades y peligros que encierran los tiempos más primarios de la constitución del psiquismo. Cuestiones que no habían sido investigadas previamente, mientras lo que estaba en juego era la neurosis. Vergel, G, 2007, p 5).

D.W, tiene una teoría original respecto de la estructuración psíquica, y esta teoría explica su original concepción de un tipo de angustia distinta; "la angustia inconcebible" por lo cual consignaremos aquí su teoría de esa estructuración.

Teoría estructuración del psiquismo.

La teoría de la relación entre progenitores e infante (1961).

Para que el individuo herede un proceso de maduración dentro de la salud es necesario lo que Winnicott denomina un “ambiente facilitador”. Describe a este ambiente facilitador como un sostén que evoluciona hacia una manipulación (handling) y al cual se le agrega la presentación del objeto.

Winnicott (1961) llama infante a una fase anterior a la aparición del lenguaje. Va a decir que (...)” *el cuidado parental se divide en tres etapas: sostén, la madre y el niño viven juntos y padre, madre e infante viven juntos. (Pág. 1575)*

Empleamos el término "sostén" para denotar no sólo el sostén físico del infante, sino también toda la provisión ambiental anterior al concepto de vivir con. En otras palabras, se refiere a una relación tridimensional o espacial, a la que gradualmente va añadiéndose el tiempo. El sostén, aunque comienza antes, después se superpone con las experiencias instintivas que con el transcurso del tiempo determinarán las relaciones objetales. Incluye el manejo de experiencias intrínsecas de la existencia tales como el completamiento (y por lo tanto el no-completamiento) de los procesos, procesos éstos que desde fuera pueden parecer puramente fisiológicos, pero que son propios de la psicología del infante y se producen en un campo psicológico complejo, determinado por la conciencia y la empatía de la madre. (Winnicott, D, 1961, p 1575).

Esta fase de sostén, además de la protección física del infante que toma en cuenta la sensibilidad dérmica, auditiva, visual que incluye además la rutina del cuidado a lo largo del día y la noche, rutina que es propia del infante porque no constituye la misma rutina para dos infantes cualesquiera porque no hay un par de infantes que sean iguales.

Él bebe en esta fase de sostén se encuentra en un periodo de dependencia absoluta y a su vez desconoce este cuidado materno que tiene que ver con la profilaxis en palabras de Winnicott. El infans desconoce también lo que está bien y mal hecho en estos cuidados, solo puede obtener placer o sufrir la perturbación.

Winnicott nos plantea que el individuo va a heredar un proceso de maduración, esto va a ser posible siempre y cuando exista un ambiente facilitador.

El individuo va a ir pasando de un estado de dependencia absoluta a la dependencia relativa y de esta a un estado de independencia. Esto se da en la salud.

Durante esta fase de sostén, dice Winnicott (1961) *“El yo pasa de un estado no integrado a una integración estructurada, con lo cual el infante adquiere la capacidad de experimentar la angustia asociada con la desintegración.”* (p 1575).

Hay en Winnicott la idea de un yo prematuro ya que menciona que sólo a partir de la no-existencia, la existencia puede comenzar; aun antes del nacimiento y, en su transcurso, puede ser movilizado el apercibirse un Yo prematuro. Además, todo esto es temporalmente anterior al establecimiento del self.

Además durante esta fase de sostén se inician otros procesos; el más importante de ellos es el surgimiento de la inteligencia. Iniciándose así la historia de los procesos secundarios y del funcionamiento simbólico.

Winnicott (1961) plantea que (...) *“Todos estos desarrollos corresponden a la condición ambiental del sostén, y sin un sostén suficientemente bueno estas etapas no se alcanzan, o si se alcanzan no quedan establecidas.”* (p1576)

Agrega que al comienzo, el Yo del bebé es débil y será extremadamente débil si no hay un ambiente facilitador. No obstante, en casi todos los casos la madre o figura materna brinda el soporte del Yo, y si lo hace suficientemente bien el Yo del bebé será fuerte y tendrá su propia organización. La madre está en condiciones de brindar este soporte al Yo del bebé gracias a su capacidad y disposición para identificarse temporalmente con él. Se debe distinguir la capacidad de la madre para identificarse con su bebé, conservando su autonomía y el estado en que el bebé no ha emergido aún de la dependencia absoluta. Sólo gradualmente el bebé separa lo que es “distinto de mí” de lo que es “parte de mí”.

Si las cosas se desarrollan normalmente y la madre cumple con su función, pudiendo identificarse con su bebe para saber lo que este necesita, el niño puede edificar una personalidad sobre el modo de continuidad de existencia.

Winnicott Dice al respecto

Si el desarrollo es sano, en esta etapa el infante conserva la capacidad de re experimentar estados no integrados, pero esto depende de la continuación de un cuidado materno confiable, o de la constitución en el infante de recuerdos del cuidado

materno, que gradualmente empieza a ser percibido como tal. El resultado de un progreso sano en el desarrollo del infante en esta etapa es que se logra lo que podríamos llamar "estado de unidad". El infante se convierte en una persona, en un individuo por derecho propio." (Winnicott, D, 1961, p 1575).

Además Winnicott agrega que:

En esta fase de sostén el niño se encuentra en un estado de dependencia, la dependencia se divide en tres etapas:

(i) Dependencia absoluta. En este estado el infante no tiene modo alguno de conocer el cuidado materno, que en gran medida tiene que ver con la profilaxis. La criatura no tiene el control de lo que está bien y lo que está mal hecho; sólo puede sacar partido o sufrir la perturbación.

(ii) Dependencia relativa. El infante se da cuenta de la necesidad que tiene de los detalles del cuidado materno y en medida creciente los relaciona con sus impulsos personales; más tarde, en un tratamiento psicoanalítico, puede reproducirlos en la transferencia.

(iii) Hacia la independencia. El infante desarrolla medios para pasar sin cuidado real. Lo logra gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado con el desarrollo de confianza en el ambiente. Debe añadirse el elemento de la comprensión intelectual, con sus enormes consecuencias. (Winnicott, D, 1961, p 1576).

La organización de defensas tempranas de emergencia genera una escisión del self con el fin de mantener sitiado el trauma, que queda así inscrito en el inconsciente. Todo esto trae como consecuencia que como defensa se crea un falso self.

La expresión falso self fue introducida por Winnicott para designar una distorsión de la personalidad que consiste en emprender desde la infancia una existencia ilusoria a fin de proteger mediante una organización defensiva un verdadero self. El falso self posee una naturaleza defensiva; su función consiste en ocultar y proteger al verdadero self.

En un lugar caracterizado por la existencia esencial de un ambiente que sostiene, el "potencial heredado" se convierte en una "continuidad de ser".

La alternativa a ser es reaccionar, y el reaccionar interrumpe el ser y aniquila. Ser y aniquilación son las dos alternativas. Por lo tanto, la función principal del ambiente sostenedor es la reducción a un mínimo de las intrusiones a las que el infante debe reaccionar, con la consiguiente aniquilación del ser personal. En condiciones favorables, el infante establece una continuidad de existencia, y a continuación empieza a desarrollar los recursos más sutiles que hacen posible recoger las intrusiones en el ámbito de la omnipotencia. (Winnicott, D, 1961, p 1577).

El éxito del cuidado materno trae como resultado que en el infante se establezca una continuidad de ser y consecuentemente la integración del yo, mientras que cada fracaso del cuidado materno va a traer como resultado que la continuidad de ser se vea interrumpida con un consiguiente debilitamiento del yo.

Con respecto a esto Winnicott (1961) nos dice que *“Tales interrupciones constituyen el aniquilamiento y están evidentemente asociadas con un sufrimiento de calidad e intensidad psicóticas. En el caso extremo, el infante sólo existe sobre la base de una continuidad de reacciones a la intrusión y de recuperaciones después de tales reacciones. Esto presenta un gran contraste con la continuidad de ser que es mi concepción de la fuerza del yo”*. (p 1580)

En esta etapa de sostén el infante necesita de una provisión ambiental que según Winnicott tiene ciertas características:

Satisface sus necesidades fisiológicas; la fisiología y la psicología aún no son distintas o están en proceso de diferenciación; y es confiable, pero no mecánicamente confiable; es confiable de un modo que indica empatía de la madre”... “Todo esto conduce al establecimiento de las primeras relaciones objetales y las primeras experiencias de gratificación instintiva y también lo incluye y coexiste con él. (Winnicott, D, 1961, p 1578).

El sostén implica *“sostener físicamente al infante”*, es una forma de amar al niño, quizá lo único en términos de Winnicott, (1961) con lo que la madre puede demostrarle a su hijo el amor. Hay madres que pueden sostener a su bebe y hay otras madres que no pueden. Las madres que no pueden sostener físicamente al infante *“generan rápidamente en la criatura una sensación de inseguridad y llanto angustiado”*. (p1578).

Este cuidado materno sirve de base para la salud mental del niño, en el sentido de quedar libre de psicosis o libre de riesgo de una psicosis.

Winnicott agrega además que cuando todo va bien en esta fase de sostén y cuidado materno el infans no se percata de este cuidado. El cuidado materno satisfactorio es no advertido. Cuando este cuidado materno fracasa, el infans se percata no del fracaso de ese cuidado sino de sus resultados. Tomando conciencia de esto y reaccionando como consecuencia a una intrusión.

El éxito del cuidado materno trae como consecuencia una continuidad del ser, de continuar siendo, constituyéndose la fuerza del yo. En cambio los fracasos del cuidado materno van a traer como consecuencia que se vea interrumpida esta continuidad del ser con un debilitamiento del yo.

(...)Y por último, adviene a la independencia relativa, en la que se vive, si las cosas han ido relativamente bien, hasta el final de la vida. Estos pasajes serán posibles sí, y solo si, la madre ha sido apenas buena, que implica fundamentalmente, el saber hacer espontáneo de cuando y como fallar, vale decir tener el sentido espontáneo de la oportunidad. Y digo espontáneo, porque ninguna enseñanza, ninguna puericultura, ningún saber de posición fálica, puede hacer de alguien, una madre. (Vergel, G, 2007, p 9).

Angustia inconcebible.

La integración del yo en el desarrollo del niño (1962).

“En estas primeras etapas de la relación progenitores-infante, la angustia está relacionada con la amenaza de aniquilación...” (Winnicott, D, 1961 p.1577)

Winnicott plantea la necesidad de un medio ambiente facilitador para el desarrollo de la subjetividad. Madre-medio ambiente que permite la experiencia de "omnipotencia primaria" base de la capacidad de ilusionar, crear y confiar de sentirse mago y hacedor de su mundo. Si hay fallos ambientales en estos tiempos fundantes de dependencia absoluta, hay aniquilamiento en vez de integración, y el bebé se ve forzado a reaccionar ante los estímulos externos y pulsionales que se tornan intrusivos y traumáticos. En este estado de desvalimiento por fallas primarias de sostenimiento, surgen las angustias inconcebibles: "caer interminablemente ". "Fragmentarse ". "Falta de relación con el cuerpo". "falta de orientación".

Winnicott (1962) se pregunta si existe un yo débil o fuerte y la respuesta se dará en torno a la existencia de una madre real que pueda satisfacer la dependencia absoluta del infante. Esta madre real con capacidad para satisfacer las necesidades del infante Winnicott la llama “madre suficientemente buena” (...) *”la madre suficientemente buena es capaz de satisfacer las necesidades del infante al principio y de hacerlo tan bien que el infante, cuando emerge de la matriz de la relación infante-madre, puede tener una breve experiencia de omnipotencia.” (p 995).*

Además agrega que (...) *“Cuando no hay un quehacer materno suficientemente bueno, el infante es incapaz de iniciar la maduración del yo, o bien el desarrollo del yo queda necesariamente distorsionado en ciertos aspectos vitalmente importantes.” (p996).*

El bebé de esta etapa no se lo debe pensar como un niño que se le debe satisfacer o frustrar sus necesidades, sino como un niño inmaduro que está al borde de la angustia inconcebible.

Winnicott (1962) con respecto a estas angustias plantea que: *“La angustia inconcebible tiene sólo unas pocas variedades, cada una de las cuales es la clave de un aspecto del crecimiento normal. (1)Fragmentarse. (2)Caer interminablemente. (3) No tener ninguna relación con el cuerpo. (4) No tener ninguna orientación”.* (p 996).

El destino del bebé al que se lo somete a un cuidado materno deficiente en la etapa anterior a la separación yo-no yo es caer en las angustias impensables.

Winnicott (1962) agrega que *“Las consecuencias de un yo auxiliar materno deficiente pueden ser severamente mutiladoras. Entre ellas se encuentran las siguientes: Esquizofrenia infantil o autismo; Esquizofrenia latente; Autodefensa falsa; Personalidad esquizoide.”* (p997).

Y prosigue: *“El yo inicia las relaciones objetales. Con un quehacer materno suficientemente bueno al principio, el bebé no está sometido a las gratificaciones instintivas (...) En este sentido, no se trata tanto de proporcionarle satisfacciones como de permitirle que encuentre y concuerde con el objeto (el pecho, el biberón, la leche, etcétera).* (p998)

El Yo del bebé es débil y será extremadamente débil si no hay un ambiente facilitador. No obstante, en casi todos los casos la madre o figura materna brinda el soporte del Yo, y si lo hace suficientemente bien el Yo del bebé será fuerte y tendrá su propia organización. La madre está en condiciones de brindar este soporte al Yo del bebé gracias a su capacidad y disposición para identificarse temporalmente con él.

Se debe distinguir la capacidad de la madre para identificarse con su bebé, conservando su autonomía y el estado en que el bebé no ha emergido aún de la dependencia absoluta. Sólo gradualmente el bebé separa lo que es “distinto de mí” de lo que es “parte de mí”.

Puede decirse que la protección del yo suficientemente buena proporcionada por la madre (respecto de las angustias inconcebibles) le permite a la nueva persona humana erigir una personalidad sobre la base de la pauta de una continuidad del "seguir siendo". Todas las fallas (que podrían producir angustia inconcebible) generan una reacción del infante, y esta reacción corta el "seguir siendo". Si el reaccionar que quiebra el "seguir siendo" se reitera persistentemente, inicia una pauta de fragmentación del ser. El infante con una pauta de fragmentación de la línea de continuidad del ser tiene una tarea de desarrollo que casi desde el principio se inclina hacia la psicopatología. (Winnicott, D, 1962, p 998).

Si la madre proporciona una protección del yo suficientemente buena, esto va a permitirle al infans construir una personalidad sobre la base de continuidad del ser, de seguir siendo. Las fallas en el cuidado materno que van a producir las angustias inconcebibles van a

generar en el infante ciertas reacciones que cortan el seguir siendo, si esto se reitera persistentemente se inicia lo que Winnicott llama “*fragmentación del ser*”.

(...)El término "desintegración" se utiliza para describir una defensa compleja, que consiste en una producción activa de caos como defensa contra la no integración en ausencia del yo auxiliar materno, es decir, contra la angustia inconcebible o arcaica que resulta del fracaso del sostén en la etapa de la dependencia absoluta. El caos de la desintegración puede ser tan "malo" como la confiabilidad del ambiente, pero tiene la ventaja de que lo produce el propio bebé y por lo tanto es no ambiental.

Está dentro del ámbito de la omnipotencia del bebé. En términos psicoanalíticos, es analizable, mientras que las angustias inconcebibles no lo son. (Winnicott, 1963 p 999).

Este es el tiempo de pensar al bebé como un ser inmaduro que está constantemente al borde de una “angustia inconcebible”. Lo que evita que el bebé vivencie esa angustia inconcebible es la función de la madre de importancia vital: su capacidad para identificarse con él y darse cuenta de lo que este necesita en su cuidado. Es por ello que, en este momento los efectos de las fallas maternas graves, dan lugar a las “angustias inconcebibles”, y son inconcebibles porque no se ha constituido aún un psiquismo que pueda tener de esas fallas, representaciones. De esas angustias quedarán marcas corporales, sensaciones de: fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener orientación ni en espacio ni en el tiempo. La ausencia de cuidados maternos conduce a la desintegración no a un retorno a la no integración; (...) Vergel, G, 2007, p 9).

La angustia impensable. Relación con las vivencias de dolor y de satisfacción en la teoría freudiana.

Las angustias impensables ocurren cuando la madre en términos de Winnicott no es suficientemente buena. Entiende por tal a la madre que puede ejercer la función de holding, sostener física y emocionalmente a su bebe. Una madre suficientemente buena es la que falla cuando el niño a su vez puede soportar esa falla, lo hace intuitivamente, sabe de manera inconsciente que puede fallar.

Winnicott Llama a estas angustias inconcebibles

(...)”Y son inconcebibles porque no se ha constituido aún un psiquismo que pueda tener de esas fallas, representaciones. De esas angustias quedaran marcas corporales, sensaciones de fragmentarse, caer interminablemente, no tener relación con el cuerpo, no tener orientación ni en espacio ni en el tiempo. La ausencia de cuidados maternos conduce a la desintegración no a un retorno a la no integración; la falta de relación con el cuerpo, se transforma en un sentimiento de despersonalización basada en una pauta de reacción y sometimiento. Memoria del trauma, pero no recuerdos. Es un tiempo que no tolera la espera.” Vergel, G, 2007, p 9).

Estas angustias impensables se marcan en la huella mnémica. La huella mnémica es un conjunto psíquico, que queda marcado a partir de las vivencias de satisfacción y de dolor.

Ese “conjunto” conlleva las marcas del displacer, los movimientos corporales implicados en el cese del mismo y la imago del objeto que puso fin a la perturbación (vivencia de satisfacción) o del objeto que produjo dolor (vivencia de dolor). Para Freud es esta Huella mnémica y las relaciones entre ellas, el inicio del Yo.

Es un término utilizado por Freud, a lo largo de toda su obra, para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes sistemas; persisten de un modo permanente, pero sólo son reactivadas una vez catectizadas. En el diccionario de psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996) estos plantean que (...) *“implican una concepción de la memoria...”* (...) *“La huella mnémica no es más que una disposición especial de facilitaciones que hacen que una*

determinada vía sea seguida con preferencia a otra... “El aparato neuronal (psíquico) según Freud se caracteriza por las bifurcaciones sucesivas.” (p 177).

Freud en su Obra *Proyecto de una Psicología para neurólogos* (1895 [1950]) hace referencia a estas huellas mnémicas desde sus teorizaciones sobre la vivencia de satisfacción y la vivencia de dolor. Podemos pensar estas angustias impensables desde estas vivencias planteadas por Freud.

En la vivencia de satisfacción hay un aumento de la cantidad de tensión endógena que resulta displacentera, esto hace que se genere una huella cargada con displacer, por ejemplo el bebe siente hambre, y debe descargar esa cantidad. Pero este bebe no puede por sí mismo descargar esa cantidad, necesita de otro facilitador, que vía una acción específica posibilita su descarga (le da de comer al bebe) deja en ese niño una huella placentera. Al generarse esa descarga se constituye la vivencia de satisfacción.

Cuando la cantidad interna vuelve a aumentar (hambre), la huella de displacer que se generó en un primer momento, se inviste de un afecto placentero, esto es llamado tensión placentera. Esto es vivido al modo de una satisfacción alucinada, en la que el bebe recuerda la intervención del otro haciendo posible la descarga (cuando le dieron de comer), esto genera un aumento de la tensión placentera. Pero esa alucinación es momentánea, ya que no hace que el displacer disminuya, es ahí cuando esta alucinación se ve frustrada y llora para que el otro lo asista nuevamente. Freud (1895[1950]) va a decir que *“Esta vía de descarga adquiere así la importantísima función secundaria de la comprensión [comunicación con el prójimo. T.], y la indefensión original del ser humano conviértase así en la fuente primordial de todas las motivaciones morales.” (p 229).*

En la vivencia de dolor se produce un aumento de displacer proveniente del exterior que genera un aumento de la cantidad de excitación interior. Esto se inscribe en el aparato psíquico como una huella que se asocia con aquello que generó el dolor, es decir, que se genera una imagen-recuerdo. El dolor se siente junto con el displacer, por lo tanto, la huella que dejó esa experiencia puede ser investida nuevamente con displacer sin que se sienta el dolor, por ejemplo el bebe recuerda la situación displacentera y llora pero ahora el estímulo no viene del exterior sino que proviene del interior. Con esto se puede ver que las vivencias de dolor no se borran, sino que pierden su investidura y provocan la misma reacción con mayor intensidad. Es decir, que el recuerdo puede provocar más displacer que la vivencia misma.

La descarga nunca es completa, siempre queda un resto, esto se asocia con el trauma, que puede ser provocado por la vivencia de dolor.

Freud (1895 [1950]) plantea que *“Nos vemos obligados a admitir así que la catectización de los recuerdos desencadena displacer en el interior del cuerpo, o sea, que hace surgir nuevas cantidades de displacer.”* (p 231).

Por medio de estas vivencias el niño aprende aquello que le da placer y a su vez se aleja, inhibe y reprime lo que le produce dolor. El ser humano nace en un estado de indefensión por lo tanto necesita que otro lo cuide, que satisfaga sus necesidades. El niño al comienzo no es capaz de realizar una acción específica, necesita de un otro experimentado que decodifique sus necesidades. Si está presente ese otro que pueda interpretar y llevar a cabo correctamente lo que el niño precisa, se constituye la vivencia de satisfacción que tendrá como consecuencia el desarrollo de las funciones del sujeto

Por medio de sus acciones cotidianas la madre inviste libidinalmente a su bebe, esta acción va dejando huellas en el cuerpo del hijo, a través de sus cuidados. Como resultado el bebe va a ser invadido por sensaciones placenteras si la función materna es suficientemente buena, es decir, puede identificarse con lo que siente su bebe ayudando a la unión del bebé con su cuerpo. Pero cuando la presencia materna está ausente, queda propenso a “angustias impensables”. Son impensables porque no hay quien las pueda pensar, no puede darse cuenta de ellas, pero quedan grabadas en el cuerpo, como vivencia de dolor.

Conclusión sobre la teoría de la angustia en Winnicott.

La teoría de la angustia en Winnicott está referida a las angustias inconcebibles. Winnicott llamó “angustia inconcebible” (o agonías primitivas) a aquellas angustias primitivas a las que se halla expuesto el bebé en la etapa de dependencia absoluta, en ausencia del holding, las mismas forman la matriz de las angustias psicóticas. Las llama inconcebibles porque aún no se constituyó un psiquismo en el infante que pueda tener representación alguna de esas fallas maternas. Cuando la madre no constituye un buen soporte para el yo, cayendo como sostén del niño, vale decir cuando falla a destiempo, porque no hay aún psiquismo que pueda soportar-metabolizar esa falla, se producen estados de no integración que lo conducirían a sufrir angustias impensables, produciéndose en el infante el caos de la desintegración. Los efectos de las fallas maternas graves dan lugar, entonces, a las angustias inconcebibles. De esas angustias quedarán marcas corporales, sensaciones de fragmentarse, vivencias de caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener orientación ni en espacio ni en el tiempo (confusión).

Winnicott aporta la perspectiva de que la madre con su capacidad de adaptación activa al gesto espontáneo de su bebé, puede velar el desvalimiento y el trauma en los primeros meses de vida del bebé. Esta función de omnipotencia primaria sería una solución al desvalimiento y el trauma. Mediante esta capacidad de la madre de identificarse con su bebé, una madre sensible, en el sentido de poder leer a su bebé resultado de su adaptación activa al gesto espontáneo, el infante ingresa al mundo de manera que se "adueña de la situación creándola", heredando de esta forma, procesos de maduración gracias a este ambiente facilitador.

Pánico y miedo al derrumbe.

El pánico en este autor puede ser explicado desde la sensación que provocan las angustias inconcebibles, ese miedo a Fragmentarse, a Caer interminablemente. No tener ninguna relación con el cuerpo, No tener ninguna orientación. Es el miedo al derrumbe. El pánico representa el temor a que suceda en el futuro lo que ya tuvo lugar en el pasado. El miedo al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado, cuando el yo todavía era inmaduro como para poder elaborar ese trauma.

Dice Winnicott al respecto:

He empleado deliberadamente el término “derrumbe” (breakdown) porque es bastante vago y puede significar varias cosas. En general, dentro de este contexto puede entenderse como una falla de la organización de las defensas. Pero de inmediato nos preguntamos ¿defensas contra qué? Y esto nos lleva a un significado más profundo del término, ya que necesitamos emplear la palabra derrumbe para describir ese estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas. (Winnicott, 1963, pp. 112 113).

Una experiencia de locura que ya tuvo lugar y que es proyectada en el futuro. El pánico como el miedo al derrumbe, tiene sus equivalentes en el miedo a la locura, el miedo al vacío y el miedo a la muerte.

Winnicott (1963) sostiene que (...)” *el miedo clínico al derrumbe es el miedo al derrumbe ya experimentado. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como síndrome mórbido*”. (p 115)

Por miedo al derrumbe, Winnicott entiende el miedo a la agonía original que determina una amenaza de aniquilamiento. Obedece a una falla ambiental acontecida en la etapa de la dependencia absoluta. Esta experiencia emocional no es accesible al recuerdo ni a la palabra, pero puede manifestarse en fenómenos corporales y emocionalmente.

En el capítulo 29 de “*Exploraciones psicoanalíticas*”: “*El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva,*” (1967) Winnicott plantea a los fenómenos de pánico como espantos organizados y como una defensa ante lo impredecible. Si hay cuidados suficientemente buenos los individuos no deben tener que enfrentarse a lo impredecible del ambiente.

El resultado del trauma es por fuerza una cierta distorsión del desarrollo. Se aprecia en comparación con ese espanto, lo que sería la rabia normal y sana: la rabia o ira implicaría la supervivencia del yo y la conservación de la idea de otra experiencia, en la cual no hubiera tenido lugar el dejar caer. Clínicamente es habitual que aparezca como característico el llamado estado de pánico. Un estudio directo del pánico es inconducente, porque el pánico es en sí mismo una defensa. Lo productivo es considerar al pánico como un espanto organizado: en torno de una situación fóbica cuya finalidad (en la organización defensiva) consiste en proteger al individuo de nuevos ejemplos de impredecibilidad. Un quehacer materno suficientemente bueno es aquel que permite al bebe, no verse obligado a enfrentar lo impredecible hasta ser capaz de dar catada a las fallas ambientales. (“Winnicott 1967, p 1507).

Conclusión sobre el pánico en D. Winnicott.

Winnicott plantea a los fenómenos de pánico como espantos organizados y como una defensa ante lo impredecible. Si hay cuidados suficientemente buenos los individuos no deben tener que enfrentarse a lo impredecible del ambiente. Los fenómenos de pánico pueden asemejarse a lo que se experimenta en el miedo al derrumbe. Miedo a, Fragmentarse, a Caer interminablemente. No tener ninguna relación con el cuerpo, No tener ninguna orientación. El pánico representa el temor a que suceda en el futuro lo que ya tuvo lugar en el pasado. El miedo al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado, cuando el yo todavía era inmaduro como para poder elaborar ese trauma.

Relaciones y diferencias entre las concepciones de la angustia y el pánico en Freud, Lacan y Winnicott.

Como mencionamos anteriormente en este capítulo, Freud postulo tres concepciones de la angustia; en un primer momento, la angustia para este autor era producto de una acumulación de excitación sexual no satisfecha, la libido no satisfecha produce un monto de excitación que al no ser descargado se transforma en angustia. Durante este primer periodo va a considerar a la angustia como núcleo esencial para organizar las neurosis llamando a este primer grupo neurosis de angustia. La angustia que corresponde a las que llama Neurosis actuales: neurastenia y neurosis de angustia, es producto de la transformación de la libido acumulada, la cual no se halla ligada a ninguna representación psíquica, por lo cual no hay posibilidad de derivación psíquica.

La segunda concepción la va a plantear como producto de una transformación de la libido en angustia por efecto de la represión, transformación que es debida a la separación de la libido de sus representantes psíquicos reprimidos, libido que al desligarse se transforma y se libera manifestándose como angustia.

En su tercera y definitiva teoría, la angustia deja de ser un resultado de la represión para volverse un instrumento al servicio del yo para sus operaciones defensivas. El yo se vuelve sede de la angustia y es precisamente la angustia del complejo de castración el motor de la represión. Es decir que el yo, utiliza la angustia como señal de peligro con el propósito de evitar su desarrollo.

Entonces la angustia emergería de dos formas: como angustia automática: correspondiente a una situación traumática la cual el yo no puede tramitar; y como angustia señal, de una amenaza de peligro. El yo es “advertido” por la emergencia de angustia de un peligro potencial.

Para Lacan La angustia emerge como resultado en las relaciones del sujeto con el Gran Otro. El sujeto barrado, que se descubre como sujeto de deseo, como puro significante, por el no reconocimiento del Otro, sucumbe a la angustia, señal de peligro ante la falta de Ser.

A lo largo del Seminario X se encuentran dos grandes relaciones de la angustia:

a) la angustia en relación al deseo, que surge cuando el sujeto no sabe qué lugar ocupa en el deseo del Otro, surge ante la no respuesta al ¿qué me quiere? ¿Y si en el retorno de la pregunta ¿qué quieres? en el caso de una inscripción fallida del sostén simbólico se quedara el sujeto sin referencias, sin recursos y en desamparo?

b) la angustia en relación al goce, en la que la angustia surge como señal de lo real. Aquí la angustia surge cuando falta la falta, cuando la demanda está totalmente colmada, cuando hay un exceso de objeto, no sería ante la ausencia del objeto como postulaba Freud sino ante la inminencia de un exceso. Lacan plantea en contraposición a Freud que la angustia no es la señal de una falta, sino la señal de la falta de la falta. Desde esta perspectiva podemos ver que la angustia está ligada a un exceso, a una presencia excesiva de objeto.

La teoría de la angustia en Winnicott está referida a las angustias inconcebibles. Winnicott llamó “angustia inconcebible” (o agonías primitivas) a aquellas angustias primitivas a las que se halla expuesto el bebé en la etapa de dependencia absoluta, en ausencia del holding, las mismas forman la matriz de las angustias psicóticas. Las clasificó según varias modalidades de vivencia subjetiva: fragmentarse, desintegrarse, caer interminablemente, no tener relación con el cuerpo, no tener orientación en el espacio, (confusión).

Winnicott aporta la perspectiva de que la madre con su capacidad de adaptación activa al gesto espontáneo de su bebé, puede velar el desvalimiento impidiendo el trauma en los primeros meses de vida del bebé. Esta función de omnipotencia primaria sería una solución al desvalimiento impidiendo catástrofes subjetivas. Mediante esta capacidad de la madre de identificarse con su bebé, una madre que tiene la capacidad empática de leer en el gesto espontáneo del niño, lo que este necesita, resultado de su adaptación activa a esos gestos, el infans ingresa al mundo de manera que se "adueña de la situación creándola", heredando de esta forma, procesos de maduración gracias a este ambiente facilitador.

En caso contrario, se producen, si la madre no constituye un buen soporte para el yo, estados de no integración que lo conducirían a sufrir angustias impensables, produciendo en el infante el caos de la desintegración. Los efectos de las fallas maternas graves, dan lugar entonces a las angustias inconcebibles, son inconcebibles porque no se ha constituido aún un psiquismo que pueda tener representación alguna de esa falla. De esas angustias quedarán marcas corporales, sensaciones de fragmentarse, caer interminablemente, no tener ninguna relación con el cuerpo, no tener orientación ni en espacio ni en el tiempo.

En relación al pánico vimos que de los tres autores trabajados, solo teorizan sobre este término, Freud y Donald Winnicott, solo que, éste último toma al pánico como defensa. De todos modos podríamos encontrar algunos puntos interesantes para pensar ese concepto desde el psicoanálisis.

Freud explica su concepción del pánico diciendo que este fenómeno en un individuo, igual que la reacción de pánico en una masa, sería provocada por la descomposición de los vínculos afectivos que lo hacían sentir protegido y seguro. Describió este fenómeno en relación a las masas pero generalizándolo al individuo. El pánico acontece cuando cae el poder del líder o los ideales fundamentales: caída de una creencia, de un ideal fundamental, caído o muerto el líder. Entonces cada sujeto cuida solo de sí mismo, y roto los lazos con los otros comienza a surgirle un miedo inmenso que no puede atribuirse a la magnitud del peligro. El Yo parece desmoronarse cuando pierde su reflejo en el líder que ocupa el lugar del Ideal del yo y le otorga una identidad a través de su mirada de reconocimiento, de ahí las vivencias de desorganización y vacío que acompañan el pánico provocado por la desorganización de la masa.

El pánico ya sea como ataque aislado o reiterado se define como un estado de terror inmotivado y traumático que fenoménicamente aparece en cualquier contexto a diferencia de la angustia propia de las neurosis. El terror inmotivado y excesivo es lo que define este fenómeno. Los correlatos somáticos –compartidos el ataque de angustia- aunque presentes muy frecuentemente, pueden no estar en absoluto, desencadenándose a veces por causas insignificantes, de ahí su falta de relación con la amenaza.

El psicoanalista Víctor Iunger señala al respecto en este punto:

Por otra parte, Freud señala una modalidad del ataque de angustia, el terror nocturno, que puede encuadrarse dentro de los fenómenos de pánico. Lo que Freud dice respecto a este terror en 1894, se puede considerar como la primera aproximación de Freud al tema del pánico. En especial en tanto indica que el terror nocturno puede presentarse "puro, sin sueño o sin alucinación recurrente". (Iunger, V, 2013, s/p).

Lacan en cambio no teoriza sobre el pánico. Como mencionábamos anteriormente, para este autor "lo real del goce" es todo aquello que escapa a la posibilidad de simbolización, esto es el objeto a, no simbolizable, que se traduce en no sé qué objeto angustiante soy para el Otro. Ya dijimos que la angustia aparece en aquellos momentos en que un sujeto no tiene la posibilidad de ser reconocido en el deseo del Otro, ante la pregunta ¿qué me quieres? Quedando el sujeto a merced del capricho del Otro y como objeto, donde el objeto a se hace presente introduciendo algo de ese goce que tiene que ser descifrado, que se manifiesta en intensas sensaciones en el plano corporal. El fantasma allí vacila en su función de velamiento de lo Real. La angustia emerge cuando falta la falta, cuando el deseo ha quedado colmado y obturado por la presencia de algo que –debiendo haber quedado oculto- se ha revelado y

manifestado. Lo siniestro en la angustia es cuando se presentifica ese real alojado en la estructura que es el objeto a. Se trata más bien, del desborde de un goce que angustia al irrumpir haciendo efecto en el cuerpo.

Esto podría asemejarse a los fenómenos de pánico, pero nos parece más apropiado situar el registro del pánico, en el momento en que retornando la pregunta ¿Qué quieres? sobre el sujeto, este, en el caso de una inscripción fallida del sostén simbólico, quedara allí, por falta de referencias simbólicas, sin recursos y en desamparo. Ante la inscripción vacilante y débil, es allí donde la pregunta puede resultar en un estado de pánico.

Por último, Winnicott plantea a los fenómenos de pánico como espantos organizados y como una defensa ante lo impredecible. Si hay cuidados suficientemente buenos los individuos no deben tener que enfrentarse tan tempranamente a lo impredecible del ambiente. Los fenómenos de pánico pueden asemejarse a lo que se experimenta en el miedo al derrumbe, como vivencias de miedo: a fragmentarse, a caer interminablemente, a no tener ninguna relación con el cuerpo y no tener ninguna orientación (confusión). El pánico representa el temor a que suceda en el futuro lo que ya tuvo lugar en el pasado. El miedo al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya experimentado, cuando el yo todavía era inmaduro como para poder elaborar ese trauma.

Ahora surge un interrogante: ¿podemos sostener que en los autores trabajados hay diferencias o similitudes en relación a los conceptos de angustia y pánico?

De acuerdo a lo estudiado en los textos trabajados, encontramos que en las concepciones de la angustia freudiana y lacaniana se encuentra una similitud: la angustia tanto en la teoría planteada por Freud como en Lacan aparece como señal. Como ya planteamos más arriba, en Freud la angustia es señal de una amenaza de peligro en donde el yo es advertido de una potencial amenaza. En lacan, la angustia emerge como señal ante la falta de la falta.

En Winnicott por el contrario, la angustia es angustia impensable, inconcebible, no surge como señal, sino que surge como consecuencia de la falta de cuidados en los primeros meses de vida del bebe, en la etapa decisiva de constitución del psiquismo. Es decir, la angustia aquí ya es patológica, no como señal de una amenaza.

En relación al pánico se puede establecer similitudes también en la teoría Freudiana y Lacaniana. Si bien Lacan no teoriza sobre el pánico como mencionamos anteriormente, de acuerdo a lo estudiado sobre el tema en este autor, podemos encontrar una semejanza entre

ambas teorías. En Freud veíamos que el pánico deviene en un sujeto cuando se produce la descomposición de los vínculos afectivos que lo hacían sentirse protegido y seguro, ante la caída del líder, es decir el garante de la ley. En Lacan, el pánico surge, cuando el sujeto ante la pregunta que ¿me quieres? y ante una inscripción fallida del registro simbólico (caída del garante de la ley) el sujeto quedando sin recursos y en desamparo entra en pánico.

Winnicott aquí también va a diferenciarse en este concepto, para este autor el pánico es un espanto organizado, a modo de defensa ante lo impredecible del ambiente y es del psiquismo inconsciente. El peligro es interno no es externo como en los casos anteriores planteados.

Además aquí ya podemos agregar que angustia y pánico se diferencian.

El pánico es un estado de terror inmotivado y traumático que fenoménicamente aparece en cualquier contexto a diferencia de la angustia propia de las neurosis. Si bien comparte entre sí ciertos correlatos somáticos con el ataque de angustia que se presentan muy frecuentemente, pueden no estar en absoluto, desencadenándose a veces por causas insignificantes.

Sí, podemos sostener, que la angustia automática planteada por Freud, sin representación psíquica se puede pensar más cercana al pánico. Es la angustia correspondiente a las llamadas neurosis actuales, producto de la transformación de la libido acumulada, la cual no se halla ligada a ninguna representación psíquica, por lo cual no hay posibilidad de derivación psíquica. Son las llamadas angustias automáticas, en las cuales el yo no puede tramitar el trauma o la energía libidinal acumulada.

8. Síntesis de las relaciones entre las concepciones sobre angustia y pánico de los autores psicoanalíticos indagados y la concepción psiquiátrica sobre “Ataque de pánico”

Las diversas manifestaciones de la angustia han sido conceptualizadas por distintas disciplinas como la psiquiatría y la psicología. A pesar de las convergencias en la descripción clínica, la angustia fue categorizada con diversas nominaciones a lo largo de la historia.

Muy tempranamente encontramos en la obra de Freud su interés por poder establecer la causa y el estatuto clínico de la angustia. Las crisis de angustia se acompañan de perturbaciones somáticas, que precisamente el manual diagnóstico de enfermedades mentales en sus consecutivas versiones se ha encargado de detallar.

En relación a lo trabajado y estudiado en los tres autores, la angustia aparece como defensa. En Freud, la angustia en su última teoría aparece como modo de defensa ante los estímulos pulsionales que el yo no puede tramitar. En Lacan, la angustia surgiría ante la inminencia del objeto a, objeto que, debiendo permanecer oculto, surge como lo real del goce. En Winnicott las angustias impensables surgen por fallas en los cuidados maternos. Con respecto al pánico y según lo estudiado en los diferentes textos, ubicaríamos a este fenómeno como la consecuencia de una inscripción fallida simbólica. Esta inscripción fallida, deja al sujeto sin los recursos simbólicos que impedirían el surgimiento del pánico.

De acuerdo a lo teorizado, encontramos que la angustia automática planteada por Freud, sin representación psíquica se puede pensar más cercana al pánico. Es la angustia correspondiente a las llamadas neurosis actuales, producto de la transformación de la libido acumulada, la cual no se halla ligada a ninguna representación psíquica, por lo cual no hay posibilidad de derivación psíquica. Es decir el pánico entraría dentro de la categoría de neurosis actual. Ubicamos al pánico en la teoría freudiana dentro de las angustias automáticas las cuales son correspondientes a una situación traumática que el yo no puede tramitar. No habría angustia señal de una amenaza de peligro donde el yo es “advertido” por la emergencia de angustia de un peligro potencial.

Ya vimos en capítulos anteriores que Freud en su trabajo del año 1894, “*Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»*”, explica el cuadro de la neurosis de angustia y describe ciertas manifestaciones

clínicas: perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, etc., que son similares a las características del ataque de pánico que describe el DSM IV. Pero en ese mismo trabajo, Freud plantea además que la neurosis de angustia carece de mecanismo psíquico y por lo tanto no son tratables por el psicoanálisis porque no hay algo reprimido y por ende no hay una representación interpretable.

Por lo tanto, y como ya se ha dicho, podemos diferenciar a la angustia del pánico. En general hubo y hay una tendencia a ubicar el pánico en el marco de la angustia.

Los ataques de angustia y los ataques de pánico a nuestro criterio son justamente lo opuesto. Si bien los ataques de angustia planteados por Freud no distan demasiado de los síntomas que describe el manual psiquiátrico de trastornos mentales, (DSM IV) en la angustia, según lo estudiado, lo que aparece es este afecto “ante algo indeterminado” que se presenta como amenazante, es además un recurso que funciona como señal para defenderse de esa sobrecarga libidinal o trauma, por ende tiene derivación psíquica y representación psíquica. El pánico en cambio carece de mecanismo psíquico y no tiene a la angustia que le sirva como señal ante esa amenaza, aparece como un terror inmotivado, que se diferencia del miedo, Ya que el miedo siempre está referido a un objeto identificable, tiene por tanto referente en representaciones.

La psiquiatría desarrolló la clínica de la angustia bajo diferentes tipos de síndromes. El DSM produjo de este modo, bajo la expresión de trastornos de ansiedad, un continuo de síntomas entre ellos el ataque de pánico. La clasificación clínica más aceptada de los cuadros de angustia es la basada en criterios diagnósticos descriptivos, por ejemplo la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Edición (CIE-10), publicado por la Organización Mundial de la Salud (1993) y el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana*, cuarta edición (DSM-IV), publicado en mayo de 1994.

A nuestro criterio, como abordábamos en el primer capítulo, el ataque de pánico desde la psiquiatría es, eminentemente descriptivo, propone la eliminación de los síntomas por vía medicamentosa o de terapias psicológicas centradas sólo en ese objetivo. No define el origen del síndrome estudiado ni lo relaciona con la vida psíquica del sujeto. No explicita las causas de la aparición de las crisis de angustia sino que tan sólo se restringe a describir una serie de síntomas que caracterizan a este “viejo nuevo mal.”

De acuerdo a esto, ¿Podríamos incluir el concepto pánico dentro del universo del psicoanálisis?

El pánico no es angustia, lo único compartido entre este fenómeno y la angustia son los correlatos somáticos, que pueden estar presentes o no. Es decir, a veces el pánico se desencadena sin manifestar los síntomas corporales. La elaboración psíquica, característica de la angustia, no está en el pánico. Sin embargo, si creemos que, los fenómenos de pánico tienen una correlación punto por punto con el cuadro de fenómenos corporales de la angustia llamada automática, planteada por Freud. Como vimos, el pánico va acompañado, por lo general, de un cuadro corporal que nos recuerda esos correlatos somáticos de la neurosis de angustia: palpitaciones, agitación, disnea, opresión en el pecho, dolores abdominales, etcétera.

El concepto pánico, es de una entidad clínica y teórica diferente a la angustia. El pánico como manifestábamos anteriormente, tiene que ver con los problemas que presenta las fallas en la inscripción simbólica del nombre del padre. Se describe como una experiencia aterradorante que resulta de la pérdida repentina de los parámetros simbólicos que ordenan la experiencia del sujeto, dejándolo en un estado de indefensión.

El pánico cuando irrumpe, lo hace de forma imprevista, dando lugar a una explosión de miedo y terror intensos. Cuando lo hace no es frente a un objeto o situación determinada, ocurre frente a cualquier contexto o situación, y al tener una inscripción fallida simbólica, deja al sujeto que lo padece sin recursos simbólicos para afrontarlo y en desamparo. El sujeto lo vive como una experiencia terrorífica, que irrumpe en su vida desorganizando su estructuración psíquica. Implica una ruptura en la experiencia vivencial del sujeto, el padecimiento y el sufrimiento es tal, que coarta e imposibilita al sujeto en el quehacer de su vida cotidiana. El pánico es una experiencia desorganizadora. La inhibición invade todos los órdenes de la vida, del trabajo y del amor. Pilares estos de la salud según Freud.

En cambio la angustia es frente a un objeto, según Lacan. En Freud tiene la función de ser señal de algo, señal de algo que no anda bien. La angustia, surge como señal ante una amenaza. Implica un malestar, es displacentera, pero no rompe con los parámetros vivenciales del sujeto. Tiene elaboración psíquica, por ende una tramitación. En la angustia, el sujeto puede interrogarse acerca de lo que le pasa, en cambio en el pánico el desplegar simbólico se encuentra suspendido por así decirlo, y en su lugar hay un fuerte padecimiento psíquico que se manifiesta también en lo corporal. Es ese goce extremo que invade la vida del sujeto dando lugar a experiencias de “nada”. El pánico a diferencia de lo que ocurre en la angustia, rompe con los parámetros del sujeto.

Por todo lo expuesto es que decimos que se trata de dos entidades clínicas y teóricas diferentes y, además, de acuerdo a lo estudiado, concluimos que, respondiendo a nuestra pregunta inicial el concepto “pánico” puede ser incluido y abordado a nuestro criterio dentro del universo del psicoanálisis.

Entonces, ubicamos la “causa” del pánico en relación a las consecuencias de fallas en la inscripción simbólica. Y aquí hay una diferencia entre los autores consultados, para Freud y Lacan se trata de fallas o caídas del padre como garante de la ley fundante, ley de prohibición del incesto freudiana, que subyace en Lacan bajo el concepto Nombre del Padre. En Winnicott, las llamadas “angustias impensables” se producen por la caída del sostén amoroso de la madre, y este sostén winnicottiano, incluye todos los ámbitos de vida, con lo cual también aquí se trata de fallas de inscripción. Tenemos que señalar que, como dijimos, el “Pánico” para este autor es una defensa que protege de la desintegración.

Modos de intervención del analista, dentro de los distintos marcos teóricos expuestos y su grado de pertinencia en el tratamiento del ataque de pánico.

Psicoanálisis.

El psicoanálisis es según Laplanche y Pontalis (1996) “*una disciplina fundada por Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles: A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo.*”(…) (p 316). Es un método basado en las asociaciones libres del sujeto las cuales garantizan la validez de las interpretaciones. Y prosiguen: *B) Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.* (p 316).

Con el empleo del término psicoanálisis se abandona el método catártico y la hipnosis para recurrir al método de la asociación libre como única regla para obtener el material del paciente.

Freud dio varias definiciones del psicoanálisis:

(...) método para la investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo; 2; de un método, basado en esta investigación, para el tratamiento de los trastornos neuróticos; 3; de una serie de concepciones psicológicas adquiridas por este medio y que en conjunto van en aumento para formar progresivamente una nueva disciplina científica”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p 317).

Se llama psicoanálisis, Laplanche y Pontalis (1996) (...)”*al trabajo mediante el cual traemos a la conciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él”* (...) (pp 317-318).

Freud planteaba que Los síntomas del paciente son de naturaleza compuesta, mociones pulsionales. El paciente no sabe o sabe poco de estas motivaciones. El psicoanálisis le enseña al paciente a comprender la composición de estas formaciones psíquicas que lo llevaron enfermar (síntomas y mociones pulsionales) estas son ignoradas por él, ya que el mismo no era consiente de esas motivaciones que contribuyeron a producir los síntomas.

Freud, citado por Laplanche y Pontalis (1996), dice además que (...) *“También hemos explicado la tendencia sexual del ser humano fraccionándola en sus componentes, y, cuando interpretamos un sueño, prescindimos de considerar el sueño como una totalidad y hacemos partir las asociaciones de sus elementos aislados.”* (p.p 317-318)

El psicoanálisis nació y se desarrolló dentro de un marco social y cultural diferente del actual. Hoy está atravesado por lo que se denomina patologías actuales. Los síntomas son propios de cada época y cambian según cambian las subjetividades de época. La actualidad produce sus síntomas. Todos los trastornos, en la actualidad, obtienen el estatuto de enfermedades y, por supuesto, toda enfermedad es susceptible de medicación.

Desde su surgimiento se viene debatiendo acerca del psicoanálisis: acerca de su práctica, su teoría, acerca de la extensión del campo de un saber, así como también de su eficacia terapéutica. Podríamos cambiar el nombre de nuestro trabajo por el de “hacia una defensa del psicoanálisis” porque ese también es uno de nuestros objetivos, pero vamos a atenernos a desarrollar en este capítulo los trabajos de Freud, Lacan y Winnicott sobre los modos de intervención del analista.

El método Freudiano.

Surgimiento del psicoanálisis.

El psicoanálisis surgió como un método de tratamiento para determinadas enfermedades nerviosas que Freud y su colega Breuer elaboraron conjuntamente hacia 1890 y que traería como consecuencia su obra Estudios sobre la histeria de 1895.

En los síntomas histéricos podía verse que las reacciones emotivas provocadas por los hechos traumáticos habían sido inhibidas y por ende no podían manifestarse libremente, hasta el recuerdo del paciente del hecho había desaparecido. Por eso Freud plantea dicho tratamiento de la histeria tratando de que el enfermo reprodujera los sucesos traumáticos que habían ocasionado tales conflictos.

Para hallar la causa responsable de todo el proceso patológico, Freud y su colega utilizaron en primer lugar la hipnosis, con la cual se podían eludir los mecanismos de defensa que determinaban el olvido del hecho traumático. Una vez restablecido el recuerdo de aquel hecho, las reacciones emotivas encontraban su normal vía de desahogo. De esta manera se lograba que desaparecieran las manifestaciones sintomáticas produciéndose así la normalización del enfermo. Breuer y Freud llamaron a este método catártico.

Freud comenzó a considerar que la hipnosis no era efectiva ni fiable y como consecuencia introdujo otra técnica durante las sesiones: la asociación libre. En las asociaciones libres, el paciente expresa sin censuras todo aquello que de forma espontánea le viene a la conciencia.

Freud en Massota et al (1976) plantea que *“La técnica del análisis se ha modificado en un aspecto: el psicoanalista no indaga lo que le interesa sino que permite al paciente desarrollar naturalmente sus pensamientos. (p 83).*

El tratamiento psicoanalítico se enriquecería posteriormente con la interpretación de los sueños; para Freud, el sueño expresa, de forma latente el conflicto que ha originado el malestar psíquico.

La interpretación de los sueños (1900).

Los sueños son considerados una vía regia al inconsciente. Para Freud los sueños son realizaciones de deseo, los cuales se disfrazan por ser inaceptables a la conciencia.

Freud distingue en la estructura del sueño: el contenido manifiesto, que generalmente parece incoherente y sin sentido; y el contenido latente, que se refiere a las asociaciones que se despliegan a partir del sueño manifiesto. El sueño, es una formación producida por el trabajo del sueño que transforma el material latente mediante la condensación, el desplazamiento, miramiento por la figurabilidad y la elaboración. Estos obreros como el los llamaba son diversos tratamientos que las representaciones inconscientes reciben, en virtud de su estructura, y que Freud designó como desfiguración onírica.

La dirección del trabajo del análisis es precisamente en sentido contrario al del trabajo del sueño ya que obtiene el contenido latente donde era lo manifiesto. Los sueños son figuraciones capaces de acceder a la conciencia, ya que en el dormir es cuando la censura y la resistencia se encuentran debilitadas.

Al inicio del primer capítulo, Freud describe su trabajo del siguiente modo:

En las páginas que siguen demostraré que existe una técnica psicológica que permite interpretar sueños, y que, si se aplica este procedimiento, todo sueño aparece como un producto psíquico provisto de sentido al que cabe asignar un puesto determinado dentro del ajetreo anímico de la vigilia. Intentaré, además, aclarar los procesos que dan al sueño el carácter de algo ajeno e irreconocible, y desde ellos me remontaré a la naturaleza de las fuerzas psíquicas de cuya acción conjugada o contraria nace el sueño.” (Freud, S, 1900, p 29).

En el capítulo dos, *el método de la interpretación de los sueños* Freud (1900) trabaja sobre la técnica de interpretación de los sueños, y señala (...) *”Me he propuesto demostrar que ellos son susceptibles de una interpretación” (...)* (p 118.)

Para Freud (1900) interpretar un sueño, es (...) *”indicar su sentido, sustituirlo por algo que se inserte como eslabón de pleno derecho, con igual título que los demás, en el encadenamiento de nuestras acciones anímicas”.* (p 118).

Luego va a decir que el método del descifrado, otro de los métodos de interpretación de sueños, no sirve

(...)pues trata al sueño como una suerte de escritura cifrada en que cada signo ha de traducirse, merced a una clave fija, en otro de significado conocido. Por ejemplo, he soñado con una carta, pero también con unas exequias, etc.; ahora busco en un «libro de sueños» y encuentro que «carta» ha de traducirse por «disgusto», y «exequias» por «esponsales». (Freud, 1900, p 119).

Para Freud (1900) ambos métodos populares de interpretación son inservibles, el método simbólico por ser de “*aplicación restringida y no susceptible de exposición general*”, (p 121) en cuanto al método de descifrado nada garantiza que el libro de los sueños sea confiable.

Plantea que una vez que les pidió a sus pacientes que asociaran libremente, estos comenzaron a contarle sus sueños y se dio cuenta que este podía (...) “*insertarse en el encadenamiento psíquico que ha de proseguirse retrocediendo en el recuerdo a partir de una idea patológica*” (...) (p 122).

Sugiere que en la técnica se deben tener en cuenta: tratar el sueño mismo como un síntoma, que el enfermo debe tener cierta preparación psíquica intensificando su atención y suspendiendo la crítica de los pensamientos que le vayan aflorando. Además deberá adoptar para su comodidad una posición de reposo cerrando los ojos. (Freud, 1900 p 122)

Además agrega que se le debe ordenar expresamente al paciente que renuncie a la crítica de las formaciones de pensamiento percibidas. Freud (1900) sugiere también que el paciente comunique todo cuanto le pase por la cabeza, no dejándose llevar a sofocar una ocurrencia por considerarla sin importancia o disparatada. (Regla fundamental.) (p.p 122-123)

Un sueño paradigmático: el sueño de la inyección de Irma.

Freud como ejemplo escoge uno de sus propios sueños, el sueño de la inyección de Irma. El sueño de la inyección a Irma fue el primer sueño que Freud sometió a una interpretación detallada y el que le permitió, según él, resolver el enigma de los sueños.

Freud Cuenta que en el verano de 1895 tenía una paciente que él llama Irma y cuya cura ha sido terminada solamente con un éxito parcial. Un día, Freud tiene la visita de su amigo Otto, también médico, que dice: "Irma está mejor, pero no completamente curada.". Freud se enfada por este comentario, porque piensa oír un reproche por lo cual, por la noche, se sienta para escribir la historia del análisis de Irma para dársela al doctor M, un amigo común, como para justificarse.

Sueño del 23/24 de julio de 1895

Un gran vestíbulo - muchos invitados, a quienes nosotros recibimos. - Entre ellos Irma, a quien enseguida llevo aparte como para responder a su carta, y para reprocharle que todavía no acepte la "solución". Le digo: "Si todavía tienes dolores, es realmente por tu exclusiva culpa." - Ella responde: "Si supieses los dolores que tengo ahora en el cuello, el estómago y el vientre; me siento oprimida."- Yo me aterro y la miro. Ella se ve pálida y abotagada; pienso que después de todo he descuidado sin duda algo orgánico. La llevo hasta la ventana y reviso el interior de su garganta. Se muestra un poco renuente, como las mujeres que llevan dentadura postiza. Pienso entre mí que en modo alguno tiene necesidad de ello. - Después la boca se abre bien, y hallo a la derecha una gran mancha blanca, y en otras partes veo extrañas formaciones rugosas, que manifiestamente están modeladas como los cornetes nasales, extensas escaras blanco-grisáceas. - Aprisa llamo al doctor M., quien repite el examen y lo confirma...

El doctor M. se ve enteramente distinto que de ordinario; está muy pálido, cojea, está sin barba en el mentón... Ahora también está de pie junto a ella mi amigo Otto, y mi amigo Leopold la percute a través del corsé y dice: "Tiene una matidez abajo a la izquierda", y también señala una parte de la piel infiltrada en el hombro izquierdo (lo que yo siento como él, a pesar del vestido)... M. dice: "No hay duda, es una infección, pero no es nada; sobrevendrá todavía una disentería y se eliminará el veneno"... Inmediatamente nosotros sabemos de dónde viene la infección. No hace mucho mi amigo Otto, en una ocasión en que ella se sentía mal, le dio una inyección con un preparado de propilo, propiteno...ácido propiónico...trimetilamina (cuya

fórmula veo ante mí escrita con caracteres gruesos)... No se dan esas inyecciones tan a la ligera... Es probable también que la jeringa no estuviera limpia. (Freud, S, 1900, p.p 128-129).

Análisis del sueño.

Freud dice que con este sueño queda claro con qué eventos del día se relaciona, pero el mismo no sabe qué significa ese sueño. Se asombra con los síntomas de los cuales se queja Irma en el sueño, ya que no son los mismos que tenía durante la cura. También la idea sin sentido de la inyección con un preparado de ácido propiónico le parece absurda a Freud. Por todo eso, se pone a analizar el sueño detalladamente:

Reprocho a Irma no haber aceptado la "solución". Digo: "Si todavía tienes dolores, es tu culpa." (p.p 129- 130) La palabra "solución" lleva las connotaciones de "solución de un líquido" y "solución de un problema". Freud sospecha que la intención del sueño aquí puede ser que sí sea la culpa de Irma, y no culpa suya que la paciente aún tiene dolores.

Prosigue Freud (1900) *"Irma se queja de dolores en el cuello, en el vientre y el estómago, se siente oprimida." "Ella se ve pálida y abotagada" Me aterra la idea de que en efecto he descuidado algo orgánico. (p130).*

Otra vez lo interpreta así que de verdad quiere liberarse del reproche del fracaso que le hizo Otto: Si los dolores de Irma tienen una causa orgánica, entonces no se ve obligado a curarlas, pues Freud se ocupa de dolores histéricos.

... "Lo que yo vi en la garganta: una mancha blanca y cornetes con escaras" (p 132)

La mancha recuerda Freud a la difteritis y a una amiga de Irma pero principalmente a la enfermedad grave que sufrió su propia hija mayor hacia un par de años. Las escaras en los cornetes nasales le recuerdan a Freud a su propia salud: solía consumir cocaína para suprimir hinchazones de la nariz y había oído que una paciente suya que también utilizaba cocaína sufría de una necrosis de la mucosa nasal. Freud recibe reproches graves por indicaciones que había hecho de cocaína en 1885.

"Mi amigo Otto, en una ocasión en que ella se sentía mal, le dio una inyección." Las inyecciones le recuerdan a Freud a su amigo que se enveneno con cocaína. (p 136).

(...)"Con un preparado de propilo... propileno...ácido propiónico..." (p 136)

En la víspera del sueño, la mujer de Freud había abierto una botella de licor en la que se leía ananás, que era un regalo de su amigo Otto. El licor despedía tal olor a aguardiente barato que Freud se negó a probarlo. Su mujer, quería regalar la botella al personal doméstico, pero Freud se lo prohibió con el comentario que ellos tampoco deberían envenenarse. Ese olor a aguardiente (Amilo....) le lleva a Freud a toda la cadena: propilo, metilo, etc. Sueña con "propilo" después que olí "amilo".

(...) "Trimetilamina." (p 137)

En el sueño, Freud ve la fórmula del trimetilamino en caracteres gruesos, como si se debería destacar algo muy importante. Tiene dos asociaciones que ambas están relacionadas con su amigo y Fliess. Primero recuerda una conversación con Fliess quien reconoce dentro de la Trimetilamina un producto del metabolismo sexual, lo que lleva Freud a la sexualidad. Irma es una viuda joven y Freud quiere apoyarse en este hecho para disculpar el fracaso de la cura. Segundo: Freud se acuerda que siempre, cuando se siente solo con sus ideas o cuando siente que nadie le soporta, se apoya en la amistad con Fliess. Fliess no solo descubrió el mencionado producto del metabolismo sexual, sino también hizo un estudio sobre la relación entre los cornetes nasales y los genitales femeninos (en el sueño de Freud las tres formaciones rugosas en la garganta de Irma).

Freud concluye el análisis del sueño así:

El resultado del sueño, en efecto, es que no soy el culpable de que persistan los padecimientos de Irma, sino Otto; éste con su observación acerca de la incompleta curación de Irma, me ha irritado, y el sueño me venga de él devolviéndole ese reproche. El sueño me libera de responsabilidades por el estado de Irma, atribuyéndole a otros factores produce toda una serie de razones. El sueño figura un cierto estado de cosas tal como yo desearía que fuese. Su contenido es, entonces, un cumplimiento de deseo y su motivo un deseo (Freud, 1900 p 139).

Y agrega:

(...) Por el momento me conformo con el conocimiento que acabo de adquirir: Si se sigue el método de interpretación de los sueños aquí indicado, se hallará que el sueño tiene en realidad un sentido y en modo alguno es la expresión de una actividad cerebral fragmentada, como pretenden los autores. Después de un trabajo de interpretación completo el sueño se da a conocer como un cumplimiento de deseo." (Freud, 1900, p 141)

Freud considera que todo sueño es interpretable, es decir, puede encontrarse su sentido. La labor de interpretar no recae sobre todo el sueño en su conjunto sino sobre sus partes componentes: el ejemplo del sueño que tuvo Freud con Irma muestra cómo aquél va interpretando cada parte por separado. El ejemplo del sueño de Irma ilustra el método para interpretar los sueños: primero se descompone el relato en partes, y recién al final surge la interpretación final, en la cual se revela el sueño como una realización de deseos.

Con el método de la asociación libre Freud comenzó a observar que sus pacientes hablaban de sus sueños. El sueño paso a tener la misma importancia que los síntomas neuróticos al tener ambos la misma estructuración psíquica. A partir del contenido manifiesto del sueño los pacientes asociaban sobre el material que al principio ignoraban, es decir el contenido latente. Con este procedimiento, Freud descubre e inventa lo que llamó la "vía regia del psicoanálisis", ya que llevaba al deseo inconsciente latente u oculto; siendo el sueño la realización de este deseo.

El sueño de la inyección de Irma, este sueño paradigmático de Freud es un sueño valioso y ejemplar en la historia psicoanalítica ya que se pone de manifiesto el lugar privilegiado de los sueños en la práctica analítica y legitima la interpretación como método, dejando entrever qué es lo que se privilegia en la escucha dentro del relato del paciente.

Freud. Construcciones en el análisis (1937).

El trabajo analítico de construcción intenta hacer surgir lo olvidado por el paciente. El analista realiza un proceso de construcción en el que confluyen los sueños analizados, los dichos del paciente, los recuerdos, las interpretaciones realizadas, en verdad, sería imposible reconstruir los caminos que llevan a la construcción.

Desde Freud entendemos como construcción a una elaboración propuesta por el analista al analizado, destinado esencialmente a reconstruir una parte de la historia infantil del sujeto. Su aspiración es encontrar una hipótesis verídica de los años olvidados por su paciente, la cual será o no confirmada por este. No tanto con su asentimiento o no de la misma, sino por los efectos posteriores de dicha construcción.

Nos dice Freud en su trabajo construcciones en el análisis:

Todos sabemos que el analizado debe ser movido a recordar algo vivenciado y reprimido por él, y las condiciones dinámicas de este proceso son tan interesantes que la otra pieza del trabajo, la operación del analista, pasa en cambio a un segundo plano. El analista no ha vivenciado ni reprimido nada de lo que interesa; su tarea no puede ser recordar algo. ¿En qué consiste, pues, su tarea? Tiene que colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras sí; mejor dicho: tiene que construirlo. (Freud, S, 1937 pp 260-261)

Freud (1937) plantea que el trabajo de construcción (...) "muestra vastas coincidencias con el del arqueólogo que exhuma unos hogares o unos monumentos destruidos y sepultados. (p 261). La diferencia entre ambos radica en que el analista trabaja en mejores condiciones y así mismo posee más material, este no trabaja en algo que ya está destruido, sino en algo que sigue ahí. Así mismo, ambos tienen la función de construir, a partir de restos, de algo que ha permanecido ahí.

Prosigue diciendo "Y en este punto termina nuestra comparación entre ambos trabajos, pues la principal diferencia entre los dos reside en que para la arqueología la reconstrucción es la meta y el término del empeño, mientras que para el análisis la construcción es sólo una labor preliminar". (p 262).

Freud (1937) El analista hace una construcción y la comunica al analizado, de modo que pueda ejercer efecto sobre él. Una construcción es cuando se coloca ante el sujeto analizado un fragmento de su historia anterior que ha olvidado. ... "luego construye otra pieza

a partir del nuevo material que afluye, procede con ella de la misma manera, y en esta alternancia sigue hasta el final. (p 262).

Una construcción que responde bastante a los lineamientos que Freud plantea en este texto es la que realiza con el Hombre de las Ratas. En un momento del análisis, Freud le dice que en determinado momento de su infancia, el paciente debió cometer algún desaguisado en relación a la sexualidad. Para su sorpresa, el paciente explicó detalladamente una historia inesperada.

Freud dice:

Apoyado en éste y parecidos indicios, me atreví a formular una construcción: de niño, a la edad de 6 años, él ha cometido algún desaguisado sexual entramado con el onanismo, y recibió del padre una sensible reprimenda. Este castigo había puesto fin al onanismo, sí, pero por otra parte dejó como secuela una inquina inextinguible contra el padre y fijó para todos los tiempos su papel como perturbador del goce sexual. Para mi gran asombro, el paciente informó entonces que su madre le había contado repetidas veces un suceso así de su primera infancia, y evidentemente no había caído en el olvido porque se anudaban al suceso cosas bien singulares. Pero su propio recuerdo no sabía nada de eso.

Ahora bien, he aquí el relato: Cuando él era todavía muy pequeño –la datación precisa se pudo obtener, además, por su coincidencia con la enfermedad mortal de una hermana mayor–, debe de haber emprendido algo enojoso, por lo cual el padre le pegó. Y entonces el pilluelo fue presa de una ira terrible e insultaba todavía bajo los golpes del padre. Pero como aún no conocía palabras insultantes, recurrió a todos los nombres de objetos que se le iban ocurriendo, y decía: 'Eh, tú, lámpara, pañuelo, plato etc. El padre, sacudido, cesó de pegarle y expresó: '¡Este chico será un gran hombre o un criminal!'. El opina que la impresión de esta escena debe de haber sido de duradera eficacia tanto para él como para el padre. Este nunca más le pegó, pero él mismo deriva una pieza de su alteración de carácter de esa vivencia. Por angustia ante la magnitud de su propia ira se volvió cobarde desde entonces. Por lo demás, durante toda su vida tuvo una angustia terrible a los golpes, y se escondía lleno de horror e indignación cuando pegaban a alguno de sus hermanitos. (Freud, 1909, p 161)

A lo largo de toda la labor de construcción, el analista pone a disposición del análisis su capacidad creativa. Si se equivoca al dar una construcción el analizado permanecerá impasible, no reaccionará ni con un “sí” ni un “no”.

El no del analizado puede tener diferentes significados. En algunos casos se da cuando la construcción es inválida para él y en otros casos puede ser una resistencia al escuchar la construcción que el analista realizó. El “sí” de un analizado puede ser por el hecho de que la construcción que le comunicó el analista es correcta. El “sí” es correcto cuando después de este vienen más recuerdos al analizado de lo sucedido u olvidado. Una confirmación valiosa se da cuando el analizante contesta con ideas similares a la construcción. Si la construcción es inválida no hay cambios en el sujeto, pero si es acertada habrá cambios en el analizado.

Una manera confiable dice Freud de saber si las construcciones son acertadas

*(...) es el giro que uno oye de las más diversas personas, con apenas algunas palabras cambiadas, como si se hubiesen puesto de acuerdo: “No me parece” o “Nunca se me ha pasado” o «No se me pasaría nunca» «por la cabeza». * Sin vacilar, se puede traducir así esta exteriorización: «Sí, en este golpe acertó usted con lo inconsciente». (Freud, 1937, pp 264- 265).*

En fin, la tarea del psicoanalista es mediante la labor de construcción, hacer surgir lo que el paciente ha reprimido u olvidado. Aspira llegar a la raíz de los síntomas, mediante el vencimiento de las resistencias y de este modo hacer accesible a la conciencia todos los elementos reprimidos. Para esta labor el analista debe servirse de asociaciones libres de ideas, sueños y olvidos del paciente con el propósito de recobrar los recuerdos perdidos. Elaboración hecha por el psicoanalista con el fin de volver a encontrar lo que el sujeto ha olvidado y no puede recordar.

Construcción e interpretación.

Si en las exposiciones de la técnica analítica se oye tan poco sobre «construcciones», la razón de ello es que, a cambio, se habla de «interpretaciones» y su efecto. Pero yo opino que «construcción» es, con mucho, la designación más apropiada. «Interpretación» se refiere a lo que uno emprende con un elemento singular del material; una ocurrencia, una operación fallida, etc. Es «construcción», en cambio, que al analizado se le presente una pieza de su prehistoria olvidada,» (...) (Freud, 1937, p 262).

El termino interpretación se aplica a alguna cosa que el analista hace con un elemento como una asociación o con lapsus, olvidos y equivocaciones del analizado. Mientras que una construcción se utiliza cuando el analista coloca ante el sujeto analizado un fragmento de su historia anterior.

Freud dice que interpretar es encontrar la significación, que es otorgada por la investidura de las representaciones. Freud habla de interpretación cuando se refiere a operar sobre los elementos dados por el analizado como lo son la asociación libre, ocurrencias, sueños, lapsus. Originalmente la idea de interpretar proviene de la interpretación onírica, formulada en términos de recorrer inversamente el camino de la elaboración onírica y que conduce a la identificación de determinado deseo como motor del sueño.

En la construcción se trata de desandar lo vivido por el analizado hasta llegar a un punto donde supone el analista que es posible organizar una hipótesis que reemplace aquellos momentos que son desconocidos por él y que pueda abrirse a nuevos recuerdos. Lo que fue interpretando, todo lo que sabe del analizado, las repeticiones, los síntomas, las identificaciones, sirve al analista para elaborar una construcción. Ambas son, desde el punto de vista metodológico, hipótesis que se proponen al analizado, pero de distinto nivel.

Con la construcción lo que se busca es directamente la confirmación o refutación del analizado, sobre lo elaborado por el analista, en cambio en la interpretación, si bien también hay una hipótesis, no necesariamente se produce una evocación de recuerdos.

Freud, menciona que para el psicoanalista según su experiencia diaria todo se vuelve familiar.

(...) El camino que parte de la construcción del analista debía culminar en el recuerdo del analizado; ahora bien, no siempre lleva tan lejos. Con harta frecuencia, no consigue llevar al paciente hasta el recuerdo de lo reprimido. En lugar de ello, si el análisis ha sido ejecutado de manera correcta, uno alcanza en él una convicción cierta sobre la verdad de la construcción, que en lo terapéutico rinde lo mismo que un recuerdo recuperado. (Freud, 1937, p 267)

El propósito del trabajo analítico es que se cancelen las represiones de su desarrollo temprano y las sustituya por reacciones maduras, para esto, el analizado debe volver a recordar ciertas vivencias que están por el momento olvidadas. La tarea del analista no es recordar sino construir lo olvidado del paciente mediante los indicios que este le proporciona. Estos indicios son recuerdos, asociaciones del paciente. La interpretación es lo que el analista emprende con un elemento singular del material del analizado como un acto fallido, un lapsus. En la construcción al analizado se le presenta una pieza de su prehistoria olvidada, en la forma de hipótesis.

Conclusiones:

En conclusión desde el punto de vista del psicoanálisis entendemos como construcción a una elaboración propuesta por el analista al analizado durante la labor psicoanalítica, y que está destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados, una parte de la historia infantil del sujeto.

La aspiración es encontrar un cuadro confiable de los años olvidados del paciente. Si la construcción es mala o deficiente, no hay cambios en el analizado; pero si es acertada o se aproxima a la verdad reacciona a ella con una inequívoca agravación de sus síntomas y de su estado general. Solamente el curso posterior del análisis faculta para decidir si las construcciones son correctas o no lo son.

En cambio, interpretar es encontrar la significación, que es otorgada por la investidura de las representaciones. La interpretación implica operar sobre los elementos dados por el analizado como lo son la asociación libre, ocurrencias, sueños, lapsus.

El método en Lacan.

Intervenciones: Puntuación, escansión e interpretación.

Las intervenciones en psicoanálisis son operaciones sobre el discurso. Los modos de intervención sobre el discurso son los siguientes: escansión, puntuación e interpretación, que producen cortes en el mismo.

La puntuación es esa intervención mínima del analista que puede consistir en una aprobación o en la emisión de un ruido cualquiera (carraspea, mueve su silla, lanza un suspiro). La puntuación despierta la atención del analizante sobre uno de sus decires e intenta provocar así un " efecto sujeto ", gracias a lo cual el sujeto puede interrogarse sobre lo que acaba de enunciar y puede presentir en ello un saber insabido, abriendo las puertas a la entrada en el dispositivo analítico. Las palabras empiezan a tomar otro peso en alguien que inicia entrevistas con un analista al encontrarse con la puntuación de su discurso. (Benítez, M, 2002, s/p).

Esta autora plantea que a veces solo es suficiente que el analista haga este tipo de intervenciones para que el paciente piense que esas intervenciones están para puntuar algo de lo dicho por él. La puntuación sitúa lo fantasmático en transferencia.

Además, Benítez (2002) plantea que “*La puntuación es la intervención mínima que denota la presencia de oyente en su propio decir. Todas estas emisiones sonoras que dan fe de nuestra escucha forman una puntuación, colocan comas, puntos, marcan los momentos de suspensión y también de interrogación.*”

Agrega también que es un trabajo sobre el discurso que no es fácil, que despierta la atención del analizante sobre algún decir, provocando en el mejor de los casos, un efecto sujeto, gracias al cual el sujeto se interroga sobre lo que acaba de decir. Allí puede tener como efecto la entrada a un análisis.

La escansión:

Recorta la palabra que contraría la intención del que habla. Momento de una cita que anoticia al que habla de un decir, de la verdad del saber inconsciente. Se encuentra con una causa para lo que dice, en su propio decir, desconocida hasta el momento para él, que lo motiva y que descubre su existencia bajo transferencia. El analista recorta algo, interrumpe al analizante en cierto punto de tal modo de liberar una censura. Es un intento de liberar una significación nueva y equívoca.

La escansión tiene un efecto de corte, que puede sorprender y desprende a la vez la letra del significante. La escansión puede o no recaer en el final de sesión. (Benítez, M, 2002, s/p)

Lacan en función y campo de la palabra dice al respecto de la escansión:

Así, es una puntuación afortunada la que da su sentido al discurso del sujeto. Por eso la suspensión de la sesión de la que la técnica actual hace un alto puramente cronométrico, y como tal indiferente a la trama del discurso, desempeña en él un papel de escansión que tiene todo el valor de una intervención para precipitar los momentos concluyentes. Y esto indica liberar a ese término de su marco rutinario para someterlo a todas las finalidades útiles de la técnica. (Lacan, 1953, p 245).

Benítez plantea que La interpretación en cambio para Lacan es de otro orden, no es como planteaba Freud en sus primeros escritos, darle significación al contenido manifiesto, tampoco es la reconstrucción de una historia, a lo largo de un análisis, para Lacan hay muy pocas interpretaciones.

La interpretación (Lacan: Sem.17 "El revés del psicoanálisis") es una cita, consiste en citar una de las secuencias del fantasma en el momento en que se enuncia la otra. Es también una cita que constituirá un enigma, porque el sujeto no puede percibir su fantasma en su totalidad, sin reconocer al mismo tiempo su relación con la castración. Por eso Lacan en el Seminario 17 dice que conviene situar la interpretación entre el enigma y la cita.

La interpretación recae sobre la causa el deseo y la causa del deseo está en relación directa al armado del fantasma. (Benítez, M, 2002, s/p)

Conclusiones:

Puntuación, escansión e interpretación

La puntuación es la intervención mínima que denota la presencia de oyente en su propio decir. Todas estas emisiones sonoras que dan fe de nuestra escucha forman una puntuación, colocan comas, puntos, marcan los momentos de suspensión y también de interrogación.

Es un trabajo sobre el discurso que no es fácil, que despierta la atención del analizante sobre algún decir, provocando en el mejor de los casos, un efecto sujeto, gracias al cual el sujeto se interroga sobre lo que acaba de decir. Allí puede tener como efecto la entrada a un análisis.

La escansión es una puntuación que indica al analizante que algo se le escapa en su discurso, que se encuentra en desconocimiento. El analista se ubica como la causa de esta operación, Él está en una posición de semblante de objeto causa del deseo. En La interpretación el analizante se encuentra con la causa de su deseo, el analista sólo cita un decir, hace que el Sujeto Supuesto al Saber caiga del lado del analizante, del lado de su propio discurso y no del lado del analista.

(...)”que el analista cura menos por lo que dice y hace que por lo que es...” J.L (1958).

9.3.2 La dirección de la cura y los principios de su poder (1958).

Nos parece pertinente comenzar con una frase de Lacan. Como al comienzo de este capítulo mencionábamos que el psicoanálisis se enfrenta a la emergencia constante de las llamadas “nuevas patologías de época” Lacan dijo allá por el año 1953...”*Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época.*” (Escritos 1, *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*, p 308).

Este texto, escrito en 1958, está dividido en cinco capítulos. El analista es puesto en cuestión en el primer capítulo donde Lacan abre a la pregunta *¿Quién analiza hoy?* En el segundo y tercer capítulo, se interrogan conceptos fundamentales de la práctica analítica, a partir del estatuto de la transferencia y la interpretación como conceptos fundamentales de la práctica psicoanalítica, el cuarto trabaja la cuestión del ser del analista y el quinto se centra en la cuestión del deseo.

Lacan (1958) comienza diciendo que (...) *“bajo el nombre de psicoanálisis muchos se dedican a una reeducación emocional del paciente”*. (p559) Para Lacan el eje de su trabajo está centrado en la posición del analista. El analista no es un guía moral. Y, en la dirección de la cura, el analista no es un director de conciencia.

Plantea en este trabajo, que el analista dirige la cura pero el principio de esta cura es que el analista no debe dirigir al paciente.

Lacan (1958) dice que *“El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura, el que le deletrean en primer lugar, y que vuelve a encontrar en todas partes en su formación hasta el punto de que se impregna en él, es que no debe dirigir al paciente.”* (p560).

Para Lacan (1958) *“La dirección de la cura es otra cosa. Consiste en primer lugar en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica, o sea, las directivas cuya presencia no podría desconocerse en el principio de lo que se llama “la situación analítica”, bajo el pretexto de que el sujeto las aplicaría en el mejor de los casos sin pensar en ellas”*. (p560)

“Ya sólo esto basta para mostrarnos que el problema de la dirección se muestra, desde las directivas del punto de partida, como no pudiendo formularse sobre una línea de comunicación unívoca...” (Lacan, 1958, p 560).

Y prosigue *“Digamos que en el depósito de fondos de la empresa común el paciente no está solo con sus dificultades para pagar su parte de la cuota. El analista también debe pagar...”* (p 560)

El analista debe pagar con palabras en su efecto de interpretación. Paga con su persona, pues la presta como soporte a la transferencia. Paga con su ser pues es por su carencia que se pone en juego la experiencia analítica. (Lacan, 1958, p 561)

¿Olvidaremos que tiene que pagar con lo que hay de esencial en su juicio más íntimo, para mezclarse en una acción que va al corazón del ser: (Kern uneres Wesens, escribe Freud [6]): sería él el único allí que queda fuera del juego? (Lacan, 1958, p561).

Para Lacan, se trata de hacer aplicar la regla analítica freudiana de la libre asociación, aunque la asociación libre, no es tan libre como parece.

En efecto, en este texto Lacan dice que:

El sujeto invitado a hablar en el análisis no muestra en lo que dice, a decir verdad, una gran libertad. No es que esté encadenado por el rigor de sus asociaciones: sin duda lo oprimen, sino que más bien ellas desembocan en una palabra libre, en una palabra plena que le sería penosa.

Nada más temible que decir algo que podría ser verdad. Porque podría llegar a serlo del todo, si lo fuese, y Dios sabe lo que sucede cuando algo, por ser verdad, no puede ya volver a entrar en la duda. (Lacan 1958, p 587)

En relación con este tema de la verdad en el análisis, Lacan plantea que no hay tal verdad, y en cuanto al saber puesto en juego, de lo que se espera escuchar del sujeto en el transcurso del tratamiento analítico, el saber está del lado del paciente y no del lado del analista. Y aquí radica la diferencia en el modo de proceder de la ciencia médica, en donde el saber está del lado del médico y no del paciente. El analista debe entender que desconoce y no sabe nada acerca del sujeto que se presenta en el análisis.

Que es más allá del discurso donde se acomoda nuestra acción de escuchar, lo sé mejor que nadie, si bien tomo en ello el camino de oír, y no de auscultar... El entendimiento no me obliga a comprender. Lo que entiendo no por ello deja de ser un discurso, aunque fuese tan poco discursivo como una interjección.

(...)Me callo. Todo el mundo está de acuerdo en que frustro al hablante, y aunque a él en muy primer lugar, también a mí mismo. ¿Por qué?." (Lacan, 1958, pp 587- 588).

El analista no está obligado a responder a lo que oye. Se calla, así frustra al hablante y a él mismo también. Si lo frustra es que le pide algo, que le responda. Su petición se despliega de una ley implícita: la de curarnos. Se ha creado la demanda, radical. (Lacan 1958, p, 588).

Si lo frustro, es que me pide algo. Que le responda, justamente. Pero él sabe bien que no serían más que palabras. Como las que puede obtener de quien quiera. Ni siquiera es seguro que me agradecería que fuesen buenas palabras, menos aún malas.

Esas palabras, no me las pide. Me pide..., por el hecho de que habla: su demanda es intransitiva, no supone ningún objeto.

...Por el intermediario de la demanda, todo el pasado se entreabre hasta el fondo del fondo de la primera infancia. Demandar: el sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso, y nosotros tomamos el relevo. Es por esa vía como puede realizarse la regresión analítica y como en efecto se presenta.

(...) Esta situación explica la transferencia primaria, y el amor en que a veces se declara. Pues si el amor es dar lo que no se tiene, es bien cierto que el sujeto puede esperar que se le dé puesto que el psicoanalista no tiene otra cosa que darle. Pero incluso esa nada, no se la da, y por esa nada se la pagan, y preferiblemente de manera generosa, para mostrar bien que de otra manera no tendría mucho valor. (Lacan, 1958, pp 589- 589).

Para Lacan (1958) El analista no responde a la demanda, para que en la frustración reaparezcan los significantes en que está retenido. Además va a plantear que en la más antigua demanda se produce la identificación primaria, aquella que opera por la omnipotencia materna (...)”*que no solo suspende del aparato significante la satisfacción de las necesidades, sino que las fragmenta, las filtra, las modela en los desfiladeros de la estructura del significante.”* (p 589).

La demanda se pone entre paréntesis en el análisis, pues está descartado que el analista satisfaga ninguna de ellas. Pues es hacia la confesión del deseo hacia donde el sujeto es dirigido y la resistencia a esa confesión, consiste en que existe un antagonismo entre el deseo con la palabra. (Lacan, 1958, pp 609 610).

Lacan pregunta:

¿A dónde va pues la dirección de la cura? Tal vez baste con interrogar a sus medios para definirla en su rectitud.

Observemos:

1. Que la palabra tiene en ella todos los poderes, los poderes especiales de la cura;

2. Que estamos bien lejos por la regla [fundamental] de dirigir al sujeto hacia la palabra plena, ni hacia el discurso coherente, pero que lo dejamos libre de intentarlo;

3. Que esa libertad es lo que más le cuesta tolerar;

4. Que la demanda es propiamente lo que se pone entre paréntesis en el análisis, puesto que está excluido que el analista satisfaga ninguna de ellas;

5. Que puesto que no se pone ningún obstáculo a la confesión del deseo, es hacia eso hacia donde el sujeto es dirigido e incluso canalizado;

6. Que la resistencia a esa confesión, en último análisis, no puede consistir aquí en nada sino en la incompatibilidad del deseo con la palabra. (Lacan, 1958, pp 609- 610).

El analista debe abstenerse de tomar o acceder a la demanda del sujeto, demanda de saber y de verdad que forma parte del imaginario con el cual es revestido el analista por parte del analizante. Imaginario que surge como consecuencia de la posición que la medicina disfraza llamando pacientes a los sujetos y que, como resultado, los deja en una posición pasiva respecto al saber. Entonces es el analista quien debe dirigirse a intentar que el sujeto pueda alejarse de aquella posición de objeto.

Lacan (1958) plantea que el analista se ayuda del lugar del muerto invitando al paciente a ser llamado por sus significantes y sus deseos. El analista para favorecer las expresiones y la del sujeto analizante debe ubicar cual es el objeto causante de su duelo, también esta posición del muerto implica que las intervenciones del analista deben ser mínimas, es el analizante quien debe hablar pues es el analizante quien tiene el saber, solo que no lo puede reconocer; “ el sujeto no sabe que lo sabe” el analista es el sujeto supuesto al

saber, el analista en todo caso mediante transferencia posibilita la expresión del analizante y que éste reflexione y solucione lo que le aqueja, nunca un analista ha de ser un guía ya que lo que se busca es la libertad de cada sujeto.

“Una vez que el analista se convierte en depositario del Sujeto supuesto Saber, cualquier enunciado suyo es tomado por el analizante como verdadero. Por obra y gracia de la transferencia, el analista detenta el privilegio de hablar desde el lugar de la verdad y por consiguiente, ostenta también la prerrogativa de comportarse como su como dueño y garante. Esta atribución subjetiva es precisamente lo que el análisis debe disolver, la transferencia y no el campo de la verdad, que es el campo del inconsciente.

La primera condición para que la transferencia pueda ingresar en el lente del análisis es que el analista sostenga la llamada “regla de abstinencia”. Ésta no tiene nada que ver con la caricatura del analista de mármol, el que no ama, no desea, no demanda. Tampoco es viable el mutismo generalizado con la pretensión de imitar - presentificar dicen algunos- un agujero en el saber.

La regla de abstinencia se estructura lógicamente como un rehusamiento a la demanda transferencial, que en su fundamento es demanda de saber: “te pido que sepas la verdad que ignoro, y en la medida que me des pruebas de tu saber seguiré amándote. (Rabinovich, N, 2010, pp 2-3).

Lacan (1958) nos dice (...)”es natural analizar la transferencia. Pues la transferencia en sí misma es ya análisis de la sugestión, en la medida en que coloca al sujeto respecto de su demanda en una posición que no recibe sino de su deseo.” (p 605)

En esto radica la importancia de hacerse cargo de su deseo y tomar una posición activa frente a él, se comienza en el análisis cuando una persona ha asumido su condición de sujeto de deseo a través de la posibilidad que le suministra la relación transferencial.

Lacan (1958) El sujeto que habla en un análisis se encuentra “sujeto” a asociaciones que lo dominan, que lo esclavizan, que lo someten. Estas asociaciones confluyen en una palabra libre, plena, que le es ardua, penosa. El analista debe preservar en ello lo indecible, en el discurso debe tomar el camino del escuchar, del oír, no el camino de la comprensión. (p 587)

Dice Lacan al respecto:

“Es un hecho que nos negamos a prometer la felicidad, en una época en que la cuestión de su medida se ha complicado: en primer término, porque la felicidad, como dijo Saint-Just, se ha convertido en un factor de la política.

Es perder el tiempo, ya se sabe, buscar la camisa de un hombre feliz, y lo que llaman una sombra feliz debe evitarse por los males que propaga. (Lacan, 1958, p 584).”

La transferencia, es un fenómeno inevitable de la experiencia analítica, la relación médico- paciente, opera de manera inconsciente.

El principio del poder de la cura, dirá Lacan (1958), es la transferencia, pero será un poder que se ejerce según él a condición de no hacer uso de ese poder, no interpretando la transferencia ni ejercerla como sugestión. (...)”*Ya se pretenda frustrante o gratificante, toda respuesta a la demanda en el análisis reduce en él la transferencia a la sugestión”. (p 604).*

Lacan (1958) planteaba que *“Hay que tomar el deseo a la letra” (p 590)*. Para comprender los planteamientos sobre el deseo hay que tener en claro las *“leyes que se articulan en la cadena significante”*, condensación- metáfora; desplazamiento- metonimia. Metáfora como la sustitución de un significante por otro significante, metonimia como la combinación de un significante con otro significante. (p 592).

Lacan dice así: *“Recordaré el automatismo de las leyes por las que se articulan en la cadena significante: a) la sustitución de un término por otro para producir el efecto de metáfora, b) la combinación de un término con otro para producir el efecto de metonimia” (Lacan, 1958, p 592)*

Lacan se apoya en el sueño de la bella carnicera de Freud para poder explicar estos términos en función del deseo. El deseo que sustituye a un deseo representado por el caviar, un deseo de deseo, que sustituye un significante por otro significante que en el sueño es el salmón ahumado que es el deseo de la amiga.

“Así el sueño de la paciente responde a la demanda de su amiga que es la de venir a cenar a su casa. Y no se sabe qué demonios la empuja a ello, aparte de que se cena bien allí, sino el hecho del que nuestra carnicera no pierde el hilo:

y es que su marido habla siempre de ella ventajosamente. Ahora bien, flaca como es, no está muy hecha que digamos para gustarle, a él a quien no le gustan sino las redondeces.

¿No tendría él también un deseo que se le ha quedado atravesado, cuando todo en él está satisfecho? Es el mismo resorte que, en el sueño, va a hacer del deseo de su amiga el fracaso de su demanda. (Lacan 1958 p 596)."

A partir de esta estructura de deseo el sujeto va a demandar el complemento del otro el cual tampoco es completo pues está constituido por significantes. Finalmente Lacan concluye que el deseo es el deseo del Otro. Por lo tanto el analista se enfrenta a estas demandas del sujeto a las cuales debe responder desde la posición de la transferencia.

"El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significativa, trae a la luz la carencia de ser con el llamado a recibir el complemento del Otro, si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa carencia". (Lacan, 1958, p 597)

Es en transferencia en donde la persona del analista se desplaza en la escena de un lugar a otro como estrategia para direccionar la cura.

Conclusiones:

No puede pensarse en una elección de la dirección de la cura si no queda establecida la transferencia en tanto base y motor del análisis, como herramienta invaluable del trabajo analítico. En resumen en la experiencia de la carencia y de la imposibilidad, el analista se ubica en el lugar del semblante y del señuelo para luego correrse y dejar al descubierto el encuentro del sujeto con algo de su propia falta y en consecuencia con su propio deseo. La dirección trata de dirigir al sujeto hacia su deseo, la transferencia entonces es fundamental pues permite la fluidez de la palabra, es decir que el deseo se simbolice. La promesa analítica es una apuesta al deseo.

El método psicoanalítico en Winnicott.

El modo de trabajo de Winnicott con las neurosis era el típico freudiano. Para las patologías del narcisismo, o sea cuando hay angustias psicóticas, él inventa la "regresión a la dependencia".

9.4.1 Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis, (1964).

Para Winnicott (1964) La importancia del encuadre, como instrumento terapéutico, adquiere una relevancia particular... *"En pacientes con determinado tipo de diagnóstico la provisión y el mantenimiento del encuadre son más importantes que la tarea interpretativa."* (Pág. 939).

Winnicott introduce el concepto de setting. Al interrogarse con respecto al abordaje de pacientes en quienes el yo no está suficientemente constituido y con los cuales el psicoanálisis denominado clásico, no resulta útil. Como consecuencia Winnicott comienza a introducir modificaciones al encuadre a efectos de promover y ampliar las posibilidades del trabajo psicoanalítico con pacientes que desbordan el campo de las neurosis. Particularmente en los pacientes hoy denominados límites.

El encuadre o setting En la teoría winnicottiana equivale a *sostén terapéutico*. Para Winnicott el *encuadre* no es únicamente el conjunto de elementos que enmarcan la práctica analítica sino que corresponde esencialmente a la actitud analítica, como por ejemplo la "adaptación suficientemente buena" del analista.

Consiste en proveer metafóricamente hablando una madre suficientemente buena, un ambiente facilitador. El encuadre se diseña con esmero, incluyendo los objetos del escenario terapéutico, elementos que pueden ser para determinadas personas muy delicados, cualquier cambio puede suponer un derrumbe. Él mismo recordaba una anécdota en la que una paciente le recriminó por haberle arruinado la semana ya que el montón de papeles no estaba donde solía estar.

En el caso de esta paciente, ciertas cosas tienen que permanecer siempre igual. Las cortinas han de estar corridas; la puerta de la habitación, cerrada pero sin llave, de modo tal que pueda entrar directamente; la disposición de los objetos en el cuarto debe ser siempre la misma, aunque hay algunas variaciones que corresponden a la relación transferencial. En el momento de que hablo, el objeto constante se halla

situado en una determinada posición sobre el escritorio y tengo acumulados junto a mí, algunos papeles esperando que ella me los pida de vuelta.

Este viernes, a despecho de mi meticulosa inspección previa del cuarto, he dejado los papeles encima del otro objeto en vez de colocarlos a mi vera. La paciente entra y ve estas modificaciones, y cuando yo llego a la escena me encuentro con la catástrofe. Desde el mismo instante en que entro a la habitación veo lo ocurrido y sé que tendré mucha suerte si podemos recuperarnos de esta catástrofe en unas cuantas semanas. (Winnicott, 1964, p 942)

Ésta es una forma específica de intervención y puede y debe, en ciertas ocasiones y con determinadas estructuras, ser manejada junto con la interpretación, teniendo cautela con ésta última.

Quizás esto ilustre en qué forma un paciente se sensibiliza con respecto al encuadre y sus detalles. En otro análisis tal vez haya modificaciones permanentes; el paciente las advertirá o no, serán o no importantes, pero no provocarán una catástrofe. Esta paciente, en cambio, no podía hacer otra cosa frente a sus reacciones que dejar que se produjeran. (Winnicott, 1964, p 942)

(...) si uno proporciona ciertas condiciones el trabajo puede llevarse a cabo, y si no las proporciona el trabajo no puede llevarse a cabo y sería mejor no intentarlo siquiera. El paciente no se muestra dispuesto a trabajar con nosotros a menos q le proporcionemos las condiciones necesarias. Winnicott, 1964, (p 940)

Este dispositivo es necesario para favorecer la regresión del paciente, según Winnicott. Siendo la regresión, un retorno a etapas muy primarias del desarrollo emocional del ser humano en las que el mundo no era otra cosa que la relación con la madre. En el encuadre se busca que el paciente logre una "regresión" momentánea a la dependencia de su infancia.

El factor que debe darse para que tenga lugar la regresión es que se deba producir un fallo ambiental temprano y repetitivo. Este tipo particular de vínculo exige del analista una actitud muy especial, dado que lo que se espera de él es que actúe con una sensibilidad extrema. Muchas veces es necesario guardar absoluto silencio o mantenerse totalmente inmóvil para no obstaculizar el proceso que se desarrolla en el interior del paciente.

Pero cuando tenemos que ocuparnos de un paciente que no recibió este temprano tratamiento suficientemente bueno, no es seguro que podamos corregir lo que ha sido defectuoso. Por cierto las exigencias que se nos plantean son severas.

No es como si conociéramos de inmediato las demandas que se nos formularan. Al principio podemos atenderlas con facilidad. Es como si el paciente poco a poco nos sedujera para entrar en connivencia con él bebe que hay en él y que de un modo u otro recibió atención inadecuada en las primeras etapas. (Winnicott, 1964, pp 939- 940).

Notas sobre el repliegue y la regresión 1965.

(...) «replegamiento» se refiere a un distanciamiento de la relación despierta con la realidad externa, distanciamiento que a veces cobra la forma de un breve sueñecillo. Al hablar de «regresión» me refiero a la regresión a la dependencia y no específicamente a la regresión en términos de zonas erógenas. (Winnicott, 1954, Replegamiento y regresión, p 1514).

Winnicott (1965) dice que *“Desde el punto de vista clínico, los dos estados son prácticamente iguales; se verá, no obstante, que hay una enorme diferencia entre ellos. En la regresión hay dependencia, y en el repliegue una independencia patológica.” (p 1520)*

Winnicott le dio importancia a este concepto, subrayando que es una adquisición temprana del individuo. Poder tolerar el silencio está asociado con la capacidad de estar solo sin entrar en angustia.

La regresión, por su parte, significa generar condiciones favorables, en el encuadre, para que el paciente regrese a una situación de carencia, ocurrida en los primeros momentos, para que a partir de ello pueda tener una nueva oportunidad para el desarrollo hacia adelante. Esta regresión a la dependencia supone una técnica en donde el sostener es más importante que interpretar.

Winnicott (1965) señala la importancia de distinguir entre replegamiento y regresión, daba el ejemplo clínico de un paciente que se enojaba mucho cuando el confundía estos dos estados. *...” Cuando sobrevino el retraimiento como otro rasgo importante la paciente siempre se enojaba mucho cuando yo lo confundía con una regresión, o no advertía que al retraimiento hay que tratarlo de otro modo.” (p 1520))*

Hay que ser conscientes decía Winnicott (1954) de que la regresión se presenta durante la sesión analítica. *...”entonces podremos afrontarla inmediatamente y de esta manera permitiremos que ciertos pacientes que no estén demasiado enfermos realicen las regresiones necesarias en fases cortas, puede que incluso momentáneamente.” (p 1518).* Agrega *“en el estado de replegamiento el paciente sostiene el ser”* y que luego de la aparición de dicho estado si el analista es capaz de sostener al paciente, *“entonces lo que hubiese sido un replegamiento se convierte en una regresión.” (p 1518)*

La ventaja de la regresión estriba en que lleva consigo la oportunidad de corrección de la inadecuada adaptación a la necesidad en el pasado del paciente, es

decir, en el cuidado recibido por el paciente durante la infancia. En contraste, el estado de replegamiento no resulta provechoso y el paciente no ha cambiado cuando se recupera de tal estado. (Winnicott, 1954, p 1518).

El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva.
(1967)

Winnicott pensaba en una época que tanto la esquizofrenia como los tipos esquizoides de trastorno clínico eran regresiones.

Mi actitud cambió cuando vi que debía concebir dos clases de regresión. Una de ellas es simplemente un retroceso en la dirección opuesta al movimiento progresivo del desarrollo, se ven aparecer características regresivas y se reconoce que han quedado bloqueados los mecanismos del crecimiento individual. El otro tipo de regresión es muy distinto, aunque clínicamente puede ser semejante; en este segundo tipo el paciente hace la regresión debido a que una nueva provisión ambiental le posibilita la dependencia. (Winnicott, 1967, p 1504).

Como consecuencia, esto lo lleva a plantear que *“la enfermedad de un paciente es una expresión de los elementos sanos de su personalidad, cuando la regresión está relacionada con la provisión ambiental”* (p 1505) A partir de esto comienza a considerar a la esquizofrenia como una organización defensiva.

Winnicott (1967) remarca la importancia a la provisión ambiental. ... *“por ejemplo a la naturaleza de la madre al presentarle el mundo a su bebé, quien no conoce otra cosa.”* (p 1501) Al principio, se le debe conceder a la provisión ambiental plena importancia. A medida que el niño adquiere autonomía y va camino hacia una independencia y percibe al ambiente que lo rodea como separado de sí, así, el ambiente (en la salud) *“queda relegado cada vez más a un segundo lugar, salvo por el hecho de que en la enfermedad -p. ej., la esquizofrenia-, debe recordárselo siempre, el ambiente puede continuar siendo un factor adverso a raíz de la falla del individuo en cuanto a obtener suficiente autonomía.”* (pp 1501 -1502)

Para mí, la clave del conflicto que subyace en la enfermedad que titulamos psiconeurosis, se halla en el individuo. Como es bien sabido, el analista de un paciente psiconeurótico debe empeñarse en analizar lo inconsciente reprimido, del paciente. En contraste con ello, cuando hay esquizofrenia el analista, o quienquiera trate al paciente o maneje el caso, debe empeñarse en elucidar una escisión en la persona del paciente, el caso extremo de una disociación. La escisión ocupa el lugar de lo inconsciente reprimido del psiconeurótico. (Winnicott, 1967, p 1502).

Para Winnicott la escisión de una persona se produce por fallas en la provisión del ambiente. Fallas en un ambiente previsible. Como hemos mencionado en capítulos anteriores, la provisión de un ambiente saludable está dado por la presencia de una madre suficientemente buena que le brinda a su bebe el hecho de no haberlo dejado caer significativamente. Las fallas en el ambiente en etapas tempranas producen en el bebe fallas en la continuidad del ser. Produciendo las llamadas angustias impensables.

Dice Winnicott al respecto:

Se apreciará que esta teoría incluye la idea del trauma, palabra con la que quiero significar una experiencia para la cual las defensas yoicas fueron insuficientes en la etapa del desarrollo emocional: en que a la sazón se hallaba el individuo, o en el estado del paciente. El trauma es una intrusión del ambiente, y una reacción del individuo a esa intrusión, previas al desarrollo -en' el sujeto de los mecanismos que vuelven predecible lo impredecible". (Winnicott, 1967, p 1506).

Lo que debe suceder, plantea Winnicott, (1967) es que el paciente no vuelva a experimentar nunca más la angustia impensable.

(...) "Inicialmente, esta angustia impensable fue experimentada en un momento en que falló la confiabilidad del suministro ambiental, cuando la personalidad inmadura se hallaba en la etapa de dependencia absoluta". (p 1506)

Brindamos ayuda dice Winnicott, ofreciéndole al paciente una confianza que le sirva para anular las defensas que surgieron ante lo impredecible del ambiente y lo catastrófico que se experimenta frente a la experiencia del espanto.

Si tenemos éxito, posibilitaremos que el paciente abandone la invulnerabilidad y se convierta en una persona que sufre. Si alcanzamos el éxito, la vida se volverá precaria para alguien que había comenzado a conocer una cierta estabilidad y una cierta liberación del dolor, aun cuando esto le significaba la falta de participación en la vida y quizás una deficiencia mental. (Winnicott, 1967, p 1508).

Al principio dice Winnicott, se asiste a una mejoría clínica, pero a medida avanza el tratamiento, cuando el paciente muestra una dependencia hacia el analista, los errores y las fallas del analista, provocan en el paciente nuevos traumas, esto provoca que el paciente pueda sentir rabia por el analista, y como consecuencia pueda expresarla.

Lo que el espacio analítico ofrece es un sostenimiento (holding) al paciente, que le fue privado en los momentos fundantes de su psiquismo. El analista funcionaria metafóricamente hablando como una madre suficientemente buena, aportando al paciente sostén, (holding), el espacio analítico funcionaria como la provisión ambiental adecuada, en la que el paciente que sufrió de esa privación en momentos fundantes pueda volver a confiar en un ambiente apto y posibilitar la regresión a la dependencia.

“El dispositivo todo ofrece una nueva provisión ambiental que restituye la confiabilidad en el ambiente y posibilita la dependencia (la regresión “en sentido benigno”), donde todo puede recomenzar.” (Winnicott, 1967, p 1508)

Conclusiones:

Lo que Winnicott enseña, es que el encuadre y la regresión son dispositivos importantes para la cura. El encuadre en la teoría winnicottiana equivale a *sostén terapéutico*. Para Winnicott el *encuadre* no es únicamente el conjunto de elementos que enmarcan la práctica analítica sino que corresponde esencialmente a la actitud del analista, como su adaptación suficientemente buena por ejemplo.

El encuadre es necesario para favorecer la regresión del paciente, según Winnicott. Siendo la regresión, un retorno a etapas muy primarias del desarrollo emocional del sujeto en las que el mundo no era otra cosa que la relación diádica con la madre. Consiste en proveer metafóricamente hablando una madre suficientemente buena, un ambiente facilitador.

La regresión significa generar condiciones favorables, en el encuadre, para que el paciente regrese a una situación de carencia, ocurrida en los primeros momentos, para que a partir de ello pueda tener una nueva oportunidad para el desarrollo hacia adelante. Esta regresión a la dependencia supone una técnica en donde el sostener es más importante que interpretar.

Winnicott le dio importancia al concepto de repliegue, subrayando que es algo que es bueno posibilitar, cuando sucede este estado el proceso es silencioso y está vinculado a lo que ocurre en la dependencia extrema. Además nos decía Winnicott se debe poder distinguir entre repliegue y regresión, no debe confundirse estos dos estados.

Winnicott remarca como en la mayoría de sus textos la importancia a la provisión ambiental. De vital importancia para el desarrollo saludable del sujeto, para el camino hacia una autonomía.

Lo que el espacio analítico ofrece es un sostenimiento (holding) al paciente, que le fue privado en los momentos fundantes de su psiquismo. El analista funcionaria -metafóricamente hablando- como “una madre suficientemente buena”. El espacio analítico ofrece la provisión ambiental adecuada que le restituye al paciente la confianza en el ambiente, posibilitando la regresión a la dependencia. En términos coloquiales, el analista “desencuentra la repetición” en el mismo momento en que esta se produce en transferencia, abriendo así caminos diversos a lo que hasta allí estaba coagulado en la repetición.

Modos de intervención pertinentes al tratamiento ataque de pánico.

“Ya se dé por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente.” (Lacan, J. 1953, "Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis")

Freud en su trabajo “Como separar de la neurastenia un síndrome en calidad de neurosis de angustia” de 1894, plantea por entonces que las neurosis de angustia carecen de mecanismo psíquico y por lo tanto no son tratables por el psicoanálisis porque no hay algo reprimido y por ende no hay una representación interpretable. Recordemos que eran tiempos fundacionales en los que Freud estaba delimitando el campo de incumbencia del psicoanálisis. Entonces deja fuera de su campo todo lo que tiene que ver con las neurosis actuales. Pero aun así nos deja todas las enseñanzas necesarias para su abordaje.

La urgencia y la rigidez con la que se presentan estas situaciones, porque no hay demanda de un sujeto, sino que se debe actuar acorde a lo que la situación demande, nos lleva a pensar que poner en juego solo las herramientas clásicas (atención flotante, asociación libre) es un camino errado que puede traer consecuencias negativas para el tratamiento.

Coincidiendo con lo que plantea Víctor Iunger en su trabajo sobre el pánico, plantearemos que los casos de ataques de pánico ubican al sujeto o instalan al sujeto en una posición de goce, cediendo frente al síntoma, y esto aumenta cada vez más el malestar, por ello, para acotar este goce que no colabora en un trabajo de análisis, se debe recurrir a operaciones de corte en lo real, que serían una suerte de intervenciones sobre los actos del sujeto.

Esta sería una de las primeras estrategias de cura a nuestro entender, donde la sola labor de asociación libre e interpretación por ejemplo no serían eficaces. Se trata, entonces de acotar el goce que se despliega en el actuar del sujeto.

Estos cortes en lo real son intervenciones que se sitúan en los tres registros: para ello consultamos un texto de María Cristina del Villar “*Las neurosis hoy, intervenciones*”. En el texto la autora plantea que se recurren en el transcurso de un análisis a diferentes tipos de intervenciones, tanto en lo (...) “*simbólico, la interpretación, señalamiento de una palabra, convocamos a trabajar un sueño y otras hacemos intervenciones en lo real.*” (Del Villar, M.C, 1998, p 2)

¿Qué es una intervención en lo real para esta autora?

Cuando una intervención del analista hace emerger la dimensión del goce al cual está fijado un sujeto, e implica interpretar la castración del Otro, pero en un lugar diferente al simbólico o imaginario, que implica hacerlo entre lo imaginario y real, apuntando al goce del Otro. Hacemos una intervención en lo real. (Del Villar, M.C, 1998, p 2)

Del Villar plantea que existen tres tipos de intervenciones en lo real:

La primera (...) *“la podemos ubicar en la construcción ¿qué es la construcción? Sería dar letra ahí donde falta en el armamiento de esa estructura ¿para qué? Para poder bordear el objeto pulsional al cual el sujeto está identificado. No solamente esto sino que a posteriori pueda decir de este goce al cual está fijado. El segundo tipo de intervención en lo real apunta a separar el objeto pulsional de la cadena significativa”*

Por último, el tercer tipo de intervención que propone la autora *apunta a la castración del Otro y la del sujeto. (Del Villar, M.C, 1998, p 2)*

Isidoro Vegh va a plantear lo siguiente en relación a las intervenciones en lo real:

(...) planteé que desde este horizonte vale pensar la diversidad de las intervenciones del analista no reductibles a una simple oposición entre escansión e interpretación. Si la intervención del analista apunta al lugar de fijación, al goce que retiene al analizante y le impide avanzar en el camino de su deseo, si esa fijación se escribe como a, tapón del inconsciente, es fácil advertir -si esto es un nudo borromeo- que puedo cortar por lo Imaginario, por lo Simbólico, o por lo Real para producir del objeto, nueva eficacia: de objeto de la pulsión a objeto causa del deseo. (Vegh, I, 1994, s/p).

El autor cita a Lacan en su Seminario R.S.I. de Febrero de 1975:

No se responde con un sentido a los enigmas que el analizante ofrece, no sería más que alimentar el pececillo del síntoma, sino un efecto de sentido, que además es Real. ¿Qué quiere decir un efecto de sentido Real? Intervención entre Imaginario y Simbólico, produce otro sentido como efecto que desmantela el sentido cristalizado.

Pero insiste, en Le Sinthome, el 13 de Enero de 1976:

Es necesario que nosotros hagamos en alguna parte el nudo, el nudo de lo Imaginario y del saber inconsciente, que hagamos en alguna parte un empalme" -es el empalme entre Imaginario y Simbólico para producir el efecto de sentido en lo Real- "todo eso para obtener

un sentido, lo cual es el objeto de la respuesta del analista a lo expuesto por el analizante a lo largo de su síntoma." -Un efecto de sentido, respuesta del analista al enigma del síntoma.- "Cuando nosotros hacemos este empalme, nosotros hacemos al mismo tiempo otro, precisamente este que es entre el síntoma y lo Real, es decir que por algún lado nosotros le enseñamos a empalmar, a hacer empalme entre su síntoma y lo Real parasito del goce, lo que es característico de nuestra operación. . (Vegh, I, 1994, s/p).

Las intervenciones en lo real, apuntan a producir un movimiento en la vida de las personas, una escansión. La escansión como señalábamos anteriormente en otro capítulo son modos de intervención sobre el discurso, puntuación que indica al analizante que algo se le escapa en su discurso, que se encuentra en desconocimiento.

El psicoanalista Víctor Iunger plantea que el ataque de pánico está determinado por el colapso de la función del Nombre del Padre y que eso implica que la trama fantasmática que ordena la experiencia habitual del sujeto también ha quedado transitoriamente abolida.

Entonces, se trata en principio, de que frente a la angustia, frente a la fobia, frente a la depresión no hay que ceder frente al síntoma. Acotadamente y en determinadas circunstancias, en las cuales no hay eficacia de la palabra, siempre bajo la instancia de la transferencia, primero se corta y después se puede acceder al despliegue de la palabra y la interpretación. (Iunger, V, 2013, s/p).

Los sujetos que padecen ataque de pánico carecen de una trama discursiva que le permita entender cómo llegó en su vida a tal punto de estar absolutamente desbordado, para ello se debe hacer entrar al sujeto en el discurso. Una de las formas de comenzar a adentrarlo en una trama discursiva es poner límite al goce, un corte.

Estas intervenciones de corte en lo real, sería lo que en Winnicott se llama movimientos dentro del encuadre sostén". Winnicott trabaja de modo diferente, su trabajo en las neurosis es el clásico Freudiano, pero con pacientes con las llamadas patologías de borde trabaja con la regresión a la dependencia.

Winnicott consideraba que hay pacientes con determinadas características que no responden al tratamiento llamado clásico. Estos requieren de un encuadre que reúna las condiciones necesarias para favorecer su regresión a etapas más primitivas del desarrollo emocional, en el que el mundo no era otra cosa que la relación con la madre y en ese sentido el espacio de la sesión terapéutica brindaría el sostenimiento o holding que el individuo no tuvo en su infancia.

Esto sería posible porque el analista brinda una presencia, está allí, se preocupa por el paciente. La técnica no consistiría entonces en interpretar sino en acompañar, “cuidar” al paciente, en el sentido de brindarles un sostén constante, durante determinadas etapas del tratamiento.

Margaret Little, en su libro *“Relato de mi análisis con Winnicott, Angustia psicótica y contención”* da testimonio de su análisis con Winnicott, y cuenta que en sesión en períodos regresivos, revivía el odio hacia su madre, dirigiéndolo a su sustituto: su analista quién recibía sobre sí la ira hacia su madre por fracasos en su función. Su madre, había fallado en el sostén de forma brutal.

Little dice haber sido exhortada continuamente a que se controle. Comenta que en una de las primeras sesiones se dispuso a recorrer el consultorio, se vio arrojándose por la ventana pero no lo hizo porque pensó que Winnicott la detendría, se le ocurrió arrojar todos sus libros, pero en su lugar arrojó un florero. Winnicott la encontró ordenando el revoltijo, y se mantuvo en silencio. Al día siguiente, Winnicott había reemplazado una réplica exacta y le explicó que lo que había roto era algo valioso para él.

Cuenta Little: *“En una oportunidad en que cabía la posibilidad de que huyera de su consultorio enfurecida y me lanzara a conducir peligrosamente, se hizo cargo de las llaves de mi auto hasta el final de la sesión y luego me permitió permanecer recostada en una habitación contigua hasta que me sintiera segura”* (p47.)

En una ocasión en que Winnicott se va de vacaciones y teme que Little se suicide decide su internación. Pactan las condiciones de la misma, el analista llevaría a la paciente a la institución y una vez le den de alta la retiraría el mismo.

El dispositivo winnicottiano en relación al clásico Freudiano implica modificación de la modalidad de intervención y del manejo del tiempo y el espacio, implica modificaciones en el encuadre que se adaptan a las necesidades del paciente. Little dice en su libro *(...)“Winnicott utilizaba la palabra sostén no solo en sentido metafórico, sino también literal.”* (p 46)

El dispositivo analítico aquí funcionaría a modo de holding material ayudando a restablecer la confianza en un vínculo en momentos en que el entorno ha colapsado y prima el desamparo. El analista entonces se coloca de forma tal que el paciente crea la idea de un entorno controlable (idea de omnipotencia), y así ayuda a restablecer la confiabilidad en el ambiente que lo sostiene permitido a través de la regresión a la dependencia.

D.W me dejaba entrever lo que un análisis como el mío exigía de él; exigencias que él estaba dispuesto a atender, y no solo bajo la condición de que el análisis resultara exitoso: él debía soportar la angustia, la culpa, el dolor y la pena, la inseguridad y la impotencia, él debía soportar lo insoportable. (Little, M, p 63)

En Freud, de acuerdo a los textos revisados rescatamos la labor de construcción e interpretación en un análisis. Sabemos que a través de un trabajo de construcción se puede arribar a la historia del paciente que da lugar al sentido de los síntomas que padece. El trabajo de construcción permite arribar a los síntomas para poder luego realizar un trabajo de interpretación. En el ataque de pánico esta labor es posible ya que nos encontramos con sujetos que, frente a este padecimiento, este malestar, no hay palabra que pueda armar una historia.

Como hemos expuesto en el capítulo anterior el trabajo de construcción es una elaboración propuesta por el analista al analizado durante la labor psicoanalítica, y que está destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados, una parte de la historia infantil del sujeto. La aspiración es encontrar un cuadro confiable de los años olvidados del paciente.

Mediante esta labor de construcción se debe lograr que se cancelen las represiones de su desarrollo temprano y las sustituya por reacciones maduras, para esto, el analizado debe volver a recordar ciertas vivencias que están por el momento olvidadas y para que esto pueda realizarlo un paciente debe poder hablar, y en un ataque de pánico, en los primeros momentos de un análisis esto no sucede, en su lugar, nos encontramos frente a un sujeto que su vida se encuentra en caos, así como su discurso.

En un momento del análisis, luego de apaciguar los síntomas corporales que traen tanto padecer al sujeto, la labor de construcción le va a permitir al analista ir hilando cada palabra suelta, cada lapsus en una cadena o que accederá según el psicoanalista a dar con el esclarecimiento del padecer del sujeto que presenta con ataques de pánico.

Consideramos que mediante la labor de construcción se debe hacer surgir lo que el paciente ha reprimido u olvidado, incluso lo que está inscripto solo en el cuerpo, memoria, pero no recuerdo. Y así aspirar a llegar a la raíz de los síntomas, mediante el vencimiento de las resistencias y de este modo hacer accesible a la conciencia todos los elementos reprimidos.

El síntoma molesta, pero es un recurso, mientras haya síntoma habrá análisis. No se trata de eliminarlo al estilo DSM. Es un enigma que demanda desciframiento.

El síntoma como nos enseñaba Freud, es una formación de compromiso entre dos fuerzas opuestas que, nos revela una verdad sobre ese sujeto. El síntoma es un recurso de la singularidad del paciente, pues denuncia lo que no anda bien en él.

Entonces hay que comenzar por dar sentido a ese síntoma, resituando al sujeto en los parámetros simbólicos, que pueda ver que hay causas para lo que le pasa. No es algo inmotivado. No hay otra manera de iniciar un tratamiento que empezar a armar hipótesis, y producir la resignificación de los ataques como síntomas de un desarreglo enigmático a develar y cuyas claves irán apareciendo en el despliegue de su historia personal.

Todo este trabajo, por supuesto vía transferencia, sin ella no puede pensarse como planteaba Lacan en su trabajo *“La dirección de la cura y los principios de su poder”*, una dirección de la cura.

Conclusiones:

En función de lo analizado consideramos que es posible realizar intervenciones analíticas frente a las crisis de pánico. A través del dispositivo analítico, se intentará crear las condiciones para el establecimiento de un lazo transferencial que, por vía de la palabra, y a través de intervenciones de corte, de corte en lo real, permita al sujeto elaborar la irrupción del goce. Las intervenciones, así como la labor de construcción, trazan el camino que va a reinstalar al sujeto en su condición deseante, acompañándolo a tramitar simbólicamente lo insoportable de lo real de ese goce.

Para concluir quisiéramos agregar lo que dice Víctor Iunger en relación al tratamiento de este “viejo nuevo mal”:

No desentendernos del pánico implica abordarlo con los instrumentos que el psicoanálisis nos ofrece. Lo cual no implica que no acudamos al auxilio psiquiátrico cuando es necesario porque el nivel de sufrimiento, e incluso la dificultad del recurso al discurso en un contexto tal, implica el recurso a la psiquiatría para permitir una regulación del síntoma, para mitigar lo insoportable del sufrimiento y posibilitar el discurso. Es muy difícil situarse en un plano del discurso con un sufrimiento que en su intensidad, va más allá de ciertos límites, que inclusive –a menos que se lo reduzca en cierto grado- impide la instancia misma de la palabra. (Iunger, V, 2013).

Un Caso clínico.

“Pánico” Víctor Iunger.

Mujer de 30 años.

“Se trataba de una persona que había hecho un análisis que no había tenido más dificultades que las corrientes en cualquier análisis hasta un momento determinado en que— como hemos dicho— no quiso más. Ya estaba aparentemente más o menos bien, a mí no me pareció mal que se tomara su tiempo.”

Esta mujer había interrumpido su análisis un par de años antes, por considerar que ya estaba bien y ya no lo necesitaba, y llama al analista nuevamente

Me llama en el medio de un estado de pánico, en el medio de una catástrofe vivencial de esta naturaleza. Había muerto el padre, que había estado sumamente deteriorado corporalmente por una enfermedad que terminó con su vida, es decir había quedado degradado ante la paciente, a pesar del amor que le profesaba, lo cual le hacía —a nuestra paciente— particularmente insoportable el marasmo físico de ese padre. Hacía algunos años —había comenzado en el último tiempo de su análisis, antes de la interrupción— tenía una relación de pareja en la que ella misma resultaba extremadamente degradada. A pesar del extendido cuadro fóbico que presentaba, tanto en tiempo como en espacio, no tenía un desarmado muy grande de su vida psíquica.

Esta crisis había comenzado en un tiempo relativamente reciente —algunos meses—.

Y se trataba de una persona bastante bien estructurada simbólicamente, es decir, se trataba de alguien con una estructura histérica más o menos normal, tenía fuertes recursos simbólicos. (Iunger, V, 2013, s/p).

Se muestra sumamente mal en su ánimo, pidiendo que la reciba a pesar de hallarse el analista de vacaciones, ya que estaba en una situación insostenible, con una presencia casi constante de episodios de pánico, dentro del marco de un estado de fobia generalizado. Presentaba además una restricción extrema en su vida cotidiana, por ejemplo no podía viajar en colectivo a su trabajo, tenía que ir caminando.

En primer lugar, como el analista se encontraba de vacaciones mantiene contacto telefónico hasta su regreso en donde retoma su análisis.

Con toda la dificultad del caso, empieza a hablar y empiezan a aparecer estos fantasmas que yo digo que son fruto del levantamiento de la represión secundaria. Empieza a aparecer, en una chica de cuya feminidad no se puede dudar en absoluto, deseos homosexuales, con todo el terror del caso. Dice aterrorizada "¿cómo, soy homosexual?" Y con consecuencias: no podía sentarse al lado de tal o de cual compañera en su trabajo, o tendía a cortar el vínculo con determinada mujer de su entorno, porque la asaltaban deseos homosexuales. Estaba en público y tenía incoercibles deseos de levantarse la pollera, una chica bastante linda, o incoercibles deseos de hacer pis en público. No se podía quedar con sus sobrinitos, sobrinitos a los que amaba, pues le advenía la idea compulsiva de clavarles un cuchillo, y la cosa llegaba a tal punto que no quería quedarse a solas con los chicos, aterrorizada, por supuesto. (Iunger, V, 2013, s/p).

El analista cuenta que llevó un periodo de un año de trabajo analítico el lograr una reducción de la sintomatología más seria. Iunger señala: *"Incidio sin embargo en este devenir favorable de su análisis, el hecho de que ya tenía establecida una transferencia conmigo, desde el tramo anterior de su análisis, esto fue decisivo"*

Intervención.

El analista, Víctor Iunger relata que realizó *Intervenciones* de un modo taxativo en el sentido de poder situar bajo qué circunstancias se incrementaban los fenómenos de pánico en la paciente, y producir cosas tales como (...) *"que esto no, que no vea tal persona, que corte tal situación, etc."*

Tuve que intervenir a veces de un modo taxativo en el sentido de poder situar bajo qué circunstancias el pánico y su contexto fóbico, propio de esta paciente, se incrementaba y producir cosas tales como que esto no, que no vea tal persona, que corte tal situación, etc. Fueron necesarias fuertísimas intervenciones de corte, para cortar lo que alimentaban su sintomatología, sosteniéndola en un nivel que le hacía la vida imposible. Efectivamente una vez avanzado ese tramo de la experiencia analítica, toda esa florida sintomatología fue entrando en un cauce pacificado.

Se produjo así un cambio fundamental en la vida de esta chica. Y su análisis empezó y continuó un recorrido sumamente productivo, tanto desde el punto de vista

de la producción en el análisis, como en su trabajo y su vida afectiva. (Iunger, V, 2013, s/p).

El autor explica que cuando no hay despliegue simbólico, es decir cuando no hay palabra, un relato, *“siempre bajo la instancia de la transferencia, primero se corta y después se puede acceder al despliegue de la palabra y la interpretación.”*

Esta es una estrategia en la cura, explica Víctor Iunger.

“Son intervenciones que se sitúan en los tres registros. No pueden ser intervenciones arbitrarias, sin soporte legal, legalidad del discurso, legalidad de la producción significativa propia del orden simbólico, no pueden prescindir del sentido y de la imagen, instancia de lo imaginario, y operan sobre la pulsión o sea sobre lo real del goce.” (Iunger, V, 2013,s/p).

En el caso se ven los síntomas propios que indican el levantamiento de la represión en zonas de la fantasmática. En el contexto del pánico, la paciente dice *"soy homosexual"*, o en otra circunstancia *"no quiero quedarme a solas con mi sobrinito porque me vienen ganas de clavarle un cuchillo"*. Estos advenimientos fantasmáticos, dan lugar a este tipo de experiencia terrible.

“En otras experiencias, con otros analizantes, frente a circunstancias parecidas en algún punto, pasaron cosas parecidas. No fue una circunstancia única. Sin embargo esta paciente planteaba algunas instancias fantasmáticas, vinculadas al levantamiento de la represión secundaria, que no es habitual que aparezcan de un modo tan espectacular. Parecían circunstancias propias de un libro. No es nada habitual que una mujer joven, bella, inteligente que no obstante tenga un deseo incoercible de hacerse pis en público. (Iunger, V, 2013,s/p).

Víctor Iunger señala que una transferencia sostenida, es una protección contra el pánico, como ocurre en el ejemplo de su caso clínico. *“Pero también está el plus de eficacia que se produce, por el ordenamiento básico que se produce en las coordenadas de la experiencia del sujeto, como consecuencia del funcionamiento de la transferencia”.* (Iunger, V, 2013, s/p).

Plantea que el análisis debe ser abordado en un primer tiempo para hacerle frente al pánico a través de instancias que operan como corte al goce.

Analíticamente anduvo muy bien la cosa pero hubo que operar con intervenciones de corte que no fueron instancias interpretativas, ya que se trataba de fantasma con una irrupción de goce que había que cortar de un modo directo, ya que el interpretativo, al menos en un primer tramo de esa nueva instancia de su análisis no era eficaz. Entonces, se trata en principio, de que frente a la angustia, frente a la fobia, frente a la depresión no hay que ceder frente al síntoma. Acotadamente y en determinadas circunstancias, en las cuales no hay eficacia de la palabra, siempre bajo la instancia de la transferencia, primero se corta y después se puede acceder al despliegue de la palabra y la interpretación. (Iunger, V, 2013).

Este modo de intervención planteado por el analista, presenta semejanzas con lo que teorizamos en el capítulo de intervenciones pertinentes al ataque de pánico. Para acotar este goce que irrumpe en el sujeto y dado que esta posición, esta instalación en el goce del síntoma, no calma la angustia, ni el malestar de cualquier naturaleza, inclusive el pánico, sino que aumenta el malestar, precisamente, amplificándolo, y que por otra parte no permite el trabajo de análisis, se debe recurrir a operaciones de corte en lo real, que serían una suerte de intervenciones sobre los actos del sujeto. Acotar el goce del Otro que se despliega en el actuar del sujeto.

Fundamentos teóricos.

Este caso puede ser explicado tanto desde la teoría Freudiana del pánico como en lo teorizado en Lacan sobre este fenómeno. El pánico acontece cuando cae el poder del líder o los ideales fundamentales: caída de una creencia, de un ideal fundamental. Caído o muerto el líder, cada sujeto cuida solo de sí mismo, y roto los lazos con los otros comienza a surgirle un miedo inmenso que no puede atribuirse a la magnitud del peligro. La esfera corporal está absolutamente comprometida. Freud en su trabajo de 1894 explica el cuadro de neurosis de angustia en relación con las neurosis actuales y describe las siguientes manifestaciones clínicas: *...”perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, perturbaciones respiratorias: disnea. Oleadas de sudor, temblores y estremecimientos. Hambre insaciable, vómitos, náuseas, diarreas. Vértigo locomotor. Parestesias. Urgencia de orinar. Insomnio”.*

El pánico en un individuo, igual que la reacción de pánico en una masa, sería provocada por la descomposición de los vínculos afectivos que lo hacían sentir protegido y seguro. (Caída del padre) En Lacan habíamos ubicado a los fenómenos de pánico, cuando ante la pregunta *¿qué me quieres?*, en los casos de una inscripción fallida del sostén simbólico

(desfallecimiento del nombre del padre), y como efecto de esa falla del tejido simbólico, el sujeto queda sin recursos simbólicos y por ello en desamparo y entra en pánico.

En el caso de esta paciente, comentábamos al principio que los síntomas de pánico aparecen luego que muere su padre, padre que había quedado degradado ante la paciente.

Transcribimos a continuación un fragmento del caso:

“Había muerto el padre, que había estado sumamente deteriorado corporalmente por una enfermedad que terminó con su vida, es decir había quedado degradado ante la paciente, a pesar del amor que le profesaba, lo cual le hacía –a nuestra paciente- particularmente insoportable el marasmo físico de ese padre.”

Muerto el padre, o caído este garante simbólico, nos interrogamos: ¿qué garantías aportaba este padre, que, al caer, deja a la paciente que sufre este padecimiento sin referencias y a merced del goce del Otro?

Un padre simbólico funciona como garante de un orden de la experiencia. Aporta el significante nombre del padre, agente de la castración. La función del padre simbólico, regula nuestra relación al goce. En relación a la falta del Otro la ley de prohibición del incesto, ley operante en el sostén de las coordenadas de la experiencia del sujeto, a través de la función del significante del Otro barrado, permite ordenar toda esa experiencia.

Lacan nos dice en el seminario 5 “Las formaciones del inconsciente” con respecto al padre simbólico que

(...) Lo que autoriza el texto de la ley le basta con estar, por su parte, en el nivel del significante. Es lo que yo llamo el Nombre del Padre, es decir, el padre simbólico. Es un término que subsiste en el nivel del significante, que en el Otro, en cuanto sede de la ley, representa al Otro. Es el significante que apoya a la ley, que promulga la ley. Es el Otro en el Otro. (Lacan, 1958 p 150).

Este significante, para Lacan (1958), (...)”*encarna, especifica, particulariza, lo que acabo de explicarles, a saber, representar en el Otro al Otro en tanto que le da su peso a la ley. (...)J”el nombre del padre en cuanto capaz de admitir el mensaje, y, por este motivo, garante de que la ley se presente como autónoma”. (p 158).*

El nombre del padre es donde reconocemos el sostén de la función simbólica, la función de este garante simbólico es mantener unidos los tres registros, Real, Simbólico e imaginario. Por eso, sostenemos que en el pánico, ante una inscripción fallida del garante simbólico o garante de la ley, (desfallecimiento del nombre del padre), como consecuencia, es el tejido simbólico que se encuentra comprometido.

Dice Víctor Iunger al respecto:

Desde nuestra perspectiva actual, es decir nuestra experiencia clínica, lo que venimos pensando al respecto y por supuesto lo que hemos podido hallar en Freud y a partir de Lacan, aunque Lacan tampoco se ocupa de ello en particular, principalmente podemos definir al pánico como la experiencia aterrizante excesiva e inmotivada, que resulta de la pérdida repentina de los parámetros simbólicos, pérdida sorpresiva de los parámetros simbólicos que ordenan la experiencia subjetiva y que dejan al sujeto en una situación de indefensión que amenaza con la desaparición de los soportes del anclaje del ser –en psicoanálisis diríamos de lo poco, pero necesario del ser, para sostener su existencia. Amenaza que lo excede y que no puede, en ese contexto, ser tramitada. (Iunger, V, 2013, s/p).

El autor realiza la siguiente conexión con el ataque de pánico: lo relaciona con el

(...) colapso de la función del nombre del padre, no de la verwerfung de su inscripción, eso parece ir y venir en esta circunstancia, sino que en principio esa función podría suspenderse y en algún momento trabajosamente, quizás volver a construirse. Suspenderse con respecto a una zona de la experiencia, no a toda la experiencia sino frente a una zona de la experiencia fantasmática. Mediante un análisis bien conducido y con el tiempo necesario, el sujeto logra construir los parámetros simbólicos que le permiten ordenar la experiencia.” (Iunger, V, 2013).

Considera que los fenómenos de pánico son el resultado de la “degradación progresiva de las figuras que sostienen el “nombre del padre” en la realidad, por lo general del padre mismo.” (Iunger, V, 2013).

Conclusiones finales.

En el transcurso de este trabajo fuimos desarrollando las concepciones de la angustia y el pánico en Freud, Lacan Y Winnicott, así como una breve reseña de la nosología psiquiátrica en relación a la clasificación del ataque de pánico.

Estudiamos y analizamos desde la primera teoría de Freud sobre la angustia, donde ubica el origen de la misma, como la consecuencia de la libido no descargada, hasta su desarrollo último en donde la angustia aparece como señal ante un peligro interno o externo. En Lacan vimos que la angustia también aparece como señal, en este caso, ante la falta de la falta. Con Winnicott, hemos aprendido que la angustia, (angustias impensables) ya es consecuencia patológica de las fallas de los cuidados maternos en los primeros meses de vida de un bebé, vale decir en el período de dependencia absoluta. Ya no entonces, como señal de una amenaza de peligro como en los autores anteriores.

En relación al pánico, Freud teoriza sobre este tema y nos da un indicio para diferenciarlo de la angustia en cuanto a su origen: cuando plantea en “Psicología de las masas y análisis del yo” que el pánico sobreviene en un individuo ante la caída de una creencia, de un ideal fundamental, caída o muerte del líder. Entonces cada sujeto cuida solo de sí mismo, y roto los lazos con los otros comienza a surgirle un miedo inmenso que no puede atribuirse a la magnitud del peligro.

En lacan, a partir de nuestra investigación, ubicamos al pánico ante la pregunta ¿Que me quieres? en un sujeto donde se ha dado una inscripción fallida del sostén simbólico (N.P.) En estos casos, el sujeto queda sin referencias y en desamparo. Planteamos entonces, que en estas situaciones no correspondería hablar de angustia, sino de pánico.

Aquí vimos que, al ubicar de este modo el pánico en la teoría de Lacan, podríamos decir que ambos autores coinciden en relación a la etiología del pánico. Esto nos lleva a pensar que podemos pensar al pánico como un concepto que difiere teórica y clínicamente de la angustia.

Con Winnicott vimos que se diferencia también en este concepto, para él, el pánico es un espanto organizado a modo de defensa ante lo impredecible del ambiente.

El estudio de las distintas teorías sobre la angustia nos lleva a concluir que ambos conceptos pertenecen a categorías tanto teóricas como clínicas diferentes. Señalamos, de todas maneras, que el mismo Freud en 1894 realiza una descripción de la sintomatología clínica de la neurosis de angustia y podemos observar que, dicha descripción se acerca mucho a la que

se presenta en los fenómenos de pánico, (disnea, sudoración, taquicardia etc.). Es decir que la angustia automática planteada por Freud sin derivación psíquica es lo que más se asemeja a los fenómenos de pánico.

El pánico cuando irrumpe, lo hace de forma imprevista, dando lugar a una explosión de miedo y terror intensos. Cuando lo hace no es frente a un objeto o situación determinada, ocurre frente a cualquier contexto o situación que pone en juego el registro simbólico, esto en un sujeto que tiene una inscripción fallida simbólica, deja al sujeto que lo padece sin recursos simbólicos para afrontarlo y en desamparo.

En cambio la angustia es frente a un objeto, según Lacan. En Freud tiene la función de ser señal de algo, señal de algo que no anda bien. La angustia, surge como señal ante una amenaza.

Para que irrumpa el “pánico” es necesario que en esa persona y en esa situación la angustia no aparezca con su valor de señal. La angustia como señal “da un aviso” con el fin de evitar el encuentro del sujeto con el objeto que lo perturba.

Cuando la angustia funciona como señal, el objeto “a” queda velado. Cuando la angustia, no funciona como señal, da lugar a la irrupción del pánico”, al encuentro con el objeto que debería quedar oculto, irrumpiendo en su lugar un goce desmedido.

Al intentar separar el concepto de pánico del de la angustia, nos llevó a pensar que este fenómeno, podía ser incluido dentro del universo del psicoanálisis, fundamentando su carácter de entidad definible tanto teórica como clínicamente.

En nuestros desarrollos teóricos planteamos a la angustia como defensa ante una amenaza de peligro, la angustia es señal de una amenaza. El pánico, por el contrario, tiene una íntima conexión con el colapso de la función del nombre del padre. Atribuimos las causas de este “viejo nuevo mal” a una inscripción fallida del registro simbólico.

Consideramos que el pánico y coincidiendo con el psicoanalista Víctor Iunger... *“Resulta de la precipitación en ese tiempo del resultado de la degradación progresiva de las figuras que sostienen el “nombre del padre” en la realidad, por lo general del padre mismo.” (Iunger, V, 2013).*

La amenaza en el pánico irrumpe de forma intempestiva provocando estados de terror. Solo queda de la angustia el registro de sus correlatos somáticos. Estos síntomas somáticos son los que se describen en la nosología psiquiátrica. Este manual, como desarrollamos brevemente en el primer capítulo de este trabajo, se limita a hacer una

descripción de síntomas de este fenómeno sin ubicar su origen y sin relacionarlo con la vida psíquica del sujeto que lo padece.

Es por todo lo expuesto que consideramos que el pánico puede ser incluido como una categoría única, separada de la angustia, dentro del universo del psicoanálisis.

El psicoanálisis puede hacer frente a la contingencia del pánico. Somos parte de una subjetividad de época en la cual, este fenómeno se evidencia más que en otras épocas.

En relación a esto, nos gustaría reflexionar acerca de este viejo nuevo mal, en relación a lo actual, y a una actualidad, que, lleva impresa la caída de los ideales y de la cultura, y, nos parece pertinente, mencionar lo que Massimo Recalcati nos proporciona en su texto *“Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis”*.

El autor presenta por un lado una diferenciación entre una clínica de la falta y una clínica del vacío. Ubica la clínica de la falta del mismo lado de la clínica de las neurosis. Massimo Recalcati (2003) la describe como una *“clínica del deseo inconsciente, de la represión y del retorno de lo reprimido, del síntoma y de la división del sujeto. (p10)* Es decir, se trata de las formaciones del inconsciente. *“En este sentido la clínica de la falta se puede enmarcar en la clínica clásica de las neurosis” (p10)*

Con esta tesis, como señala el autor, no se pretende agregar una nueva estructura al estilo Otto Kernberg, el cual, planteaba las personalidades borderline, Recalcati (2003) nos dice que *“la clínica del vacío no es la clínica de las personalidades borderline.” (P 10)*.

Además el autor agrega que *la clínica del vacío es vista como crucial de la clínica psicoanalítica contemporánea donde los llamados “nuevos síntomas” (anorexia, bulimia, toxicomanías, ataques de pánico, alcoholismo y depresión) “aparecen como efectivamente irreducibles ante la lógica que preside la constitución neurótica del síntoma.”(p11)*.

Señala que los nuevos síntomas parecen definirse a partir de una problemática que afecta directamente a la constitución narcisista del sujeto que implica prácticas de goce que parecen excluir la existencia misma del inconsciente, en el sentido de que este goce no se inserta en el intercambio con el otro.

Propone una serie de rasgos de la clínica del vacío:

La clínica del vacío trata las formas y los modos de esta desconexión entre el sujeto y el otro; trata, dicho de otro modo, las distintas declinaciones que puede asumir el rechazo del Otro en la época de lo simbólico contemporáneo (marcado por la caída de la función colectiva y subjetivamente estructurante del Edipo) (Recalcati, M, 2003, p11)

Recalcati Señala en relación a los nuevos síntomas:

(...) asistimos a la desarticulación del vínculo dialéctico entre vacío, falta y deseo. El vacío no aparece vinculado al Otro a través del movimiento de apertura del deseo como expresión de la falta, sino que se solidifica, se presenta como dissociado del deseo, como innombrable. Tampoco se trata del vacío que narcotiza el ser mismo del sujeto. En otros términos, la clínica de los nuevos síntomas es una clínica del vacío. La referencia fundamental no es el síntoma como formación de compromiso entre el deseo inconsciente y las exigencias del Otro social, sino la angustia. Se trata de un vacío que no es manifestación de la “falta en ser” sino expresión de una dispersión del sujeto, de una percepción constante de inexistencia que suscita una angustia sin nombre. (Recalcati, M, 2003, p 13).

A nuestro entender, estos “nuevos síntomas” (no tan nuevos), y en especial el que nos compete “el ataque de pánico” forman parte de una época signada por la caída de los ideales (desfallecimiento del nombre del padre) como veníamos planteando a lo largo de nuestro trabajo, donde podemos pensar una inscripción “vacilante” del Otro. La expresión Clínica del vacío es, sobre todo, una tesis que intenta definir la clínica de la época del Otro que “vacila” en su eficacia.

Entonces nos interrogamos: ¿Por qué la importancia del psicoanálisis? Porque es la única vía mediante la cual el sujeto puede aferrarse a su deseo. ¿Y por qué es tan importante la angustia en la experiencia analítica? Porque sin ella nada sabríamos ni sobre el deseo ni sobre el goce. Deseo y goce no son lo mismo, el deseo es siempre deseo del Otro, mientras que el goce es del propio cuerpo.

El psicoanálisis aborda a la angustia de distinta manera que la medicina o psicología, para ellos la angustia es simplemente un afecto negativo, tratando de eliminarla, guiados por el “furor curandi” contra el que Freud ya nos advirtió, esa compulsión a la que puede llegar el analista y que implica “curar” a como dé lugar, sin por ello, respetar la autonomía y autodeterminación del paciente.

En "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica", de 1919 [1918], Freud afirma: "*Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descompensación y la desvalorización de los síntomas lo han mitigado, debemos erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible: de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que mejorías modestas y no duraderas*". (pp158-159).

Y es el psicoanálisis el que podría devolver la palabra al sujeto, en momentos en que el despliegue simbólico se encuentra, por así decirlo, obstruido como consecuencia de la caída localizada del andamiaje simbólico y la invasión de la sintomatología corporal característica que acompaña a este fenómeno cuando irrumpe.

En ese padecimiento psíquico y corporal "terrible", la palabra que da sentido a lo que le pasa al sujeto no se encuentra, pero está ahí, y es el analista, desde su deseo que lo convoca, el que puede volver a situar al sujeto que sufre dentro de los parámetros simbólicos.

El sujeto que consulta por pánico ignora que sucede con esos fenómenos psíquicos y corporales, que no puede explicar. El encuentro con un psicoanalista indicará al sujeto un saber sobre ese fenómeno disruptivo, que rompe con sus parámetros existenciales.

Por ello es preciso situar al pánico en un registro distinto del tratamiento farmacológico. Si bien, hay ciertos límites que indican al psicoanalista que se debe recurrir a la psiquiatría, lo que necesita el sujeto es poder ubicar en su historia las razones subjetivas que lo llevaron a estar en esa situación desbordante. Y el psicoanálisis puede hacer frente a ello, a través de una clínica de lo real. Esto es, a través de intervenciones en el registro de lo real, intervenciones de corte, a modo de hacer frente el goce que surge ante la caída de ese ideal simbólico y que opera a través del actuar del sujeto que lo sufre.

Luego de estas intervenciones de corte, el trabajo de construcción del psicoanalista a modo de la arqueología, (comparación que realizaba Freud en su trabajo "construcciones en el análisis",) labor que posibilitara hacer surgir lo que el paciente ha reprimido u olvidado, incluso reconstruir lo que ni siquiera ha sido inscripto simbólicamente, aquello que no ha tenido palabra. Aspirando a llegar a la raíz de los síntomas, mediante el vencimiento de las resistencias y de este modo poder hacer accesible a la conciencia los elementos reprimidos. Recordando siempre que, toda técnica en psicoanálisis está vinculada con una cuestión ética, por eso Lacan no hablaba de patrones de tratamiento, sino que, hablaba de principios, principios que se transmiten a través del propio análisis y la supervisión. -

Por último, mediante un análisis bien conducido y con el tiempo necesario, el sujeto lograra construir los parámetros simbólicos que le permiten ordenar su experiencia. La invitación a tomar la palabra hace posible abordar este “viejo nuevo mal”

Bibliografía consultada:

- Benítez, M, (2002), “Las intervenciones en el análisis con niños”, [versión electrónica] Revista Fort Da Núm. 5. Extraído de: (www.fort-da.org/fort-da5/intervenciones.htm)
- Del Villar, M.C, (1998), “Las neurosis hoy intervenciones”, [versión PDF] Extraído de: (http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_707.pdf).
- DSM IV, 1995, [Versión Electrónica]. Extraído de: (www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/DSM-IV.castellano.1995.pdf)
- Freud, S (1894) “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia, Tomo III, Primeras publicaciones psicoanalíticas, Obras completas, Ed. Amorrortu.
- Freud, S (1895 [1950]). Proyecto de una psicología para neurólogos, Obras Completas Tomo 1 (1873-1899) Ensayos I AL XVI, Trad. Luis López – Ballesteros y De Torres Ed. Biblioteca Nueva.
- Freud, S, (1900) La Interpretación de los sueños, Tomo IV, La interpretación de los sueños. Obras completas Ed. Amorrortu.
- Freud, S (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el hombre de las ratas), Tomo X, Análisis de una fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans) A propósito de un caso de neurosis obsesiva (El hombre de las ratas), en: Ed. Amorrortu.
- Freud, S, 1916 [1917], Conferencia 25° La angustia. Tomo XVI Conferencias de introducción al psicoanálisis parte III, en: Ed. Amorrortu.
- Freud, S, (1919[1918]) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Tomo XVII. De la historia de una neurosis infantil (el hombre de los lobos) y otras obras. En Ed. Amorrortu.
- Freud, S (1920) “Más allá del principio de placer”, Tomo XVIII. “Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras”, Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Freud, S, (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo”, Tomo XVIII “Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras”, Obras completas. Ed. Amorrortu.

- Freud, S, (1932), “32 Conferencia” Angustia y vida pulsional”, Tomo XXI “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras”, Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Freud, S (1937) “Construcciones en el análisis”, Tomo XXIII “Moisés y la religión monoteísta, esquema de psicoanálisis y otras obras”. Obras completas. Ed. Amorrortu.
- Jung, V, (2013), Pánico, el sigma.com, extraído de: (<http://elsigma.com/introducción-al-psicoanálisis/pánico/12545>)
- Lacan, J, (1953), “Función y campo de la palabra”, Escritos 1, Ed. S.XXI.
- Lacan, J, (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder”. Escritos 2, Ed. S.XXI.
- Lacan, J, (1958) Clase VIII, La forclusion del nombre del padre. Seminario V “Las formaciones del inconsciente. (1958). Ed. Paidós.
- Lacan, J, (1962) “Seminario X La angustia”, Seminario X La angustia. (1962- 1963), Ed. Paidós.
- Laplanche, J y Pontalis, J, B, (1996), Diccionario de psicoanálisis, Ed. Paidós.
- Little, M, (1995) Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia Psicótica y contención. Ed. Lugar.
- Massotta, et al, (1976), Los casos de S. Freud 3, Ed. Nueva Visión Bs As.
- Miller, J, (2004) La angustia Lacaniana, Ed. Paidós.
- Rabinovich, N, (2010), Análisis de la transferencia, [versión electrónica] Imago, Núm. 145, extraído de: www.lacanterafreudiana.com/2010_Rabinovich_Analisis_de_la_transferencia_imago_145pdf
- Recalcati, M, (2003) Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Ed. Síntesis.
- Vegh, I, 1991, “Intervención en lo real”, [versión PDF] Extraído de: (http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_744.pdf).
- Vergel, G, Julio- Agosto (2007), Presentación biográfica y clínica Winnicottiana, Revista contexto psicológico, Vol. 20.

- Vergel, G, Septiembre- octubre (2007), “Teoría y clínica winnicottiana” Revista contexto psicológico N° 21 Páginas 7 a 10.

- Winnicott, D, (1954) “Replegamiento y regresión”, Obras completas, [CD ROOM]. Biblioteca CRESTA.
- Winnicott, D, (1961) “La teoría de la relación entre progenitores e infante”. Obras completas. [CD ROOM.]. Biblioteca CRESTA.
- Winnicott, D, (1962) “La integración del yo en el desarrollo del niño”. Obras completas. [CD ROOM.], Biblioteca, CRESTA.
- Winnicott, D, "El miedo al derrumbe" (1963) en: Exploraciones psicoanalíticas I. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1993.
- Winnicott, D, (1964) “Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis, Obras completas, [CD ROOM], Biblioteca CRESTA.
- Winnicott, D, “Notas sobre el repliegue y la regresión”, Obras completas, [CD ROOM], Biblioteca CRESTA.
- Winnicott, D, “El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva”, Obras completas, [CD ROOM], Biblioteca CRESTA.

