



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN PSICOANÁLISIS CON MENCIÓN EN CLÍNICA
PSICOANALÍTICA

TÍTULO DE LA TESIS:

**“ANGUSTIA O ATAQUE DE PÁNICO
Dos Perspectivas: desde el psicoanálisis Lacaniano y la
psiquiatría con el DSM-IV”**

Previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis con
Mención en Clínica Psicoanalítica

ELABORADO POR:

Dora Catalina Urquizo Guevara

Guayaquil, a los 19 días del mes de Febrero año 2013



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Psicóloga Clínica Dora Catalina Urquizo Guevara, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis con Mención en Clínica Psicoanalítica.

Guayaquil, a los 19 días del mes de Febrero año 2013

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Nora Guerrero de Medina

REVISORES:

Nombre

Nombre

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Nombre



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

YO, Dora Catalina Urquizo Guevara

DECLARO QUE:

La Tesis “**ANGUSTIA O ATAQUE DE PANICO. Dos perspectivas desde el psicoanálisis Lacaniano y la psiquiatría**” previa a la obtención del Grado Académico de Magíster, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero año 2013

EL AUTOR

Dora Catalina Urquizo Guevara



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN

YO, Dora Catalina Urquizo Guevara

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución de la Tesis de Maestría titulada: “**ANGUSTIA O ATAQUE DE PANICO. Dos perspectivas desde el psicoanálisis Lacaniano y la psiquiatría**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero año 2013

EL AUTOR

Dora Catalina Urquizo Guevara

Agradecimientos

La realización de cualquier proyecto de creación es la expresión máxima del pensamiento humano, creo firmemente que inclusive una investigación como esta, es capaz de ser fiel al proceso de construcción de esas ideas con las que uno se queda en aquellos momentos de reflexión frente a un tema.

Justamente por eso, por las ideas que se quedaron dando vueltas en mi cabeza, dando la posibilidad de, en primera instancia cuestionarme y luego reflexionar sobre un punto de interés, es que quiero agradecer a:

- Mis padres por haber tenido la sabiduría de enseñarme a no mecanizar mis ideas sino a tratar siempre de crear con ellas.
 - A la formación de algunos profesores de mis inicios en la universidad porque me permitieron construir un interés por el psicoanálisis a pesar de la presencia de teorías contrarias que podrían parecer mas eficaces para los planteamientos de la época.
- Dentro de ellos en especial a la Dra. Nora Guerrero de Medina, quien además de ser mi directora de tesis, fomentó en mi desde mis prácticas universitarias, la idea de ese saber que mas allá de una teoría para una práctica clínica, puede permitirte llegar a un punto de saber sobre ese sujeto que eres.
- A mi esposo, por ser justamente ese sujeto que con su compañía me mueve a seguir sobre mis pensamientos, que con su empuje me guía a no conformarme y a cumplir con mis propósitos.

Dedicatoria

“El miedo es ese pequeño cuarto oscuro donde los negativos son revelados.”

Dedico esta investigación a todos aquellos a los que haya invadido el pánico de alguna manera y que estén en búsqueda de la construcción de una pregunta sobre sí mismos y sobre lo que les ocurre.

Dedico el esfuerzo en preguntarme sobre este tema a mi esposo, a quien amo y de quien aprendo día a día la fortaleza con la que se enfrentan las vicisitudes y se cae siempre de pie, aunque los negativos que se revelen no sean los esperados.

A mis hijos:

María Fernanda y Santiago, porque con su presencia en mi vida, son una parte importante de quién soy, de las cosas en las que creo y de todo lo que trato de ser y hacer, inclusive por enseñarles a descubrir su rumbo.

Daniela porque fue un ser de sabiduría para mí y que seguirá siendo por siempre un ser que dejó una huella enorme de felicidad en mi vida, porque donde esté sé que sabe que su partida me movió de tal manera que cambió mi rumbo en muchos sentidos.

A mis padres: Olga y Francisco, de quienes sigo escuchando siempre “tú puedes hacer todo lo que te propongas”, que con el mundo que me brindaron, formaron el compromiso de pensar sobre mis ideas y así poder siempre cuestionarme sobre ellas.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Psicoanálisis y Psiquiatría	
1.1. Recorrido histórico del proceso de separación de la psiquiatría y el psicoanálisis	8
1.2. La elaboración de los manuales psiquiátricos	12
1.3. Del DSM al DSM – IV	16
1.4. EL TERMINO NEUROSIS	
1.4.1. Historia y transformación del término en la psiquiatría	18
1.4.2. La nosología freudiana	24
Capítulo 2: Freud y la neurosis de angustia	
2.1. Diferenciación entre las Neurosis Actuales y las Psiconeurosis	28
2.2. Neurosis de Angustia	30
2.3. Diferenciación entre angustia y angustia señal	35
Capítulo 3: Planteamientos Psicoanalíticos ante la angustia	
Freud y Lacan	39
3.1. DESAMPARO Y PANICO	40
3.1.1. Desamparo	40
3.1.2. Pánico	43
3.2. Lacan y la angustia	46

3.3. Goce y Cuerpo	51
3.3.1. La fragmentación en asociación con los múltiples síntomas en el cuerpo en el ataque de pánico.	51
3.3.2. El estadio del Espejo y la Constitución del yo	55
Capítulo 4: La época post – moderna y la desubjetivación del sujeto	
	60
4.1. Sociedad Líquida	
4.2. El miedo generalizado	69
4.3. Las tendencias frente al consumo de objetos y la desubjetivación del sujeto	70
4.4. Los Mecanismos de control y cuantificación	73
4.5. Las tendencias del mercado al mercado psicofarmacológico y las evaluaciones	74
4.6. ¿Hiperdiagnóstico o Histerización de los síntomas actuales?	82
Capítulo 5: El síntoma y la cura	
	90
5.1. Política del Síntoma en Psicoanálisis	
5.2. Descripción de la sintomática en el DSM - IV	97
Conclusiones	101
Conclusiones específicas	112
Bibliografía	114
Referencias	117

Introducción

Nuestra época es una época de grandes situaciones, de invasión tecnológica, de ausencia de historicidad, de vínculos rápidos y relaciones sin rostro, de redes sociales, de carreras por la eficacia y de una ordenanza en cuanto al gozar que en muchas ocasiones marca el cuerpo.

Por eso, es una era de “nuevos síntomas”, síntomas que además para calzar en los mecanismos de cuantificación y calificación propios de un mundo eficaz de mercado, buscan incansablemente un rótulo que permita al sujeto un proceso de identificación y la construcción de una imagen que le dé cierta respuesta sobre su malestar.

Uno de estos síntomas, que se presenta con frecuencia en los consultorios, tanto psicoanalíticos como psiquiátricos y que es trabajado bajo perspectivas distintas por estas dos propuestas de intervención, es el llamado: “ataque de pánico”.

El trabajo bajo dos perspectivas distintas tiene una justificación que va de la mano justamente de las necesidades de la época que hemos mencionado: la eficacia, la cuantificación, la calificación y la rapidez en los procesos, determinan en muchas ocasiones la elección de las alternativas de trabajo que un paciente tiene en el momento de la búsqueda de una cura para su malestar.

No podríamos negar que las rápidas modificaciones ofrecidas por la psiquiatría, son fácilmente la elección más cercana a lo que la época demanda como eje de intervención. Pero es ahí en donde nos debemos plantear una posibilidad de análisis entre lo que este rápido proceso terapéutico ofrece al sujeto y lo que realmente existe detrás de un síntoma que afrontado de la mano del psicoanálisis nos permite no taponar la pregunta del sujeto sobre sí mismo y su malestar.

¿Se trata entonces de una confrontación entre psicoanálisis y psiquiatría? Definitivamente no, la confrontación podría indicarnos una ruptura irreparable en donde se demanda la existencia de un ganador y un vencido. Debemos considerar más bien la posibilidad del retorno a un equipo de trabajo entre ambos planteamientos que si bien caminan bajo explicaciones distintas, persiguen un mismo fin frente a un sujeto que sufre y que además, demostraron la posibilidad de soluciones en conjunto desde sus inicios, viéndose afectado el trabajo por la influencia de una época marcada por el mercantilismo y las soluciones que anulan la subjetividad.

El que ambos campos de intervención tengan un mismo objetivo permite pensar en un vínculo posible, que de todas maneras va a estar marcado bajo la necesidad de tener que de manera general analizar detenidamente los planteamientos que hay frente al “ataque de pánico” en dos perspectivas diferentes: el psicoanálisis de orientación lacaniana y la psiquiatría de la mano de manuales como el DSM – IV.

En este análisis se caracterizará el contexto histórico y epistémico de ambas teorías, dándonos cuenta como está determinada la presencia de nuestro objeto de estudio como angustia y síntoma para el psicoanálisis, y como trastorno para la psiquiatría de la mano del DSM – IV; en donde definitivamente será de importancia el poder indagar el por qué de un llamado “nuevo síntoma”, donde lo nuevo realmente podría relacionarse con las características propias de la época y las demandas que frente a ellas esta tiene.

Y es que, la denominación “ataque de pánico” que surge alrededor del año 1980 como una propuesta de la psiquiatría estadounidense, está extraída del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV) y, la encontramos en el capítulo referido a Trastornos de ansiedad. Pero no es una denominación “nueva”, debemos observar que el concepto que domina este “trastorno” de ansiedad está referido centralmente a la angustia, tema que ocupa un lugar importante en el psicoanálisis, siendo para Freud el texto “Inhibición, Síntoma y Angustia” casi la culminación freudiana del tratamiento del tema, pero habiéndose extendido hoy con Lacan.

Frente a esto es muy importante notar de todas maneras por el análisis con la actualidad del tema, que dentro del campo psiquiátrico la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1997, planteó que el planeta asiste a una “catástrofe epidemiológica”, en donde el 12 % de las causas de enfermedad son los desordenes mentales.

El discurso de la psiquiatría es un discurso en donde la eficiencia en el cierre de síntomas es su objetivo. El cuerpo es un organismo al cual hay que curar eficiente y

lógicamente de acuerdo al pensamiento único de sus propios manuales y de las medicinas propuestas por la psicofarmacología; mientras el discurso del psicoanálisis nos dice más bien que: la angustia no habla, la angustia afecta y cuando se medica, se medica la angustia. Para los planteamientos psicoanalíticos, medicar es taponar el síntoma, porque mientras el circuito de la palabra esté cortado, el paciente nunca se apoderará de las cosas que le suceden.

Dentro de estos dos planteamientos, claramente distintos, el concepto de angustia ha tenido un largo recorrido, desde su aparición en la distinción entre ansiedad y angustia, lo que nos remonta a la antigüedad, a la época de Cicerón, hasta la aparición desde el punto de vista médico con los trabajos que se refieren a ataques agudos de ansiedad con síntomas cardíacos, circulatorios y respiratorios, que aparecen antes de la revolución francesa, pero que no es hasta nuestra época con la inclusión en manuales como el DSM –IV, que son nombrados como “ataque de pánico” y se ubican ya en la categoría de un trastorno.

Inclusive en el proceso histórico que ha tenido la etiqueta, vemos como ya con el uso de la expresión “corazón de soldado” utilizada por el cirujano militar norteamericano Myers en tiempos de la guerra civil norteamericana (1861 – 1865), se sugiere que la enfermedad puede ser un efecto de la misma situación de guerra y por ende de mecanismos subjetivos del paciente y de la manera en que la experiencia lo toca generando la necesidad de una sintomatología, al no poder colocar en palabras los estados de angustia que irrumpen.

Si iniciamos este trabajo planteando la idea de “nuevos síntomas”, es justamente porque este hablar de “nuevos”, nos sumerge en las redes de la eficacia, en donde los procedimientos psiquiátricos de la mano de la medicación, nos lleven a una desobjetivización del sujeto, silenciándolo y tratando de borrar cualquier tipo de cuestionamiento que pueda tener, sin darse cuenta que la posición sin respuesta en que se lo deposita, lo deja a merced de la angustia al enfrentarse a un real de goce que no puede tramitar.

No hay justificación más pertinente para un trabajo en relación a dos propuestas frente a un mismo síntoma, que el dar cuenta que las rápidas soluciones pos – modernas, están por un lado construyendo epidemias de rótulos sobre sujetos que necesitan la palabra para trabajar lo que los aqueja y por otro creando una solución de la mano de los medicamentos ya llamados por Freud como “los quitapenas”.

La apuesta entonces es poder dejar abierta la idea de la posibilidad de una labor en donde tanto los avances médicos como los planteamientos psicoanalíticos puedan llegar a un punto de encuentro sobre un tema que no es nuevo, que abarca estudios de importancia desde los momentos de florecimiento del psicoanálisis. Este intento de comunión frente al manejo de la angustia en la actualidad, se aferra a la idea ya escuchada en palabras de Freud, quien mencionó que no es la psiquiatría la que se aleja del psicoanálisis sino los psiquiatras.

Este es el primer punto que develaremos en este trabajo, haciendo un recorrido sobre el proceso de separación de la psiquiatría y el psicoanálisis, para poder focalizar que un trabajo bajo lineamientos similares no es audaz, sino que mas bien podría implicar regresar a ciertos principios que no son los actuales porque quizá se alejan de los procesos de inmediatez que pide esta sociedad hipermoderna. Para luego lograr plasmar en capítulos posteriores, una clara idea de lo que el psicoanálisis plantea en relación a la angustia tanto de la mano de Freud como de Lacan.

Veremos cómo además, nada puede realizarse sin centrarse en el momento en el que estamos, si decimos que “nuestra época” trae de la mano un síntoma como el que nos interesa y cómo soluciones como las medicamentosas que propone la psiquiatría, son parte de la demanda que tiene el Otro social en la actualidad, es de suma importancia que nos sumerjamos un poco en un saber sobre ese Otro que marca nuestra respuesta y que nos impone ciertas demandas que nos inscriben de una u otra manera en el mundo.

Se espera poder dejar en la mente del lector, la idea de que no es la eficacia y la rapidez lo que un sujeto necesita, que la manifestación de un síntoma nos demuestra claramente la necesidad de poner en palabras algo que está dejando una huella en el cuerpo y que el acallar la pregunta con las fórmulas mágicas que la farmacología nos brinda, no es mas que una ordenanza de gozar que deposita mas al sujeto frente a la imposibilidad de tramitar una carga que se desborda y lo angustia.

“Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino”

Freud, Sigmund

El malestar de la cultura (1930)

Capítulo 1

Psicoanálisis y Psiquiatría

1.1. Recorrido histórico del proceso de separación de la psiquiatría y el psicoanálisis

“Es el psiquiatra y no la psiquiatría lo que se opone al psicoanálisis” (FREUD, 1917)

El hablar de separación entre psiquiatría y psicoanálisis, nos lleva a un primer supuesto de conjunción, como si ambas ciencias pertenecieran a un mismo sistema de explicación frente a los problemas con los que intentan trabajar. Y si bien, nos encontramos luego con que no podemos bajo ningún concepto plantearnos que las respuestas frente a los cuadros psíquicos sean explicadas dando la misma jerarquía a los factores que pueden interferir en la presencia de uno u otro síntoma, si podemos pretender que ambas concilien el hecho de que son parte de un mismo propósito frente al malestar de un sujeto.

Sabemos que el psicoanálisis inicia de la mano de Freud, naciendo así de la medicina como un proceso terapéutico destinado al tratamiento de la neurosis. Crece por la búsqueda de solución para las interrogantes que le planteaban las histéricas y sus síntomas. Estas de todas maneras, ya habían logrado tener un lugar dentro de una visión médica, aunque sea con el rótulo de “simuladoras” al no poder encontrarse causas físicas para su malestar.

Es aquí donde Freud reconoce los límites de los tratamientos médicos que no logran más que curas transitorias, siendo esto el punto de ruptura que lo lleva a abandonar el discurso médico para fundar lo que hoy llamamos discurso analítico. Dicho discurso, usa como herramienta máxima las mismas palabras del paciente, Freud da espacio a lo que la histórica puede decir de su malestar.

Esta orientación que es la partida del psicoanálisis, no podía agradar en esos primeros inicios a la comunidad médica que estaba educada en el sentido de la valoración exclusiva de los factores anatómicos, físicos y químicos, dejando de lado a los psíquicos, y que lo que creía pertinente era la reducción de los mas variados síntomas y fenómenos psíquicos, a factores patógenos, que logren dar un diagnóstico y en el mejor de los casos un pronóstico sobre un caso, no sobre un sujeto.

La posición frente a lo nuevo como temor es parte del psiquismo humano, y esos primeros momentos del psicoanálisis, se sufrió de una distancia en relación a la ciencia y la psiquiatría. El nuevo método de Freud no logró aceptación, resultando inclusive las propuestas en relación a la existencia de procesos psíquicos inconscientes y el papel central que se le atribuyó a la sexualidad infantil, ideas excesivamente disonantes para los paradigmas médicos de la época; esto propició que el psicoanálisis tomara un camino propio como método de investigación y tratamiento, alejado de las propuestas médicas aunque no ajeno si asumimos que el objetivo final es el mismo.

El proceso de distancia logra un mayor acercamiento a partir de 1902 época en que se concentran alrededor de Freud cierto número de médicos más jóvenes con deseos de aprender, ejercitar y difundir el psicoanálisis. Con el apoyo de Bleuler y Jung en 1907, se logra organizar un trabajo con bastante comunión entre las asociaciones psiquiátricas – médicas y el psicoanálisis. Bleuler inclusive logró demostrar la posibilidad de explicar toda serie de casos psiquiátricos con la aplicación de procesos parte de la propuesta psicoanalítica, así como Jung también aplicó con éxito el método de interpretación analítico a los fenómenos mas extraños y oscuros de demencia precoz, evidenciando que tales fenómenos tenían origen en la vida y las preocupaciones de los enfermos, tal como nos lo dice Freud en su texto: *“Historia del movimiento psicoanalítico”*. A partir de entonces se hizo imposible que la psiquiatría siga ignorando al psicoanálisis.

Mientras tanto, la psiquiatría también transitó por un largo camino que partió de la escuela clásica alemana de Kraepelin y Bleuler, pasando por la escuela fenomenológica de Janet y Ev, hasta llegar a la norteamericana que hoy parece dominar las propuestas psiquiátricas.

Este tránsito estuvo determinado por los descubrimientos de diversas ciencias básicas como: la neurofisiología, la neuroquímica, la farmacología y más recientemente, la genética y la biología molecular, que dieron nuevas herramientas de trabajo y de diagnóstico al campo psiquiátrico.

De todas maneras este recorrido no fue totalmente alejado de un diálogo con el psicoanálisis. Entre las décadas de 1940 y 1960 inclusive, ese diálogo alcanzó un punto de máxima cercanía. Por lo que podemos encontrarnos inclusive con que en la primera publicación del manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM), publicado en 1952 de la mano de A. Meyer, existen conceptos como el de “reacción” frente al de enfermedad, y en donde se acentuaban todavía el carácter individual de los problemas mentales y su determinación por las situaciones ambientales. Una cercanía que nos permite notar en esta redacción, la influencia de la obra de Freud en la mención frecuente de nociones como neurosis o mecanismos de defensa.

Después, la psiquiatría dio un giro hacia las neurociencias y los aspectos biológicos en general. La presencia de nuevas técnicas de imagen que permitieron una visualización precisa de los procesos neurofisiológicos, reforzó la elección de la psiquiatría y la distancia con el psicoanálisis se hizo mayor.

Estamos claros frente a esta distancia entre ambas posturas, que no se puede hablar de paralelismos entre las dos, esto no quiere decir que exista una contradicción, es verdad que el discurso médico al que se pertenece la psiquiatría se fundamenta, según lo describe Jean Clavreul:

En el acto médico propiamente dicho, el que se produce junto al lecho de los enfermos: la clínica. La primera etapa de este proceso consiste en la afirmación: usted padece una enfermedad.

Su cuerpo está habitado por una enfermedad en la que usted no está comprometido. El enfermo es así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que sucede. (CLAVREUL, 1983).

Pero frente a esta verdad Freud mismo mostró la aceptación de que la psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, ni intenta enlazar algo a los síntomas, satisfaciéndose con mostrarnos en la herencia un factor etiológico general y lejano, en lugar de dedicarse a la investigación de otras causas que vendrían como respuestas a preguntas que solo el psicoanálisis considera importante, lo que de todas maneras no tiene porque marcar una contradicción.

El problema real de la distancia actual entre ambas posturas quizá va más de la mano de la comunión de la psiquiatría con los procesos propios de la modernidad que ya se expondrán más adelante.

1.2. La elaboración de los manuales psiquiátricos

Sin ser el objetivo pretendido, contemporáneamente al nacimiento del psicoanálisis, Freud al hacer una distinción relativamente bien establecida de la psiquiatría alemana entre psicosis y neurosis, al separar tempranamente las llamadas “neurosis actuales” para diferenciarlas de la “psiconeurosis”, en las que incluyó a la fobia, la histeria y la neurosis obsesiva, rebautizándolas con el nombre de “neurosis de transferencia”, introduciendo más tarde las “neurosis narcisistas, y mencionando las neurosis traumáticas y las neurosis de

destino; dio a la psiquiatría el motor de arranque para el trabajo permanente en pro del diagnóstico que esta emprende, pero de la mano de mecanismos de clasificación.

Decimos sin ser su objetivo, porque estas propuestas que podrían parecer un primer esbozo clasificatorio, tienen como característica importante, que Freud no tenía como principal preocupación la separación de entidades en base a síntomas, lo que sí se pretendió en el interés por la nomenclatura diagnóstica, en el intento de precisar entidades en relación a los fenómenos sintomáticos y en la necesidad de organizar y sistematizar los diagnósticos, que caracterizó a la psiquiatría.

Un diagnóstico es una construcción que permite especificar ciertas problemáticas humanas, se realiza mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Etimológicamente la palabra diagnóstico viene de la palabra griega “diagnosticos” que significa “distintivo” o que permite distinguir, comprender, darse cuenta y saber determinar entre otros; lo que nos marca el camino de lo que busca la creación de un manual de diagnóstico.

Los diagnósticos psiquiátricos se establecen entonces a través de la observación de signos y síntomas manifestados por las personas, siendo los signos las manifestaciones que tiene de su malestar el paciente y que son observables por el clínico y los síntomas

aquellos datos que las personas cuentan y que el psiquiatra no puede observar directamente.

Pero intentos clasificatorios pueden ser encontrados desde Hipócrates, quien en el siglo V A.C., planteó ya las entidades de manía, histeria y epilepsia, para referirse a ciertas formas de enfermedades mentales, y también en Asclepiades quien en el siglo I A.C. ya había dividido a las enfermedades en agudas y crónicas.

En “La historia de los esquemas clasificatorios en salud mental” Andrés Roussos, nos recuerda que: *“En su origen, las intenciones clasificatorias respondían fundamentalmente a intereses estadísticos y epidemiológicos, no incluyendo hasta mucho tiempo después la patología mental como enfermedad y en un primer momento como apéndice a una estructura general de salud”* (ROUSSOS, 2008).

Nótese como mencionamos los intentos clasificatorios no solamente el diagnóstico como tal, porque son estos intentos los que nos podrían dejar una pregunta sobre la anulación de un sujeto bajo un rótulo que lo cosifica en asociación a un algo o un alguien con alguna manifestación tomada como similitud.

Lo podemos leer de manera jocosa en un relato de Borges, “El idioma analítico de John Wilkins” en donde cita una inaudita división de los animales, supuestamente encontrada en una enciclopedia china y en donde la división se da por:

a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etc., m) que acaban de romper un jarrón, n) que de lejos parecen moscas. (BORGES, 1980)

Sin pretender que esta división sea tomada como alguna representación realmente científica de la división de los animales, si nos puede llamar la atención el hecho de que en muchos sentidos los mecanismos clasificatorios pueden organizarse frente a ideas que no reúnen requisitos reales que permitan conservar la singularidad del sujeto, dejándolo escondido tras las identificaciones con las similitudes a veces forzadas. Tampoco se pretende de todas maneras en ningún sentido hablar de la eliminación de las clasificaciones en la vida humana.

Los herederos de Freud y Lacan seguirán considerando que asuntos como el diagnóstico constituyen una de las razones de ser del trabajo del analista, si bien en ello, cuando éste se halla bien fundado, se encuentra radicalmente alejado de las bases que asisten a los manuales de diagnóstico contemporáneos como el DSM IV, para los cuales clasificar es el medio que justifica

la forclusión de la singularidad, hecho que, como es sabido, incide de forma decisiva y lamentable en las prácticas que desde allí se construyen.(PEREZ, 2008)

1.3. Del DSM al DSM – IV

En relación a estas clasificaciones, el hecho más significativo fue la primera clasificación hecha por la Asociación Americana Médico – Psicológica, actualmente Asociación Americana de Psiquiatría, quien en 1869 en su encuentro anual, elaboró un manual llamado DSM por sus siglas en inglés (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales).

La primera edición del Manual, DSM – I, fue publicado en 1952 por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la Asociación, con este afán de organización y sistematización, pero que de todas maneras en sus inicios, planteaba un acercamiento con el psicoanálisis de la mano de A. Meyer y su desarrollo de conceptos como el de “reacción” frente al de enfermedad, acentuando ya el carácter individual de los problemas mentales y su determinación por las situaciones ambientales.

Esta cercanía nos permite notar en la redacción del primer DSM, la influencia de la obra de Freud en la mención frecuente de nociones como neurosis o mecanismos de defensa.

Pero en versiones posteriores se fueron introduciendo modificaciones reflejo de las influencias nuevas que la psiquiatría iba teniendo como las neurociencias y la psicofarmacología, con lo que las nuevas versiones de explicación que buscaba abarcar el manual empezaron a tender hacia concepciones más biológicas, que poco a poco fueron alejando a los manuales psiquiátricos de planteamientos como los psicoanalíticos, que no pretendían bajo ningún sentido el uso de términos en aras de conseguir un sistema atóxico y descriptivo de las enfermedades mentales, definiéndose las enfermedades mentales mediante criterios de inclusión – exclusión. Así, al primer DSM – I, siguieron el: DSM – II (1968), DSM – III (1980), DSM – III-R (1987) Y DSM – IV (1994) Y DSM – IV-TR (2002).

Todos estos manuales reflejan ya que resultado de la influencia de las neurociencias y los psicofármacos, la psiquiatría ha ido derivando hacia una práctica dirigida por una concepción más biológica y medicalizada. En manuales como el DSM – IV o el DSM – IV - R, nada queda fuera de las categorías diagnósticas establecidas que se han organizado, estrechando cada vez más el campo de la salud mental al agrupamiento de síntomas y el uso de definiciones fijas, que lo que han logrado es que se olvide que el malestar que lleva a un sujeto a consulta, dice algo más allá de su síntoma. Los rótulos que los diagnósticos depositan como revestimiento han hecho que el sujeto quede oculto tras ellos.

El DSM-IV, y su posterior revisión, se han visto muy alejados ya del reconocimiento de un sujeto antes de los signos y síntomas como criterios básicos para la aproximación diagnóstica. Estos criterios cuantitativos se convierten en los factores de mayor importancia inclusive para el tratamiento y pronóstico de la enfermedad diagnosticada.

El DSM – IV utiliza un sistema de evaluación basado en ejes de trabajo. El Eje I y el II comprende los trastornos mentales, el Eje III comprende condiciones médicas generales, el Eje IV problemas psicosociales y ambientales y el último, el Eje V la evaluación global del funcionamiento.

Es importante destacar que los diagnósticos no son la realidad, son una visión de la misma, pero son fácilmente cosificados y tomados como verdades, pero en cuanto esto ocurre, contradictoriamente pierden su funcionalidad y comienzan a tener mas bien usos que cuestionan el objetivo central que es el sujeto y su malestar, en pro de una rotulación que esconde a ese sujeto que también se acomoda frente a la denominación adquirida.

1.4. El término neurosis

1.4.1. Historia y transformación del término en la psiquiatría

El término neurosis fue un concepto de controversia durante mucho tiempo entre todos aquellos que propusieron la génesis de ciertas enfermedades en la constitución orgánica y los que aceptaron un origen diferente: psíquico o psicológico.

Fue el escocés William Cullen quien en 1769 acuñó el término por primera vez, en un tratado de medicina llamado “First Lines of the Practice of Physics”, para denominar con el, a todas las enfermedades a las que llamaba “nerviosas”, presentando luego además un segundo trabajo titulado “Neurosis or Nervous Diseases”, en donde no solo presenta a las enfermedades mentales, sino también los problemas digestivos, las palpitaciones cardíacas, el cólico, la hipocondría y la histeria. Según mencionan Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis:

Durante el siglo XIX se incluirán, por lo general, bajo la denominación de neurosis toda una serie de afecciones que se podrían caracterizar como sigue:

- a) Se les reconoce una localización orgánica precisa (de donde los nombres de “neurosis digestiva”, “neurosis cardíaca”, “neurosis gástrica”, etc.) o se les supone una tal localización en el caso de la histeria (útero, tubo digestivo) y de la hipocondría;*
- b) Se trata de afecciones funcionales, es decir, “sin inflamación ni lesión estructural “del órgano interesado;*
- c) Se consideran como enfermedades del sistema nervioso”(LAPLANCHE Y PONTALIS. 1993)*

A pesar de que lograr un rastreo del proceso histórico que tuvo el término neurosis es complicado, dado que se dio en distintos ámbitos inclusive geográficos y culturales, resulta de importancia tratar de hacer una ubicación pertinente porque logrando el trabajo real sobre lo que alcanza a comprender la palabra “neurosis” podríamos hacer notar que puede inclusive a nivel psiquiátrico abarcar un aspecto mas amplio y que permita mejores explicaciones, que el término “trastorno” que es el que utilizan manuales psiquiátricos como el DSM – IV, y que realmente inclusive en un análisis de su significación, se convierte en un término que anula la posición subjetiva que es la que nos interesa en cada paciente.

Y es que la “clínica del trastorno” parte mas bien de los fenómenos observables para los que plantea un tratamiento general; convirtiéndose así en una clínica que no toma mucho en cuenta lo que el sujeto tenga que decir sobre su malestar o sobre las circunstancias en que este apareció. Trastorno alude más bien a aquello que pudiendo hacer sufrir al sujeto, trastorna a los que los rodean, mientras el síntoma puede revelar algo del conflicto.

Esto podría parecer una disociación del tema, pero no lo es, porque marca por un momento la importancia de tener claro como un concepto como el de neurosis toma la importancia que tiene para el psicoanálisis y que se relacionará con el futuro encuentro de Freud con esta noción.

Siguiendo entonces con este recorrido histórico, realmente el término neurosis solamente es comprensible en un primer momento desde un encuentro con la medicina occidental moderna que planteó una ruptura con la medicina medieval al promover avances científicos en los ámbitos de la patología, la anatomía y la clínica, siendo a partir de ellos que la medicina se reconstituyó, y a la par de su crecimiento se ensayaron nuevos mecanismos para la resolución de sus problemas típicos.

Nos interesará centrarnos en los ensayos que se realizaron en relación al tema de las enfermedades nerviosas, enfermedades que tenían como núcleo a la histeria y a la hipocondría, que indicaban afecciones localizadas dependientes de zonas corporales específicas; mucho tiempo estas zonas específicas fueron el útero para la histeria y el hígado, el estómago y el bazo para la hipocondría.

Fueron Willis y Sydenham los primeros médicos en suponer una etiología distinta para estas enfermedades y llamarlas “enfermedades nerviosas” bajo el supuesto de que los nervios eran los conductores de las sensaciones y los movimientos corporales que originados en el cerebro se trasladaban a todas partes del cuerpo.

El concepto de enfermedad nerviosa fue afianzándose en el transcurso del siglo XVIII, cristalizándose definitivamente en 1765 por una obra escrita por Robert Whytt, antecesor de Cullen en la cátedra de Edimburgo, para quien las enfermedades nerviosas se basan en una predisposición de hipersensibilidad en los nervios que ante algún desencadenante producen algún tipo de manifestación como movimiento corporal. Afirma Whytt:

Merecen especialmente calificación de nerviosas las enfermedades que, debido a una sensibilidad inusual o estado anormal de los nervios, están producidas por causas que en personas de constitución sana no tienen tales efectos o, al menos, son mucho menores.(LOPEZ. 1985)

Esta posición frente a las enfermedades nerviosas, deja el piso para que surja la obra de William Cullen, heredero de una posición vitalista de la medicina, que se desarrolla a partir del concepto de irritabilidad que nos indica que la materia viva tiene la característica de percibir cambios en su entorno (sensibilidad) y la posibilidad de reaccionar ante ellos (irritabilidad); este concepto de irritabilidad fue asociado al de fuerza nerviosa o tono, que era conferido al organismo por medio del sistema nervioso.

Así Cullen fue el más grande representante de este vitalismo en una doctrina a la que llamo neuropatología, que fundamenta todas las nociones y la existencia de vida en la actividad del sistema nervioso, reduciendo así mismo todas las enfermedades a alteraciones del mismo.

Otra característica que fue parte de la actividad de Cullen, fue que se comenzó en medicina a hacer la taxonomía de las enfermedades, agrupándolas en sistemas, familias, clases, géneros y especies. Por este esfuerzo clasificatorio aparece como cuarta publicación en relación, su libro “Sinopsis de nosología metódica”, en donde las enfermedades se agrupan en: fiebres o pirexias, neurosis, caquexias y enfermedades locales. Vemos ya como aparece el término neurosis, habiendo sido elegido como un término en oposición al de neuritis, al que cambiando el sufijo por osis, se refiere a la noción de afección lenta y crónica del sistema nervioso, opuesto al sufijo itis.

En los cincuenta años posteriores a la aparición del término neurosis, este no recibió modificaciones de importancia, siendo un término utilizado como tal y con su clasificación, por la medicina.

En la actualidad el término se mantiene en uso tanto para la psicología clínica como para el psicoanálisis; para el primero se usa para referirse a trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento a nivel social, familiar y laboral adecuado a las personas, se caracteriza por:

- No hay evidencia de lesión orgánica
- Presencia de elevado nivel de angustia

- Hipertrofia disruptiva de los mecanismos compensadores de la angustia
- Adecuado nivel de introspección y conexión con la realidad, pero presenta la necesidad de desarrollar conductas repetitivas con el objeto de disminuir el nivel de stress.

En psiquiatría el término neurosis fue abandonado desde su exclusión en la elaboración del DSM – III-R, en donde de todas maneras aún se mantenía a manera de paréntesis su mención, pero ya en la elaboración del DSM – IV se abandonó por completo su uso siendo reemplazado y los cuadros que la caracterizan han sido reemplazados por los ahora llamados trastornos. Este abandono está sostenido en la idea de la psiquiatría de que su manual más característico no se vea asociado a ningún tipo de teorización.

1.4.2. La nosología freudiana

La principal preocupación de Freud en los momentos en que sucedía lo expuesto con el término neurosis en la psiquiatría, era poner en evidencia el mecanismo psicógeno de toda una serie de afecciones, tomando en cuenta la formación de síntomas como manifestaciones del retorno de un saber reprimido, un saber del inconsciente que el sujeto realmente no desea porque es contradictorio con el ideal de sí mismo. El precio que tiene este rechazo es el síntoma, que se vuelve inexplicable y doloroso. Las fobias, las

conversiones histéricas, las obsesiones, las impulsiones, etc., testimonian con su repetición que no basta un acto de voluntad o un ejercicio de autodominio para su eliminación, porque su fuerza no proviene del yo.

Teniendo en cuenta esta posición en relación al conocimiento e importancia de lo que es el síntoma para el sujeto, como base de la nosología freudiana en relación a la neurosis, entendemos que todo síntoma posee un sentido que se haya estrechamente ligado a la vida psíquica del enfermo. El sentido de los síntomas neuróticos fue descubierto por Breuer mediante el estudio de un caso de histeria a pesar de que su demorada publicación de los resultados, diera como primicia del descubrimiento los planteados por P. Janet.

En todo caso, lo importante del descubrimiento radica en el reconocimiento de que todo síntoma neurótico tiene un sentido, tanto en las manifestaciones histéricas como en las obsesivas, estudiadas en esos momentos por Freud.

El problema frente a este punto con el que se topó Freud, fue que al reconocer que todo síntoma neurótico se haya ligado a un suceso de la vida del enfermo que le da sentido, notó también que cuando más individualizado se encuentra un síntoma, más fácil resulta hacer dicha relación. Encontrándose también con que aquellos síntomas que son mas frecuentes y que podrían llamarse típicos de la enfermedad, no son tan fácilmente conectados con la

particularidad del paciente, pero que son ellos los que sirven de guía para fijar un diagnóstico, pero que nos debe servir, para luego conectarnos con la particularidad del enfermo, siendo la única manera de direccionar la cura.

La labor que nos incumbe, cuando nos hallamos ante una idea desprovista de sentido o de un acto sin objeto, será, por tanto, la de descubrir la situación pretérita en la que tales ideas o actos poseyeron sentido y objeto, respectivamente. (FREUD, 1917)

En este descubrimiento de sentido, dotó a su teoría sobre la etiología de las neurosis, el convencimiento de que las causas de toda enfermedad neurótica estaban basadas en factores de la vida sexual, que en el caso de la neurastenia son conocidos por el paciente ya que pertenecen a la actualidad o al período que se extiende a su madurez, mientras que en el caso de las psiconeurosis, los sucesos no pertenecen a la actualidad, sino a la primera infancia del sujeto, por lo que han sido olvidados, reprimidos, siendo el síntoma una presentación justamente de esa necesidad de volver sobre ellos.

Con estas perspectivas de trabajo, Freud se topa con una realidad que lo lleva también a nuevas explicaciones dada las diferencias que encuentra inclusive frente a esta etiología sexual, por lo que se le vuelve necesario plantear mayor claridad frente a una clasificación por la que debe pasar la neurosis, en pro inclusive de la búsqueda de ese mecanismo

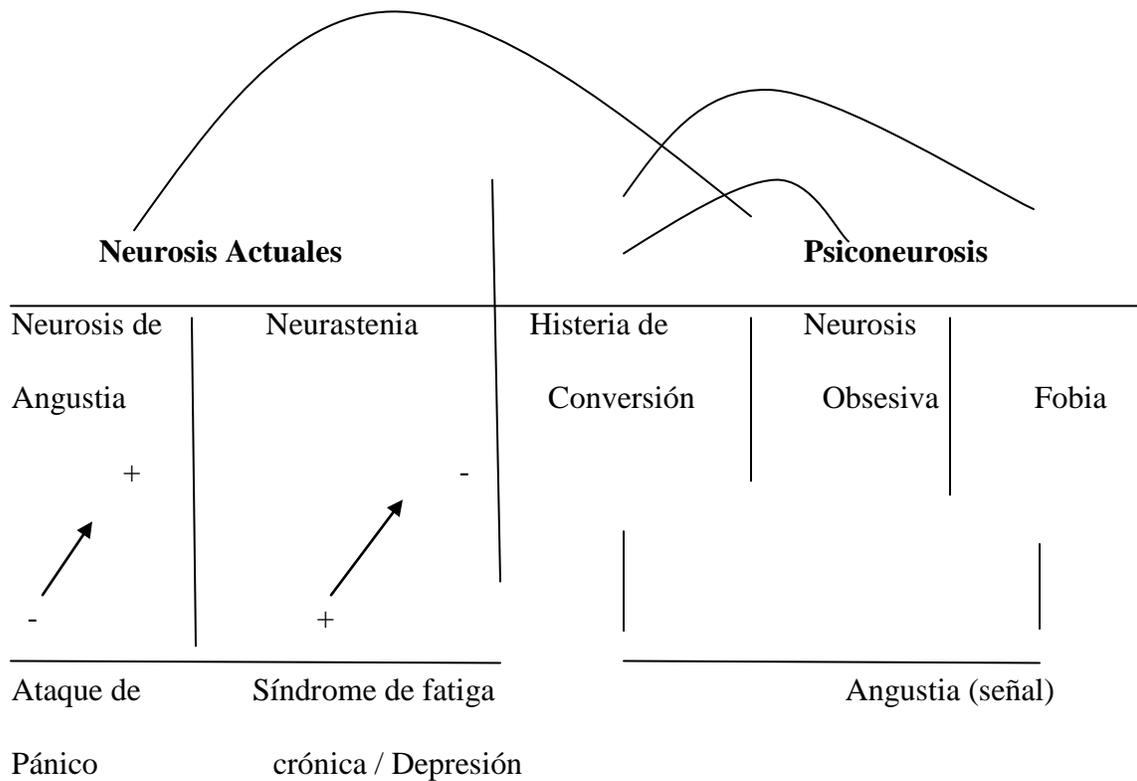
psicógeno, por lo que se establecen las neurosis actuales y las psiconeurosis, que diferenciaremos a continuación.

Capítulo 2

Freud y la Neurosis de Angustia

2.1. Diferenciación entre las Neurosis Actuales y las Psiconeurosis

Freud separa las psiconeurosis de las que denomina neurosis actuales:



En el plano etiológico, las neurosis actuales difieren de las psiconeurosis que se explican por la existencia de una historia determinada que puede en su análisis, describir cómo se habían ido construyendo a lo largo del tiempo, precisando así su valor simbólico. Aparecen ligadas a lo que Freud llamaba un trauma acontecido en la infancia, lo que nos

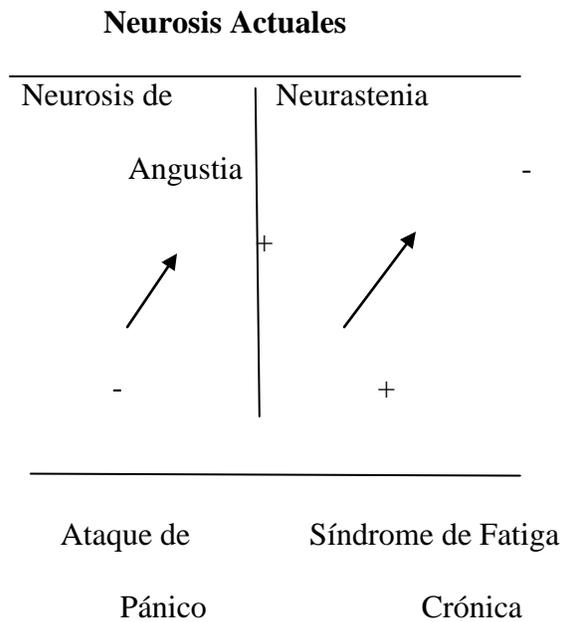
daba la pauta de que había algo en el pasado que merecía análisis e interpretación. Dentro de estas se ubican: la histeria de conversión, la neurosis obsesiva y las fobias.

En cambio, en las neurosis actuales, como bien lo dice su nombre, se marca que su etiología no tiene que ver con el pasado sino con algo que actualmente incide en el presente, tratándose de fenómenos corporales entre los que Freud ubica una serie de cuestiones similares, por ejemplo, a los ataques de pánico. Notemos como al leer el texto de Freud *“Sobre la justificación de separar y extraer de la neurastenia un determinado complejo de síntomas con el nombre de neurosis de angustia”*, nos habla de una sintomatología que se ubica como una invasión masiva de angustia.

Es importante diferenciar las neurosis actuales de las psiconeurosis, porque la psiquiatría toma lo que ya estaba descrito en Freud. Muchas de las descripciones que Freud toma de la neurastenia aparecen ligadas por ejemplo hoy a lo que la psiquiatría llama: síndrome de fatiga crónica y a estados depresivos; así como los llamados ataques de pánico realmente responden a los planteamientos de las neurosis de angustia pertenecientes a las neurosis actuales trazadas por Freud.

2.2. Neurosis de Angustia

Dentro de las neurosis actuales, vamos a centrarnos en los estudios realizados sobre la Neurosis de angustia que es la que va a mostrar relación en la actualidad con el llamado ataque de pánico a nivel psiquiátrico.



Freud ubica en la etiología de la neurosis de angustia un indicador sexual, que indica un menos en la tramitación del goce del sujeto, una falla como el menos (abstinencia, coitus interruptus, etc.) que al no ser tramitado en una perspectiva irrumpe como angustia. Es decir que eso que es menos aparece como un mas de angustia que además no aparece

tomada en una trama simbólica, como sería la característica de la fobia. Es una angustia que elude las significaciones, una angustia de la que no se puede hablar.

Contrariamente en la etiología de la neurastenia, en la que Freud ubica cierto exceso en relación a la masturbación por ejemplo, que genera al sujeto un menos de energía, por lo que se caracteriza por un estado de fatiga, de decaimiento, etc.

Estas diferenciaciones fueron trabajadas por Freud en su texto *“Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia”*, bajo la justificación de lograr agrupar cierto conjunto de síntomas que se mostraban mas cercanos unos a otros, diferenciándose de los neurasténicos y que tenían como síntoma principal la angustia, por lo que los llamo “neurosis de angustia”.

Nos dice Freud en el texto mencionado, que el cuadro clínico de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas:

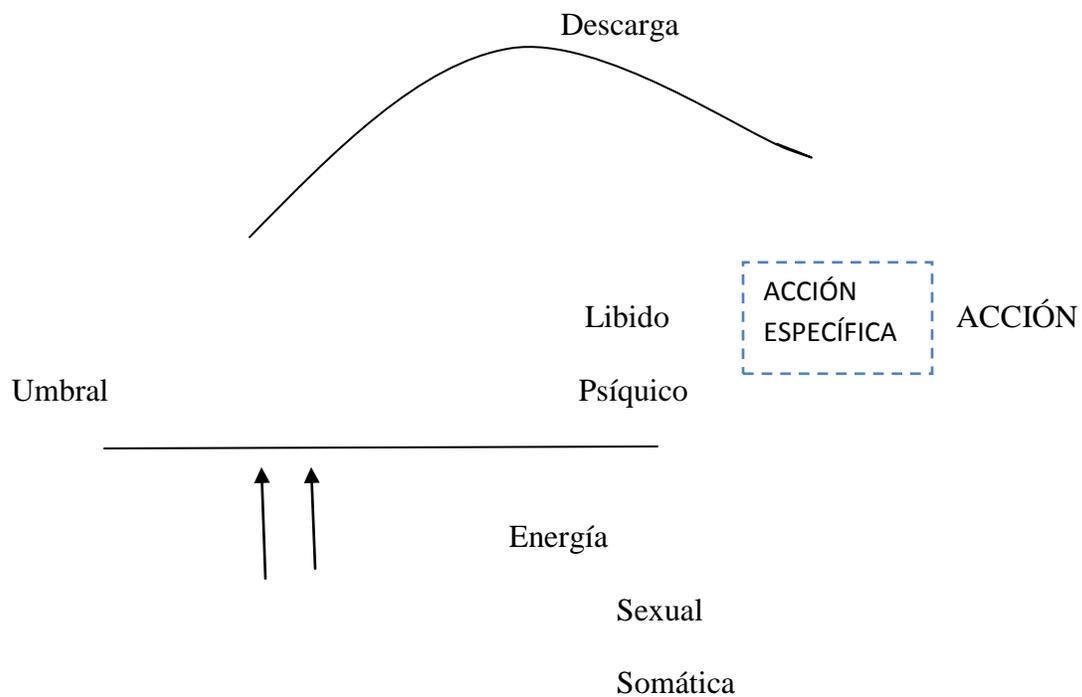
1. La excitabilidad general que indica acumulación o incapacidad de resistirla
2. La espera angustiosa que es el síntoma nodular de la neurosis, en donde nos encontramos frente a un monto de angustia libremente flotante, que durante la espera domina la elección de las representaciones y que se haya dispuesta a enlazarse a cualquier idea apropiada. Esta espera expresada de forma mitigada es lo

que denominamos “ansiedad”, siendo otras formas de expresión por ejemplo: los escrúpulos exagerados, los miedos a la propia consciencia, la tendencia a la visión pesimista de las cosas, etc.

- 3.** Pero esta espera angustiosa, puede no enlazarse a la idea apropiada e irrumpir de repente a la consciencia provocando un ataque de angustia que no vendría asociado a ninguna idea o representación particular, pero que podría mas bien depositar al sujeto en la sensación corporal de muerte o de locura, o de manifestaciones de otro tipo como parestesias, o perturbación de cualquier función física, en donde el paciente no puede mencionar la sensación de angustia, manifestando mas bien la presencia de malestar.
- 4.** Cada uno de estos elementos mencionados pueden funcionar por separado a modo de un “equivalente” del ataque de angustia, manifestándose como: perturbaciones de la actividad cardiaca, perturbaciones de la respiración, ataques de sudor nocturno, temblores y convulsiones, ataques de bulimia y diarrea, parestesias, pavor nocturno de los adultos, ataques de vértigo a veces en forma de mareos, etc.

Freud trata de explicar la etiología sexual de este cuadro sintomático, construyendo una especie de aparato sexual. Este aparato sexual con el que explicaríamos la irrupción de la angustia, es pensado en términos energéticos, en donde se produce cierta cantidad de energía sexual que debe alcanzar un umbral (llamado así por Freud) para transformarse en energía psíquica llamándose entonces “libido”.

El deseo sexual que está presente en el sujeto dependerá de un juego de factores entonces: en un primer plano la existencia de una energía sexual que se acumule hasta alcanzar ese umbral y lograr así producir una transformación en energía psíquica que busque descargarse en lo que Freud llamará “la acción específica”.



En el texto de Freud, nos lo explica de la siguiente manera:

Así, en primer término, la sospecha de que puede tratarse de una acumulación de excitación y además el hecho importantísimo de que la angustia en la que se basan los fenómenos de la neurosis no es susceptible de una descarga psíquica.(FREUD, 1895)

Pero en la neurosis de angustia, la energía sexual se acumula sin lograr la transformación en energía psíquica, lo que produce la necesidad de que para descargarla se deba transformarla en angustia. Es decir que la “acción específica” no existe.

En la neurastenia por el contrario la energía sexual no llegaría a acumularse hasta llegar al umbral que permita la transformación en energía psíquica y por ende la búsqueda de la acción específica, por lo que mas bien por falta de acumulación se presenta un debilitamiento de la energía y los síntomas están claramente asociados a este debilitamiento (en la actualidad: fatiga crónica, depresión, etc.)

De todas maneras la angustia siempre es una señal es la representación de algo que le incumbe al sujeto, un deseo que lo implica y puede estar presente no solamente en estas llamadas “neurosis de angustia”, por lo que es de suma importancia diferenciar bien la angustia de las neurosis actuales de la angustia solamente señal de las psiconeurosis.

2.3. Diferenciación entre angustia y angustia señal

“La angustia es un afecto de displacer que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar”. (CHENAMA.2002)

De acuerdo a estos planteamientos, vemos como Freud como consecuencia del estudio de las neurosis actuales, principalmente de la neurosis de angustia, da una explicación sobre la aparición de esta, explicación que se relaciona con el monto de energía que acumulado no encuentra una salida vía la libido y se transforma para la descarga en ataque de angustia.

En estudios posteriores reconoce a la angustia también presente en otras manifestaciones: como angustia neurótica, siendo la represión la que produce la transformación de la energía libidinal; en el estudio de casos de fobia como el caso Juanito reconoce ya no a la angustia solamente como carga libidinal sino como afecto al explicar la fobia como “desplazamiento”; y señala también a la angustia como señal de alarma desencadenada por el yo.

Sabiendo que el desarrollo de la angustia es la reacción del yo ante el peligro y constituye la señal para la fuga...también en la angustia neurótica busca el yo escapar a las exigencias de la libido y se comporta con respecto a este peligro interior del mismo modo que si de un peligro exterior se tratase. (FREUD, 1916)

Esto nos podría indicar que siempre que existe angustia, hay algo que la ha motivado, y que al igual que la tendencia a huir de un peligro se ve anulada con la decisión de hacerle frente y la adopción de estrategias defensivas propias para la situación, también la angustia se ve anulada por la presencia de síntomas que la bloquean.

Un punto interesante que menciona justamente en este texto y que nos puede dejar una conexión con los postulados posteriores de Lacan, es la asociación que presenta entre la angustia y el acto de nacer, un acto cargado de afectos de displacer, tendencias de descarga y sensaciones físicas que podrían ser claros representantes de un estado de peligro para el niño, que sacado del cuerpo de su madre se enfrenta a un primer estado de angustia ligado a la separación del placer continuo que tenía antes de la separación.

Freud con el aporte de O. Rank que juzga inaugural de la angustia el trauma de nacimiento, y ya que este tipo de manifestación no está absolutamente ligada a una señal de peligro inminente, sino está ligada a la ruptura de un estado y el no poder decir nada justamente de esa ruptura porque no hay palabras que lo describan; le da a la angustia dos fuentes diferentes: una, involuntaria, automática, inconsciente, explicable cuando se instaura una situación de peligro análoga a la del nacimiento (podríamos decir en lo REAL con Lacan) y otra, voluntaria, consciente, que sería producida por el yo cuando una situación de peligro real lo amenaza.

Vemos entonces como distingue dos niveles: el primero *“es un afecto entre sensación y sentimiento, una reacción a una pérdida, a una separación”* (FREUD, 1917), que Freud califica de originaria, la que sería producida por el estado de desamparo psíquico del lactante separado de la madre quien es la que colma todas sus necesidades sin demora. En el segundo nivel, la angustia es un afecto señal que se presenta como reacción al peligro de la castración en un tiempo en que *“el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad del syo”* (FREUD, 1917)

Esta interesante posición asociada con el nacimiento como angustia originaria, nos permite notar como hay una asociación inclusive a que la palabra angustia viene del latín *“angustiae”* que significa estrechez, que hace resaltar la opresión o dificultad de respirar propia del nacimiento en el proceso de adaptación a un nuevo entorno, situación angustiosa que asociada a la respiración se reproduce generalmente en el proceso de la irrupción de un ataque de angustia. El nacimiento deja así una huella que se deja traslucir en las manifestaciones corporales que pueden acompañar a la angustia y que se relacionan a la actividad cardiaca y respiratoria.

Pero todo este devenir de encuentros con la angustia, nos lleva a poder diferenciar los tipos de angustia en los que trabaja Freud, por un lado aquellos ligados a la presencia real de un peligro inminente y por otro lado aquellos de carácter neurótico, en donde nos interesa delimitar la existencia de:

- La angustia flotante, expectante, de espera, que surge de un exceso de energía sexual no tramitada y que se transforma para salir como un ataque de angustia sin

palabras, sin que fácilmente pueda estar ligada a un objeto específico, pero que puede tener manifestaciones a nivel del cuerpo.

- Aquella angustia que podemos vincular a un objeto, tiene una dirección específica y que es la que encontramos en las fobias.
- Aquella angustia más permanente, que surge más bien por represión y que es característica de la histeria u otras neurosis.

Aquella que es una irrupción sin palabras, que no puede ligarse a un objeto pero que invade tras la imposibilidad de haber podido realizar una tramitación adecuada de la energía, es en la que nos centraremos en adelante, porque es la que en la actualidad va a estar ligada a los llamados “ataques de pánico” según los manuales psiquiátricos como el DSM – IV.

Capítulo 3

Planteamientos Psicoanalíticos ante la angustia

Freud y Lacan

Centrándonos más en el fenómeno de angustia que nos ocupa, es importante tomar en consideración el punto encontrado en el nacimiento como angustia original, Freud la califica de originaria, justamente por el estado de desamparo psíquico que la caracteriza y que es el que sumerge al sujeto en una sensación de insatisfacción, al producirse la primera ruptura de un estado de completud aparente que podía experimentarse en el vientre de la madre en donde todas las necesidades y deseos estaban colmados sin tiempo de espera.

Dicha situación crea un monto de energía que la libido no puede tramitar y se produce la descarga vía un ataque de angustia, sin palabras, sin dirección hacia un objeto específico, que deja localizado al sujeto en la incertidumbre de un encuentro con lo real, que supera toda medida de miedo, por lo que lo asociamos a la palabra utilizada por la psiquiatría para esta angustia: “ataque de pánico”. Ya nos lo había dicho Freud: *“la incertidumbre del ser produce pánico”*.

3.1. Desamparo y Pánico

3.1.1. Desamparo

El estado desamparo es el estado de dependencia del lactante que crea, o mediante el cual se sostiene, el estado de omnipotencia de la madre y que le da un valor particular a la experiencia originaria de satisfacción. A esta dependencia del recién nacido humano, que se reconoce incapaz de una acción coordinada y eficaz en pro de la satisfacción de sus necesidades y que requiere de un Otro que lo asista e inclusive que lo nombre, Freud llama “estado de desamparo”. Si asumimos que este estado inherente a la dependencia total del pequeño ser con respecto a su madre, implica la omnipotencia de ésta, esto nos indica como de manera decisiva el psiquismo está destinado a constituirse enteramente en la relación con el otro.

Para Lacan el estado de dependencia no va ligado solamente al sostén de la omnipotencia del Otro, si no que, lo que constituye el fondo del desamparo del sujeto es su estado de dependencia con relación al DESEO DEL OTRO, deseo ante el cual el sujeto se encuentra sin recursos ni respuestas.

Este estado claramente podría estar basado en esa primera experiencia de angustia que se dio con el nacimiento como angustia originaria, en donde el sujeto experimenta la

fragmentación de su cuerpo frente a una ruptura con el cuerpo materno proveedor de la satisfacción inmediata. Dentro de la teoría de la angustia, el estado de desamparo se convierte en prototipo de la situación traumática. Así en “Inhibición, síntoma y angustia” Freud reconoce en los peligros internos de los que habla como generadores de las manifestaciones de angustia, un rasgo común: la pérdida o separación implica un aumento progresivo de la tensión hasta el punto en que el sujeto se ve incapaz de dominar las excitaciones y es desbordado.

Nos damos cuenta cómo podemos ir enlazando componentes que nos llevan a pensar en la relación del sujeto con un Otro, una relación que deja en el sujeto la pregunta sobre el deseo de ese Otro del que depende y que al retornar al sujeto angustia: “¿qué quiere el Otro de mi?, la respuesta en palabras de Freud sería: “el Otro quiere la satisfacción total y el sujeto debe ser capaz de procurarla”. Si hay la sensación de no poder hay un encuentro con la angustia.

Si seguimos la palabra “desamparo” vemos como el significado según el Diccionario de la Real Lengua Española nos dice: “acción de desamparar”, siendo desamparar: “abandonar, dejar sin amparo ni favor a alguien o algo que lo pide o necesita”, simplemente en esta significación podemos notar la relación de un sujeto con Otro, aquel que necesita amparo y aquel que lo procura.

El sujeto alejado de ese Otro del que depende, del que se pregunta y frente al cual se significa, se sumerge nuevamente en esa angustia originaria que no se puede nombrar, eso desconocido, quizá el desamparo primario, en donde la señal de angustia como peligro se introduce en la idea de separación, vivencia que tiene el niño separado de la madre, vivencia de orfandad, de separación radical con el Otro.

La idea de separación con la madre que puede representar al Otro original, lleva al sujeto a dar una significación de estar desamparado en el mundo, “sin una mano que agarre” y depositado por completo en ese estado de incapacidad que lo sumerge más allá de la angustia en un estado de pánico.

Y es que esta fase inicial que se ha vuelto la angustia originaria ligada al nacimiento, debe ser comprendida desde el estado de desamparo inicial del lactante, inclusive los biólogos lo han llamado estado de pre maduración del nacimiento o fetalización, porque representa una discordancia temporal que hace que el sujeto no pueda controlar un cuerpo que se presenta como fragmentado. Ya veremos como en la fase del espejo justamente se resignifica esa necesidad de otro que inclusive nombra al sujeto, la mirada del Otro logra crear la ilusión de haber solucionado la fragmentación del cuerpo, y esa mirada es una respuesta en uno u otro sentido.

Frente a esta idea es interesante ligarnos a una historia de manera clara y que nos puede sacar una sonrisa, pero nos da el ejemplo de esa importancia de la mirada del Otro para el sujeto.

Hay un loco internado en un manicomio porque se cree un grano de maíz. Pasa un tiempo, el loco deja de creerse grano de maíz, es decir, sabe que no es un grano de maíz y el psiquiatra le da el alta. El loco sale y se encuentra con una gallina. Queda petrificado. Sin palabras (en pánico podríamos pensar). Huye y golpea la puerta del manicomio. Ve al psiquiatra y le dice desesperado que se ha encontrado con una gallina. ¡Pero hombre! – le dice el psiquiatra – si usted ya está curado. Ya sabe que no es un grano de maíz. Si doctor – dice nuestro loco – pero ella, ¿lo sabe?

3.1.2. Pánico

Hemos nombrado ya la palabra pánico, asociándola a algo más allá del miedo, eso que deja sin palabras. Si la angustia es un encuentro con lo real, el pánico muestra una especificidad en la manifestación de este real.

Cuando Freud habla específicamente de pánico lo hace en “Psicología de las masas y análisis del yo”, donde plantea el pánico como un fenómeno de descomposición en relación a la masa, fenómeno que produce el pánico ya que los procesos de identificación

caen. Si lo analizamos en el lenguaje que nos plantea Lacan, es cuando un S1 cae en relación al NOMBRE DEL PADRE, entonces el sujeto entra en pánico. Lo que Lacan llama discurso amo, tiene mucho que ver con el esquema que Freud plantea en psicología de las masas. Leamos lo siguiente tomado de Freud:

...la palabra pánico no posee una determinación precisa e inequívoca. A veces se emplea para designar el miedo colectivo. Otras, es aplicada al miedo individual cuando el mismo supera toda medida. Por último, también aparece reservada a aquellos casos en los que la explosión del miedo no se muestra justificada por las circunstancias... (FREUD, 1921)

Freud presenta al pánico como una variedad de angustia y lo asocia con las masas en descomposición. En el texto ya mencionado menciona al fenómeno pánico y lo describe como angustia enorme y sin sentido que se propaga entre sujetos que momentos antes formaban parte de una masa psíquica, en donde la fuerza de su atracción estaba fundamentada en los estrechos lazos libidinales que se establecen entre sus miembros, que logran creer la existencia de identificaciones recíprocas mediante las cuales han colocado a un mismo Otro en un lugar de ideal.

Cuando ese Otro ubicado como ideal cae, los sujetos que lograban sostenerse con la seguridad de ser reconocidos, mirados y amados por él, entrar en pánico al enfrentarse a la sensación de desamparo de la que hablamos anteriormente. La situación de pánico de los

miembros de la masa, que podría parecer que desentona con la magnitud del supuesto peligro que amenaza, mas bien se encuentra entonces no en relación a ese peligro externo existente o no, sino a ese desmoronamiento de lo que constituye la esencia de la masa, los lazos libidinales entre sus miembros. La hipótesis es entonces que el pánico se produce ante la ruptura de un lazo libidinal que hasta entonces oficiaba el sostén del psiquismo.

Lacan propone que el sujeto construye relaciones con muchos que son considerados “otros” que se relacionan como pares, como semejantes, se trata del prójimo (en la masa, estos otros son los que comparten su ideal y con los que también hay identificación pero se ubican en un mismo plano); pero además existe el gran Otro, con el que designa una función simbólica que va mas allá del que puede ocupar circunstancialmente dicho lugar (representado en la masa como el líder al que se le da un poder especial, su figura es dotada de algo ideal que además sostiene el psiquismo del grupo y del individuo).

El yo se constituye como efecto de la mirada de reconocimiento de ese Otro (lo veremos mas adelante en la construcción del estadio del espejo), que lo determina en su deseo y por ende en su accionar. Sin embargo, el yo ignora las implicaciones de esta relación produciéndose un efecto de desconocimiento con respecto a una parte de sí mismo.

Ya Freud lo dice en su Carta 52: *“El ataque de vértigo, el espasmo de llanto, cuenta con el otro; pero las más de veces, con aquel otro prehistórico inolvidable a quien ninguno posterior iguala ya”* (FREUD).

Teniendo en cuenta esto, es factible pensar que el mecanismo que tiene lugar al sobrevenir el pánico, está en relación con la caída del lazo con ese Otro mítico por el cual se constituye el yo unificado, quedando el sujeto preso del enfrentamiento con su estado absoluto de desamparo inicial.

3.2. Lacan y la angustia

Lacan realiza un giro a las primeras propuestas que Freud ha hecho sobre la angustia, diciendo francamente de ella que: la angustia es lo que no engaña, no surge de la represión, tal como fue formulada en la primera época freudiana, sino de la falta de la falta. El decir que la angustia es lo que no engaña, nos conecta con algunos de los planteamientos lacanianos, ya que en primer lugar hay que tomar en cuenta que ese *“que no engaña”* se puede decir porque no hay en el representación posible, porque en el falla la dimensión de la simbolización. Recordemos como un sello muy característico de la obra de Lacan es el decir que el inconsciente está estructurado como un lenguaje.

La preocupación de Lacan en el seminario X sobre la angustia, es lograr plantearse la importancia del resto que deja el sujeto tachado, un resto que justamente utiliza a la angustia como vía de acceso al proyectarla como un afecto, dejando efectos en el cuerpo, si nos conectamos con que Lacan va a considerar en el seminario XX “Aún”, que el afecto es el efecto corporal del significante, con lo que nos ligamos a ese golpe sobre el cuerpo que deja la manifestación de la angustia en el sujeto, como lo hemos venido viendo desde las explicaciones de Freud.

Entre los años 62-63 elige como tema de sus seminarios el de la angustia, quizá como respuesta a las críticas que se le dirigían. Define a la angustia como un afecto y la diferencia de todos los demás. Se trataría de un afecto del sujeto, sujeto como categoría producto de lo simbólico. Por el contrario, cuando se trata del amor o el odio, por ejemplo, estaríamos más bien frente a afectos del yo, que circulan como eslabones de la cadena significante. La angustia, no se ubicaría en dicha cadena, sino que ancla en lo que se dará en llamar el objeto a. (CHAIRO, 2006)

Vemos como su hipótesis de definirla como un afecto tiene una estrecha relación de estructura con lo que es un sujeto. Refuerza la idea que el afecto, al igual que en Freud, no está reprimido, podemos notar que va a la deriva, sin rumbo, pero no está reprimido, lo que podría pensarse reprimido son los significantes que lo amarran.

Esta significación de “*lo que no engaña*” es una significación de importancia de Lacan en relación a la angustia, porque lo que no engaña es justamente aquello que no se deja significantizar. Es lo que guía al sujeto neurótico hacia lo real, si la angustia no engaña es en tanto plantea la buena pregunta, aquella sobre el deseo y sobre lo que el Otro quiere. En suma, en la estructura de la angustia se juegan las ambigüedades y dificultades, de cómo se incluye el objeto en el Otro, o lo real en lo simbólico.

Para Lacan, el afecto está ligado siempre a nuestra relación con el Otro, es decir a aquello que nos constituye como sujetos deseantes. La angustia aparece frente al deseo del Otro. El Otro, como lugar del significante y, por ello, de la representación. Es en el campo del Otro que el sujeto se funda. Siguiendo a Lacan, podemos sostener que somos, en lo que nos afecta y en tanto sujetos, siempre dependientes de ese deseo que nos liga con el Otro y que nos obliga a no ser más que ese objeto siempre desconocido y faltante. Para Lacan la angustia está asociada al deseo. Se origina cuando el sujeto es confrontado a la falta de la falta. (CHAIRO, 2006)

Y es que el objeto (a) no es un objeto como los otros, tiene una estructura diferente a la del significante. Para Freud el objeto está perdido y es un objeto que hay que volver a encontrar porque el sujeto está unido a él por la nostalgia, la que marca el reencuentro con el signo de una repetición imposible porque nunca va a ser el mismo objeto.

Lacan reformula esta propuesta en relación al objeto en su trabajo sobre la angustia y nos dice que la angustia nos introduce a la función de la falta, la cual solamente puede captarse por medio de lo simbólico. El ejemplo que propone es bastante esclarecedor, al hablarnos de ese volumen que falta en la biblioteca, que ocupa un lugar, y ese lugar está designado por la introducción previa de lo simbólico en lo real. Entonces, la falta a la que Lacan se refiere designa una ausencia. No falta nada que no sea del orden simbólico.

La angustia realmente conecta al sujeto con lo real, por eso podemos decir que no engaña, ya se lo preguntó Miller, dándose cuenta que el amor es engañoso y engañado igual que el deseo. Todo lo del orden de lo imaginario es susceptible de ir de un lado al otro, lo del orden simbólico se revela en su dimensión de semblante y de ficción. En cambio un encuentro con lo real no se puede significar, es parte del goce en tanto no se deja capturar un sentido más allá del goce mismo.

La función esencial de la angustia no es su relación con el deseo sino su relación con lo real. Y si la angustia no engaña, indica que designa la Cosa, lo real, el goce en tanto que lo imaginario y lo simbólico sólo puede girar alrededor suyo. (LACAN)

Los significantes hacen del mundo una red de huellas, en el que es posible engañar; la angustia deja aparecer un corte de eso que está antes de cualquier posibilidad de engaño, está antes de cualquier significante. Recordemos como decía Freud, un monto de

acumulación de energía que no logró una tramitación psíquica adecuada a través de la libido, sale transformada en angustia. Comprendámoslo notando que lograr esa tramitación psíquica quizá implica lograr hacerla de un modo engañoso bajo los significantes, la angustia escapa a ese juego justamente porque se enfrenta a lo real y este escapa de sentido. La angustia es vía directa a lo real, que lleva al sujeto a develarse ante la presencia del objeto, que aparece en el lugar reservado para una falta, por eso mencionábamos anteriormente que es el enfrentamiento a la falta de la falta.

Hemos dicho mucho que frente a ella está lo que no se puede nombrar, que frente a la angustia no hay palabras que le den sentido, el sujeto frente a la vivencia extrema de la angustia, deja de ser productor del discurso y se vuelve espectador de un encuentro con un resto, con esa originaria sensación de su cuerpo que se fragmenta.

Si resumimos lo que Lacan nos deja claro de la angustia, podríamos colocar los siguientes puntos:

- La angustia es eso que no engaña.
- Es un enfrentamiento con lo real por lo que justamente carece de sentido.
- La angustia tiene objeto, y ese objeto justamente esta en ese lugar donde debería estar la falta.

- Un encuentro con lo real, deja al sujeto desprovisto de su posibilidad de revestimiento y lo sumerge en pánico.
- Nuevamente entra en juego la importancia del Otro, porque por excelencia la angustia coloca al sujeto frente a la pregunta en relación al Otro y la sin respuesta de la misma.
- La angustia es un afecto y este es el efecto del significante sobre el cuerpo, lo que nos coloca en nuestro siguiente tema.

3.3. Goce y Cuerpo:

3.3.1. La fragmentación en asociación con los múltiples síntomas en el cuerpo en el ataque de pánico.

Cuando mencionamos la irrupción del pánico sobre el sujeto, y esa situación que no se puede traducir en palabras, vemos con todo lo mencionado como es una invasión sobre el cuerpo. Un real que afecta sobre un cuerpo que no puede tramitar el goce.

La incertidumbre planea sobre el sujeto que ha sufrido un acontecimiento traumático, pero también sobre el que conoce la inminencia cada vez más plausible de ese

acontecimiento. La incertidumbre asedia al sujeto después de una pérdida indecible, pero también al que anticipa una pérdida futura.

Pero este sujeto se constituye frente al tesoro de los significantes ubicados en el Otro. En donde el sujeto interroga en primer lugar al Otro (A) y cuando se da una respuesta hay una diferencia entre la respuesta y algo que viene a formar parte del resto, a lo que Lacan llama lo irreductible del sujeto, algo que queda fuera del proceso de significación. Lo irreductible del sujeto es el a, lo que parece irreductible en la operación de advenimiento del sujeto en el lugar del Otro. El a recoge por parte de Lacan la vocación de lo que en Freud era el objeto perdido, ese que no se podía alcanzar nunca. *“Con el objeto perdido nos encontramos entre el deseo y la angustia”*. La angustia lo que señala es la presencia del objeto a. *“En ese lugar en donde por habito mental se busca al sujeto, en ese lugar donde Freud ubicaba el origen de la tendencia, ahí se sitúa el a – tú eres eso y eso es lo intolerable”* nos dirá Lacan y en ese plano viene a la respuesta por la vertiente del goce.

Ese encuentro intolerable es justamente lo que produce este síntoma actual llamado ataque de pánico, un encuentro con lo real, con un real que es innombrable y que además encuentra calma en la etiqueta de un nombre como el ataque de pánico.

Pero hablamos de encuentro intolerable, ¿con qué? Lacan afirma al sujeto como sujeto del lenguaje, en esto hay que notar la anterioridad y la preeminencia de lo simbólico en la constitución del sujeto. En ese sujeto del lenguaje, hay un conglomerado de circunstancias que espera a un niño y este conglomerado, le dará una existencia simbólica más allá aún de su vida biológica, uno tiene un nombre desde antes de nacer y después de la muerte.

Este lugar que aguarda al sujeto es la primera pre significación de lo que Lacan denomina “lugar del Otro”. Otro simbólico, con mayúscula para diferenciarlo del semejante, del alter ego. Este lugar tiene como función central identificar al sujeto, lo que será el antecedente necesario de otras identificaciones que le permitirán situarse y contarse en lo simbólico como mortal y sexuado.

El estadio del espejo consiste en una identificación, a la que define como “la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen”. Esa será la lectura que Lacan hace del “nuevo acto psíquico” que menciona Freud, el yo se constituye por la identificación del niño a la imagen de sí en el espejo. No podría entenderse la importancia de esta fase, si no partimos del estado de desamparo inicial del lactante, que los biólogos han llamado prematuración del nacimiento o fetalización y que hemos trabajado anteriormente.

Esta discor – dancia temporal hace que el sujeto no pueda controlar un cuerpo que se le presenta como fragmentado. Podemos pensar entonces, al estadio del espejo como el resultante de la tensión entre la insuficiencia motora y la anticipación de la imagen, entre lo fragmentado de la vivencia del cuerpo y la fascinación de la imagen que presenta un cuerpo unificado. El júbilo ante su imagen es la marca visible de la identificación.

Esta imagen entonces, tiene como función velar la vivencia de fragmentación, que le es ocultada por la identificación con la imagen que se presenta como completa y unificada. Y será siempre la función que tendrá la imagen para el hombre: aquello que lo rescata de la incertidumbre de su ser. (La incertidumbre del ser produce pánico). Y es justamente aquí donde podemos centrarnos entonces, la incertidumbre del ser produce pánico, Lacan nos mostrará en el seminario X una descomposición del nivel especular, con quizá una crítica de lo imaginario del estadio del espejo, de ese imaginario de completud, de un imaginario que es susceptible del engaño, ya que todo lo imaginario es susceptible de caer en ese balance.

La multiplicidad de síntomas que notamos existen en las manifestaciones del llamado ataque de pánico, representan un descontrol del cuerpo, la angustia no engaña, la imagen de completud cae y el sujeto tiene que enfrentarse a nivel del cuerpo inclusive con los significantes que caen sobre el y lo afectan.

El cuerpo está ubicado especialmente en el campo de la mirada, en el campo de lo visual, por lo que puede ser claramente una herramienta de esa mirada del Otro sobre el sujeto.

He ahí nuestro sujeto actual frente a un ataque de pánico, un despliegue de un enfrentamiento con la falta de la falta, un enfrentamiento con el objeto a, con ese resto que no permite significatizar, con esos acontecimientos del discurso que dejaron una huella en el cuerpo, que tampoco es fácil de significatizar. Sujeto que se aleja de lo engañoso del significante y se enfrenta con un real que no engaña y que está representado en la angustia.

Esta posición en relación a la imagen que nos explica quizá la sintomatología corporal en la que podríamos ver en la variedad de manifestaciones que recorren el cuerpo, un resquebrajamiento, puede ser mejor entendida con una explicación sobre el estadio del Espejo.

3.3.2. El estadio del Espejo y la Constitución del yo

Como lo mencionamos, el sujeto existe en el lenguaje desde antes de nacer y seguirá existiendo hasta luego de su muerte, porque se ha conformado con una serie de

significaciones que lo preceden en relación al deseo del Otro que le da una identificación primaria que será el antecedente de una serie de identificaciones que le permitan situarse en el mundo. Uno de los efectos de la identificación será la constitución del yo, la imagen que el sujeto tiene de sí mismo está conformada por una serie de imágenes de cómo él define quien es. Esta definición del ser que es el sujeto, es el yo que tiene su génesis en el Estadio del Espejo.

Todos hemos podido tener la experiencia de la relación con un bebé, con lo que podemos recordar ciertos factores de su conducta en relación a lo que es el Estadio del Espejo: entre los 6 y 8 meses un niño colocado frente al espejo se mira, en una primera instancia no sabrá que es él esa imagen que ve completa, entonces busca la mirada de quien lo sostiene quien le dará significación a eso que se observa en el espejo: “ese eres tú”, secuencia que es seguida de un gran júbilo demostrado en el intento de un juego con su imagen, maravillado de haberse reconocido a sí mismo. Hay una articulación imaginaria (imagen en el espejo) y simbólica (el Otro que reconoce al sujeto como “ese eres tú”).

Si hablamos de imagen, esta es la primera experiencia en relación a la imagen y que para Lacan es una pieza clave en la teoría del narcicismo freudiano y en la idea de la formación del yo.

El estadio del espejo consiste en una identificación a la que Lacan define como: “la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen”, lo que permite la constitución del yo. Es el resultante de la tensión que resulta de la insuficiencia motora y la anticipación de la imagen, entre lo fragmentado de la vivencia del cuerpo y la fascinación de esa imagen que le presenta un cuerpo unificado, completo. Esas conductas de júbilo que mencionábamos al tratar de recordar la experiencia que podemos haber vivido al ver a un niño frente al espejo, es una conducta que denota el que se ha producido una identificación que opera sobre el fondo de su vivencia de fragmentación corporal.

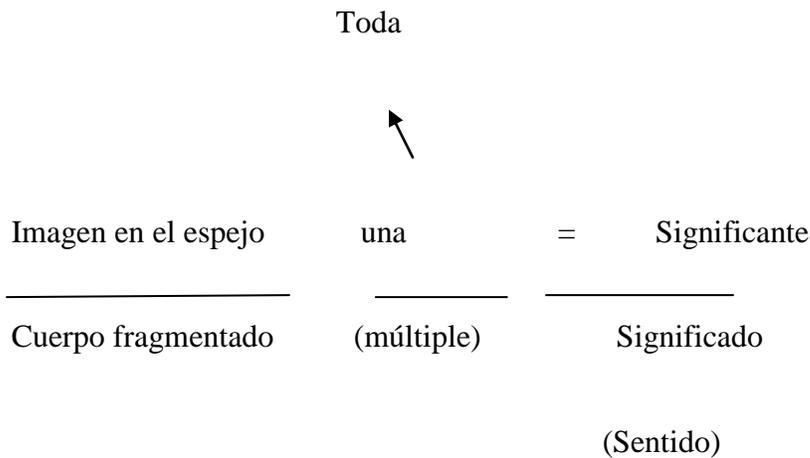
...Nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (LACAN, 1949)

Esta imagen unificada se llama “yo ideal” y es la primera forma en la que el yo se aliena, es decir que deposita la unidad del cuerpo en la imagen. En el yo ideal el sujeto va a asentar las múltiples imágenes que lo identifican. Esta imagen de completud de todas maneras necesita siempre del reconocimiento del Otro que le asegure su imagen. La pregunta ¿qué soy?, va siempre en relación a ¿qué soy para el Otro?, ¿qué me quiere? Vemos como sigue articulándose entonces la importancia del Otro, esa mirada sostiene al sujeto. Porque en todo caso, será el lugar que el Otro simbólico otorgue al niño en su deseo lo que sostendrá esa imagen formadora del yo. Recordemos que la realidad es ese absoluto

desamparo del niño, el narcicismo de esta etapa funciona como herramienta del yo contra este desamparo y es el deseo de los padres el soporte de su constitución.

Hemos localizado en las propuestas en relación a la angustia, como las manifestaciones del cuerpo nos demuestran ese encuentro con lo real, con ese cuerpo fragmentado que pierde el sostén imaginario de la imagen frente al Otro.

La eficacia simbólica que la imagen tiene podríamos describirla por el hecho de:



Vemos como hay una eficacia simbólica porque se logra con esta imagen UNA, esconder ese cuerpo fragmentado, y la imagen logra una relación del cuerpo con lo ideal y lo bello y viene a ser el límite del goce. Este cuerpo se diferencia de lo orgánico, con exclusividad de los momentos en que deja de estar silencioso, momentos en que vuelve a

sentirse fragmentado y esto lo conecta con lo insoportable del encuentro con el objeto a, por lo que aparece la angustia. “*Este cuerpo fragmentado, se muestra regularmente en los sueños, cuando la moción del análisis toca cierto nivel de desintegración agresiva del individuo*”, nos dirá Lacan.

Capítulo 4

La época Post – Moderna y la desubjetivación del sujeto

4.1. Sociedad Líquida

¿Cómo verían Freud y Lacan nuestra época?...ambos siempre relacionaron su práctica a los tiempos en que vivieron. Es fundamental que el analista en su práctica conozca la subjetividad de su época.

Lipovetsky analizó el paso de la modernidad a la hipermodernidad en las sociedades desarrolladas. Es interesante la descripción de lo que él llama “el narciso cool”, individualista y consumista. Un ser optimista en su gozo, un individuo que vive el presente, olvidado del pasado y sin preocupación por el futuro. Esta sería la postmodernidad.

Veinte años después, esa euforia de los años postmodernos ya no es la misma. En *Los tiempos hipermodernos*, Lipovetsky advierte el fin de la euforia. El hedonismo del presente que caracterizó los años ochenta ya no existe. En la hipermodernidad, el desempleo, la preocupación por la salud, las crisis económicas y un largo sinfín de virus que provocan ansiedad individual y colectiva se han introducido en el cuerpo social. El desarrollo de la globalización y de la sociedad de mercado ha producido en estos años nuevas formas de

pobreza, marginación, precariedad del trabajo y un considerable aumento de temores e inquietudes de todo tipo.

El resultado está en el surgimiento de síntomas llamados “actuales” o “nuevos” como la anorexia, la bulimia, los ataques de pánico, las adicciones, que en realidad han estado siempre, pero que han tenido un mayor espacio de aparición y fijación que en otras épocas ya que nos encontramos con un sujeto que ya no cuenta con amos encarnados con los cuales identificarse y a partir de los cuales hacer lazos sociales y estables con los otros.

Ahora se es masa sin ver a los otros. El resultado de todo ello es que las sociedades actuales o, si se prefiere, posmodernas han dejado de orientarse a sí mismas de manera inmediata por experiencias corporales: sólo se perciben a sí mismas a través de símbolos mediáticos de masas, discursos, modas, programas y personalidades famosas(...) La masa posmoderna es una masa carente de potencial alguno, una suma de microanarquismos y soledades que apenas recuerda la época en la que ella – excitada y conducida hacía sí misma a través de sus portavoces y secretarios generales – debía y quería hacer historia en virtud de su condición de colectivo preñado de agresividad.(SLOTERDIJK. 2001)

¿Qué nos quiere decir Sloterdijk en su libro “El desprecio de las masas”? Podemos observar a nuestra época y darnos cuenta que los ideales han caído, ya no se quiere hacer historia en función de ser, sino de tener, el superyó ya no se nutre de renuncias sino que

insta al sujeto a un goce autista y sin freno por medio de una fetichización de bienes y objetos, de imágenes y de saberes vacíos. El ideal de renuncia que, a principios del siglo XX, daba lugar a un deseo insatisfecho por el cual se emprendía una búsqueda de la relación con el Otro y de un saber auténtico, ha virado su postura a la de un ideal de consumismo que ocupa el lugar en el sujeto al desfallecer los ideales, taponando la causa del deseo a raíz de la invasión de productos tecnológicos en el mercado, los llamados gadgets, cambiantes con la misma rapidez con la que pierden eficacia por ser falsos, cambiantes a la misma velocidad de lo que podemos llamar una época fast.

Con el desfallecimiento de ideales y de la real identificación con el Nombre del Padre, aparecen otros Nombres del Padre que dan al sujeto un falso ser (porque en todo caso, a pesar de la anudación con el goce, el sujeto busca identificaciones, y las encuentra de manera equivocada). Este falso ser lo podemos escuchar en presentaciones como: “soy adicto”, “soy anoréxica”, “soy depresivo”, “tengo ataques de pánico”, soy Adhd”; reconocimientos que dan una posición aparente de pacificación y encapsulan la interrogante del sujeto en torno al padecer subjetivo, lo anudan a un grupo con el que logran una identificación, y mas allá, una identificación con su malestar.

Nos dirán Jacques - Alan Miller y Eric Laurent en “El Otro que no existe y sus comités de ética”, que un nombre para la actualidad ligado al lugar que hoy tendría el Otro, podría ser: “*La época del Otro que no existe*”, muy distinto a nombres como los

proclamados irónicamente por Nietzsche para el siglo XIX: la época donde “Dios ha muerto”.

Por este juego actual con la inexistencia del Otro, es la época en la que los ideales ya no organizan la vida del sujeto, época de la errancia, del escepticismo y la incredulidad, en la que el Otro es tan solo un semblante. Para el sujeto contemporáneo no “hay nadie” ni que valga, ni con quien hablar: *“Dios ha muerto, las grandes finalidades se apagan, pero a nadie le importa un bledo, ésta es la alegre novedad, ese es el límite del diagnóstico de Nietzsche...La indiferencia, pero no la angustia metafísica...el descompromiso emocional”* (LIPOVETSKY. 2004)

Veamos entonces, como se dan como productos de la época: el auge de la relatividad de los valores, de las ideas de dispersión del mundo, de la caída de las verdades dogmáticas y del menosprecio por los grandes relatos épicos.

Aunque podríamos afirmar como hace G. Lipovetsky, autor de “Los tiempos hipermodernos” al llamar a la posmodernidad mas bien hipermodernidad, que esta es la sociedad de la publicidad que busca el placer inmediato; pero al mismo tiempo no puede disfrutar porque padece de una gran ansiedad por el futuro. Caracterizando a esta época vemos que el individualismo se ha convertido en un individualismo que exalta el

hedonismo, el mercado extremó sus leyes en la globalización y la tecnología científica ha llegado a límites impensados.

Hay un empuje a la libertad, está vigente la idea de que el sujeto puede lograr todo lo que desea, que ya no hay represión ni castración, contrariamente a la era victoriana que llevaba a la represión, hoy el hipermodernismo empuja a la libertad, a la libertad de consumir lo que se quiera, de decir lo que se quiera, de nombrar lo que se quiera. Otra característica de la época es que parece compensar el empuje compulsivo a la libertad con la consigna social de prevenir y vigilar.

Además de que el tiempo actual, es el tiempo de lo instantáneo, de lo inmediato, de la urgencia que empuja al acto sin mucha oportunidad de tomarse un intervalo para pensar, para comprender, para abrir una brecha entre la demanda imperativa del Otro social que hay que obedecer y el deseo como falta motorizante que lleva al tiempo de búsquedas y rodeos para poder concluir si uno quiere lo que cree desear.

Nos encontramos también con la oferta multiplicada de objetos, ya que en la tendencia de rechazar la castración, lo que se busca es darle prevalencia a lo que la desmiente: objetos cambiantes como modos de anclaje para un goce que, sin referentes simbólicos identificatorios, ha quedado a la deriva. Todo se convierte en resto a eliminar, en tanto los

objetos de consumo caducan rápidamente, lo cual se compensa de la misma manera mediante la presencia constante y continua de nuevos objetos que proliferan.

Esto es claramente visto en la posición del sujeto hipermoderno, un término que indica mucho, el cómo son las características frente a las que como sujetos nos relacionamos con el Otro. Este Otro social demanda responder al ritmo acelerado con el que este mismo se presenta frente al sujeto, planteándole una gran cantidad de objetos tan cambiantes que se vuelven desechables.

¿Qué hay con el superyó? Con una función comparable a la de un juez o un censor con respecto al yo, con la conciencia moral, la auto observación, la formación de los ideales, como funciones que le pertenecen según nos dice Freud, el superyó entra en el juego en donde el yo ideal se sostiene y refleja en los objetos que consume, ya no en el ideal del yo, el juez pasa a juzgar y demandar cuanto goza cada sujeto.

Los ideales son moldeados por los medios de comunicación, en presencia y gracias además al declive de la función paterna. Debemos notar aquí claramente como un sujeto sin padre ideal, se encuentra desorientado, sin semblantes de autoridad.

Estamos frente a una cultura de la saturación de imágenes y con sujetos desorientados, sin semblantes que regulen el goce, que forman ideales en función de los objetos cambiantes; el mandato es en relación a gozar infatigablemente. Lo vemos claramente en la cultura del zapping, en donde las imágenes presentadas ya sobreestimuladamente, se vuelven además cambiantes a velocidades que llevan al sujeto a la idea de que nada le falta, de que el sujeto puede lograr todo lo que desea, de que frente a ese panóptico regulador puede TENERLO Y VERLO TODO. No hay castración, no hay falta, el deseo ha sido obturado por el goce.

La cultura del zapping no implica solamente la posición pasiva del sujeto frente a este panóptico regulador y su conducta de construir la posibilidad imaginaria de verlo todo, esta cultura crea más bien, la misma conducta con la que el sujeto se conduce frente a la relación con los objetos, totalmente cambiantes, siendo voraces en un instante en su relación hacia ellos, para luego desatenderlos y buscar otros.

No hay necesidad de ponerse a desfilarse para cantar: Somos todos hombres cuantitativos. Todos somos cuantificables y cuantificados. Puede que no nos guste, pero el modo actual, el modo contemporáneo de gestión de la sociedad, pasa por la cuantificación, incluso la hace reinar en exclusiva, puesto que el discurso universal no tiene otras cualidades, otras propiedades que proponernos que dominen el 1 del orden, el 1 que nos vuelve contables y comparables.(MILLER)

¿Por qué llamar a todo esto sociedad líquida? Zygmunt Bauman lo propuso en su explicación de la modernidad, al plantear la figura de cambio que es la sociedad actual, habiendo pasado de una sociedad que ofrecía mayores seguridades al sujeto, a una que presenta desregularización y liberalización de los mercados, en donde la característica es la precariedad de los vínculos humanos ya que los estados que prevalecen son los individualistas y privatizados, que además son volátiles, transitorios.

El amor se vuelve flotante, sin responsabilidad hacia el otro, se reduce al vínculo sin rostro que ofrecen las redes sociales, en donde todo es más fácil porque el sujeto no se enfrenta a la mirada del Otro, lo cual de todas maneras nos sumerge en la duda permanente en relación a que quiere ese Otro de mi y eso es causa, causa de muchos de los síntomas que acompañan esta liquidez.

En resumen, la época hipermoderna, como bien la llamó Lipovetsky, engloba las siguientes características:

- El empuje a la libertad
- La consigna de vigilar y prevenir, en función de la sociedad del miedo.
- La experiencia del tiempo fast.
- La caída de los semblantes.
- Una oferta multiplicada de objetos.
- El reforzamiento del narcisismo.

- Una sociedad asociada con el espectáculo.
- El empuje imparable a la felicidad.
- Pendiente de un panóptico regulador.

Lacan va a ubicar dos coordenadas fundamentales para lo que llamamos nuestra época:

- La ciencia / técnica.
- El capitalismo

Ambas se correlacionan. El capitalismo se nutre de la técnica para producir objetos nuevos, técnicos que al mismo tiempo que se nos ofrecen como objeto que pueden venir a colmar nuestra falta, son objetos que caducan a una velocidad vertiginosa.

El tema de la novedad y de los objetos fácilmente obsoletos, tienen una aceleración vertiginosa, ya Marx hablaba del fetichismo de las mercancías, las que nos dan una fascinación que produce un engaño.

Leyendo a Zygmunt Bauman, en “Amor líquido”, este menciona una historia interesante tomada de Ítalo Calvino, en donde podemos ver reflejada esta posición del sujeto en la actualidad:

Si uno les preguntara a los habitantes de Leonia, una de las ciudades invisibles de Ítalo Calvino, dirían que su pasión es disfrutar de las cosas nuevas y diferentes. De hecho cada mañana

estrenan ropa nueva, extraen de su refrigerador último modelo latas sin abrir, escuchando los últimos jingles que suenan desde una radio de última generación. Pero cada mañana los restos de la Leonia de ayer esperan el camión del basurero, y uno tiene derecho a preguntarse si la verdadera pasión de los leonianos no será, en cambio, “el placer de expulsar, descartar, limpiarse de una impureza recurrente. Si no es así, por qué será que los barrenderos son bienvenidos como ángeles, aun cuando su misión está rodeada de un respetuoso silencio. Es comprensible: una vez que las cosas han sido descartadas, nadie quiere volver a pensar en ellas. (BAUMAN, 2003)

Ahí estamos, descartando objetos y relaciones, en función de la enseñanza del capitalismo que introduce el engaño de que lo que está perdido se podría comprar en el mercado. La ciencia y la técnica generan una nueva modalidad del objeto, objeto señuelo que vendría a colmar ilusoriamente su falta y genera una perturbación de los lazos sociales. Nuestro partenaire es el objeto que se adquiere y esto nos deposita en un engaño que además anula la relación con el Otro.

4.2. El miedo generalizado

Mencionamos la consigna actual de vigilar y prevenir, si bien no impera la asociación con castigar al sujeto, la prevención y la vigilancia en muchas ocasiones anulan la particularidad del sujeto de esta época.

Y estamos en una sociedad que se siente en peligro, los sistemas de seguridad que protegían al individuo se han debilitado, la incertidumbre generaliza las relaciones, lo cambiante de los objetos deja al sujeto enfrentado al desamparo nuevamente. Vimos ya como la incertidumbre genera pánico y es este el que caracteriza además a un sujeto que en la carrera del éxito se enfrenta al desarraigo y al olvido afectivo. Lo cambiante que explicamos en relación a los objetos y las relaciones, hace que el individuo deba estar dispuesto permanentemente a cambiar tácticas, a abandonar compromisos y lealtades.

Además, frente a todas estas presiones es mejor no hablar y eso deposita al sujeto en el silencio y en las manifestaciones que este empieza a buscar para expresar un malestar.

4.3. Las tendencias frente al consumo de objetos y la desubjetivización del sujeto

En una sociedad en donde lo que rige es la rapidez, el tiempo fast y la orden frente a la eficacia, la posición frente al consumo se convierte en un plus de goce, la multiplicidad de los objetos ofrecidos viene en pro de la búsqueda de rechazar la dimensión del deseo inconsciente y del amor como encuentro con el Otro; los objetos se vuelven cambiantes como modos de anclaje para un goce que, sin referentes simbólicos identificatorios, ha quedado a la deriva.

Pero, paradójicamente, esta oferta múltiple de objetos sustituye lo mas singular del goce de cada cual o lo transforma en una cuestión meramente cuantitativa. Ya no se trata de cómo goza cada uno sino de cuánto goza en relación a la presencia o no de esos objetos, gadgets, objetos tecnológicos diversos. Nos dice Alejandra Eidelberg en *“El ADHD: Un malestar de la época”*.

Hoy hay un acento fuerte puesto en lo informativo, que muchas veces se trasluce en un saber vacío dado por una excesiva cantidad de datos, que de la misma manera que los objetos son cambiantes y diversos. Se da una saturación en relación al consumo que va de la mano de la gran cantidad de imágenes que llenan la era posmoderna, se “consumen” imágenes instantáneas, que agotan y producen la amnesia histórica del sujeto.

La excesiva variación impide al sujeto historizarse y proyectarse, crear lazos identificatorios. *“Lo decorativo del posmodernismo – desconectado de toda aproximación a lo real – ha suplantado a lo sublime del modernismo”* (JAMESON. 2002)

Y es que quizá debemos tomar en cuenta algo muy significativo ya dicho por Freud, quien definía a la pulsión como concepto límite entre el cuerpo y el psiquismo. A un instinto determinado, como el de nutrición le corresponde directamente un objeto: alimento. Mientras que a la pulsión no, puede ser satisfecha con cualquier objeto: comer nada, gustos particulares, fantasear que se saborea tal o cual comida, desplazar esa

necesidad a otra cosa, etc. En ese sentido la pulsión no tiene algo predeterminado que la satisfaga.

Una de las manifestaciones de ello, se refiere a la felicidad; ésta es buscada a partir de ciertos criterios sociales y personales: finalmente la felicidad depende de quién la vea; y es incompleta, lo que posibilita seguir en su búsqueda. Aunque en nuestra era posmoderna, esta idea es incomprensible, ya que mas bien hay un mandato frente a la obtención de la felicidad.

Si consideramos a la pulsión como el equivalente en el humano, del instinto en los animales, con la diferencia, que la pulsión siempre es variable y modificable; que puede satisfacerse de múltiples maneras; podemos entender más cabalmente la subjetividad humana y sus manifestaciones. Mientras que los animales poseen un hábitat natural, el ser humano es al mismo tiempo productor y producto de la cultura; está sujeto a lo que ella ofrezca, y para ello, crea relaciones, instituciones, leyes, lugares donde vivir, diversiones, “necesidades”, trabajos, profesiones, conocimiento, arte, modas, status, galardones, problemas, conflictos, éxitos, creencias...¡DESEOS!, hasta encontrarse finalmente con la muerte.

La era hipermoderna entonces, cae en el juego pulsional, de buscar una satisfacción, pero mas allá de eso, la satisfacción esta en el orden del goce. La cultura sobre ofrece y sin

la mediación del tiempo, caemos en: lo quiero – lo tengo. Podemos notar la posición que representa el consumo en el sujeto posmoderno; ahora bien, si el consumo responde a la voracidad de conexión con la multiplicidad de objetos sobre ofrecidos, de la misma manera responde a los mecanismos que la era necesita, como son los de control y cuantificación.

4.4. Los Mecanismos de control y cuantificación

El sociólogo estadounidense contemporáneo G. Ritzer hace una descripción del proceso de racionalización de la sociedad de consumo actual que sigue la misma línea del vaticinio weberiano¹, puntualizando los siguientes rasgos que funcionan como leyes:

- La eficacia: ligada a la rapidez en la obtención de los fines gracias a una adecuada selección de los medios, produciéndose a veces una “comprensión del tiempo” convertido en urgencia.
- La calculabilidad: todo producto debe ser sometido a cálculo, debe ser contable.
- La predictibilidad: todo debe ser predecible, se anula la sorpresa de la contingencia, del acontecimiento o, mejor dicho, el acontecimiento mismo.
- El control: instrumentado muchas veces por la sustitución de recursos humanos por la tecnología no humana, eliminándose así la categoría de lo imprevisible propia del parlante.

¹ “El desencanto caracteriza a la sociedad posmoderna. El capitalismo socavó todo encanto del mundo, convirtiéndolo en una jaula de hierro en donde la vida transcurre como un cuento vaciado de todo significado y sentido, regido por la racionalización burocrática y las leyes del mercado”. Max Weber

- La esterilización: la basura es eficazmente eliminada; no hay restos impuros en esta sociedad racionalmente higienizada.
- También podría agregarse la evaluación: parece que hoy no se puede hablar de resultados exitosos en ningún área si estos no son evaluables objetivamente, cuantitativamente.

En pro de estas reglas o rasgos de la sociedad actual, los mecanismos globalizantes encierran al sujeto en una posición de encantamiento, reduciendo la eficacia justamente a su posición de consumidor donde no hay decisión responsable posible de cómo se elige gozar; y aquí inclusive el encanto del consumir se anuda a la posibilidad de no sufrir, de poder tachar cualquier brecha que cause malestar y que desarmonice con los mecanismos de eficacia de la época.

4.5. Las tendencias del mercado al mercado psicofarmacológico y las evaluaciones

Ya la queja, o el sufrimiento no quieren ser escuchados, frente a una oferta más interesante y eficaz que va en función del consumo y de los avances tecnológicos y de la ciencia. Los síntomas se silencian con la multiplicidad de medicamentos que se pueden encontrar en el supermercado, gracias a que con ellos ya no hay pregunta sobre el sufrir y

el síntoma se elimina rápidamente, alejando además al sujeto de toda responsabilidad sobre el mismo. Como plantea Eric Laurent:

...el ritmo acelerado de la ciencia ha desplazado a todos los significantes como que antes daban un marco político-ético a la conducta del ser parlante. La ciencia ha vulnerado todos los valores considerados tradicionales de la mano del discurso capitalista. (LAURENT.)

Las soluciones psicofarmacológicas, eficaces, calculables, predecibles, evaluables, contables, las soluciones de las terapias cognitivistas y neo-conductistas, anulan la pregunta del por qué y la reemplazan por las soluciones del cómo. Se convierten entonces en el nuevo ofrecimiento del mandato a ser feliz, callemos el barullo con la pastilla mágica de la desobjetivización, la que además apoya al mercado farmacológico, a la posición de consumo de la época y a la multiplicidad de objetos cambiantes ofrecidos al sujeto posmoderno.

Es interesante en este sentido inclusive, escuchar el discurso psiquiátrico frente a los medicamentos precisamente; los defensores del medicamento se vanaglorian de que con el habían devuelto la humanidad a los manicomios. Hasta entonces, los enfermos estaban vigilados por carceleros que los trataban con brutalidad; pero desde la aparición o el “maravilloso” descubrimiento científico de los psicofármacos, los terapeutas podían ver la

humanidad en sus pacientes y hablar con ellos. El nivel de ruido en los manicomios había descendido.

Sin embargo, con la llegada de la anti psiquiatría se alegó que las camisas de fuerza tradicionales habían sido simplemente reemplazadas por camisas de fuerza químicas, por la “camisola” química. Sin duda se había conseguido el silencio tras los muros de los psiquiátricos, pero era el silencio de los cementerios. ¿Qué estaba sucediendo? Se había iniciado una revolución que descansaba en gran parte en las nuevas drogas y en la interacción entre dichas drogas y el orden social del contexto en el que vivían los enfermos. Las drogas habían desempeñado, o habían amenazado con desempeñar, un gran papel en el cambio del orden social.

Pero nos deja mucho que pensar el hecho de que, los mismos laboratorios y tubos de ensayo que habían producido la clorpromazina (droga de la que hablamos en el párrafo anterior en relación al manejo en los hospitales psiquiátricos), también produjeron el LSD, las sustancias psicodélicas, el vólum, las benzodiacepinas y otras drogas. Ninguna de ellas devolvía a los individuos a su lugar en el orden social; bien al contrario, eran drogas que poseían el potencial de alterar dicho orden.

Entonces la psicofarmacología se enfrentó con un problema político: cómo distinguir las drogas que lo subvertían. Y se tomó la decisión de considerar que cualquier droga que

subvirtiera el orden social era problemática y adictiva. Esa decisión más política que científica, provocó una crisis años más tarde cuando se hizo pública la dependencia física a las benzodiazepinas. Aquello provocó una crisis extraordinaria que condujo a la marginación de los ansiolíticos e incluso al propio concepto de ansiolisis. En 1990, médicos británicos y de otros países afirmaron que las benzodiazepinas eran más adictivas que la heroína y la cocaína.

Puede que el caso provoque una sonrisa indulgente, pero las consecuencias no pudieron ser más profundas. Como ejemplo, se puede observar el caso de Japón, donde no se produjo crisis alguna con las benzodiazepinas. En el país asiático, el concepto de los ansiolíticos sigue siendo respetable y su mercado es mayor que el de los antidepresivos. En Japón no se vende SSRI ni Prozac para tratar la depresión. La “era de la depresión” que hemos vivido en Occidente durante la década de los 90 se ha basado en cuestiones políticas y económicas, sin demasiada relación con hechos clínicos. En la cultura popular, se ha cambiado la llamada “palabrería pseudosicológica freudiana” por una nueva “biopalabrería” sobre niveles bajos de serotonina y asuntos similares.

Podemos quedarnos con la idea, frente a esta era del consumo, que nuestra forma de goberarnos ha cambiado y de que la psiquiatría y con ella la psicofarmacología, ha pasado a formar parte del “nuevo orden” de gobierno.

Y es que inclusive frente a este discurso psiquiátrico y anti psiquiátrico, estos fueron borrados del mapa y reemplazados por una nueva psiquiatría de las corporaciones. El propio Galbraith (psiquiatra de gran importancia en este trasfondo psicofarmacológico) ha denunciado que ya no tenemos mercados libres, sino que las empresas parten de lo que quieren vender y acto seguido preparan el mercado para que consumamos esos productos. Si funciona con los automóviles, con la gasolina y con todo lo demás, ¿por qué no iba a funcionar con la psiquiatría?

Entonces, la obligación de la prescripción médica convierte al mercado de la psiquiatría en un mercado más fácil de manipular que otros. En términos comparativos, las empresas tienen que convencer a muchas menos personas. Dentro de la propia psiquiatría, hay dos factores que han facilitado el proceso. Uno de ellos fue la aparición de la “gran ciencia”, con un nuevo lenguaje, donde empresas y médicos comparten los mismos intereses; ya lejos de ser una ciencia pensada en función del interés de los pacientes, ha conducido a la utilización de dosis gigantescas de psicofármacos. Hemos entrado en una era en donde los pacientes dependen de sus médicos de una nueva manera – son dependientes de la confianza que pueden tener en ellos y en donde los conflictos de intereses se vuelven un problema mayor.

El segundo factor procede de personajes como René Descartes y Blaise Pascal, entre otros, que fueron responsables del desarrollo de la teoría de la probabilidad y de la

estadística. El proceso comenzó en el siglo XVIII cuando se empezaron a trazar mapas no de la Tierra, sino de las personas, que llevaron a la recuperación del concepto de democracia supuestamente, a la creación de las ciencias sociales y de la epidemiología, y a un movimiento moral en la psiquiatría y la medicina. Las mismas fuerzas condujeron a finales del siglo XIX a los primeros intentos por registrar las características humanas: nuestras actitudes, capacidades, personalidad e inteligencia. Técnicas como la escala de los test de inteligencia llevaron a la creación de nuevos conceptos, normas y desviaciones de las normas, y los psicólogos ocuparon un lugar en el sistema educativo, en el sistema legal y en nuestro propio gobierno.

Sin embargo, todo ello no implicaba únicamente la sustitución de la teología y la filosofía (las ciencias cualitativas) por una nueva gama de ciencias cuantitativas. Las nuevas estadísticas establecieron algo más: un mercado, con sus riesgos y sus perspectivas. Empezábamos a convertirnos en una sociedad de riesgo. En el caso de los test de inteligencia, las desviaciones de la norma pasaron a utilizarse como dato para prever problemas futuros. Por ejemplo, los padres comenzaron a solicitar los servicios de los psicólogos para mejorar el porvenir de sus hijos. Y se estableció la forma en la que nos gobernaríamos en el futuro: a través del mercado. Y es que el mercado y sus productos de consumo se vuelven la fórmula exacta frente al mandato de gozar de la era hipermoderna.

Los psicotrópicos entraron de formas muy distintas en el nuevo mercado, sin tratar la enfermedad sino más bien con la función de gestionar riesgos. Vivimos en una época que se describe popularmente como la era de “la medicina basada en las pruebas” El desarrollo de la teoría de la probabilidad dio origen a los “estudios clínicos”.

Pero, si nuestras drogas fueran realmente eficaces, no tendríamos un porcentaje tres veces superior de internados que en el pasado, ni la relación de admisiones y camas ocupadas para tratar depresiones y otros desórdenes sería quince veces mayor. No se trata de que nuestros métodos de demostración clínica sean inadecuados: hay profesores de psiquiatría que están en la cárcel por inventarse a los pacientes. Un porcentaje significativo de la literatura científica es pura invención. Gran cantidad de estudios clínicos no llegan a conocerse si los resultados son inconvenientes para las empresas que patrocinan las investigaciones.²Partes de los planes de desarrollo de mercado de muchas drogas incluyen la formación de grupos de pacientes, para que presionen a favor del nuevo tratamiento.

Las escalas de evaluación forman parte de la práctica clínica y de las pruebas psiquiátricas desde hace tanto tiempo que observar los aspectos revolucionarios de lo sucedido resulta difícil. Actualmente, se utilizan con gran profusión desde los colegios todo tipo de situaciones vitales. Cuantificamos aspectos del comportamiento sexual, del

² Datos en su mayoría tomados de la traducción de la conferencia dictada por el psiquiatra y psicofarmacólogo, David Healy, profesor en la Universidad de Gales (Gran Bretaña), el 30 de Noviembre del 2000, bajo el título: “Psicofarmacología y dominación del ego”

comportamiento de los niños y de todo tipo de cuestiones que nunca habíamos cuantificado.

Donde antes existía una rica variedad vital, ahora los alumnos de nuestras escuelas se encuentran sometidos a todo tipo de normas. Y si las transgreden, sugerimos que hay cosas que los padres pueden hacer para que los jóvenes vuelvan a comportarse de forma apropiada. Cosas para minimizar los riesgos en el futuro de nuestros hijos. Cosas que, tal y como sucede con los datos de los test de inteligencia, pretenden generalizarse a toda la población, olvidando el uno a uno.

Los datos sobre los efectos de los tratamientos, obtenidos a partir de las escalas de evaluación utilizadas en nuestros estudios clínicos, han creado un nuevo mercado. Pensemos que estamos medicando a niños de 1 a 4 años con Prozac y Ritalin y comprenderemos que no estamos tratando enfermedades. La explosión del uso de las drogas con menores es una manifestación de la fuerza que crea los mercados, que sostiene el desarrollo de los mercados de las empresas farmacéuticas y de otros ramos. Los efectos de tratamientos obtenidos en estudios clínicos se toman como si fueran conclusiones que se pueden aplicar a toda la comunidad: se utilizan para afirmar que esos agentes conseguirán que los niños se mantengan dentro de las normas establecidas que minimizarán futuros riesgos. Y, a fin de cuentas, ¿qué padre no quiere evitar riesgos a sus hijos?, ¿mas aún tras la búsqueda obligatoria de la felicidad que promulga la época?

¿Entonces hay una epidemia de los nuevos síntomas de la época: Adhd, Ataque de Pánico, Depresión, etc., o hay una necesidad de responder a la demanda de control y de consumo de la innumerable producción farmacéutica que propone el avance de la ciencia?

4.6. ¿Hiperdiagnóstico o Histerización de los síntomas actuales?

“Ir al fondo de lo desconocido para allí encontrar algo nuevo” nos dice Jacques – Allan Miller citando a Baudelaire, reconociendo que esa es la historia de cada análisis.

Volveremos sobre esa frase después, en la medida que justamente la podemos enganchar con dos posiciones divergentes que encontraremos en esta propuesta, pero primeramente una de dichas posiciones, nos refiere a la pregunta “¿hiperdiagnóstico?”.

Nos encontramos en la actualidad con un despliegue de rótulos que caen sobre el sujeto: ADHD, violencia social, toxicomanía y adicciones, anorexia y bulimia, depresión, fatiga crónica o estrés, ataque de pánico, transformaciones y/o automutilaciones del cuerpo, tendencias compulsivas, sexualidad virtual perversa, etc., todos rótulos que dirigen al sujeto posmoderno a un nombre.

Reconocer el síntoma hoy está emparentado con lo que Lacan llamaba la “*operación salvaje del síntoma*” yendo a contramano de la vertiente simbólica del síntoma como mensaje. El síntoma en estado salvaje es el que no pide nada pues es “*fijación de goce*”. La opacidad que lo caracteriza es la opacidad del goce respecto al sentido; esta opacidad de la libido se escapa por fuera de los toneles del Padre, de una manera totalmente diferente a la de los síntomas neuróticos clásicos descritos por Freud. Diciendo esto leemos al psicoanalista argentino Mauricio Tarrab y él se plantea si será posible “*empalmar al Otro ese goce autístico de la repetición, allí donde el Otro está justamente en cuestión*”, y concluye:

*Creo, a pesar de todo, que en esa disparidad, en esa heterogeneidad que constituyen los nuevos síntomas, se puede verificar una serie: al lado del ascenso de la angustia y de la caída de la culpabilidad, proliferan las variadas formas modernas de la manía y de las urgencias del *no pienso*, junto a la cada vez más popularizada inercia de la depresión y la fatal increencia en el síntoma. En esa disparidad se ve un hilo en común, el rechazo del inconsciente y el esfuerzo por eludir la mal- dicción del sexo. (TARRAN.2003)*

Otro denominador común de los síntomas actuales es su carácter epidémico, y he aquí la mención de hiperdiagnóstico. Pero no se trata de entender a estos nuevos síntomas como enfermedades contagiosas, esto no sería posible, se trata de entender el carácter extensivo de estos malestares por la función que cumplen en el tipo de lazo social que el sujeto contemporáneo puede hoy sostener con el Otro.

El sujeto contemporáneo a falta de identificaciones sostenidas por el Ideal, encuentra la solución a ese vacío en una marca que lo agrupa y que le da una identidad basada en el tipo de goce, más aún si reconocemos que el síntoma más allá de una metáfora también es una forma de gozar y esta es utilizada entonces para un nuevo proceso de encuentro que usa como recurso el quedarse con los iguales, haciéndose entonces “ser con su marca”.

Recordemos cómo el estadio del espejo fue la primera intervención de Lacan en el campo del psicoanálisis, con la observación del interés lúdico de los niños por la observación de su imagen en el espejo se empezó a reconocer, como dirían algunos neurólogos de la época, que el niño nace con desamparo.

Este desamparo expone al niño frente al espejo a quedar atrapado – fascinado por su imagen, una imagen que no es la suya porque no se siente según la ve, se siente en cambio fragmentado, incompleto. Pero la imagen que se le devuelve en el espejo es completa, se ve completo y se reconoce con un “ese soy yo”, ese otro completo, he aquí una primera alienación a la imagen del otro que la da una ilusión de completud que supone al sujeto dueño de la imagen.

Mencionó esto en función de que inclusive en ese reconocimiento de a – a', actúa el Otro en el discurso del reconocimiento, es el Otro el que dice en un primer momento “ese que está allí eres tú”, y frente a los síntomas hiperdiagnósticos e inclusive buscados por el sujeto como nombre, actúa un Otro social que empuja a la calculabilidad, a la predictibilidad y a la posibilidad de control que la época necesita.

La calculabilidad (todo producto debe ser sometido a cálculo, debe ser contable), la predictibilidad (todo debe ser predecible, se anula la sorpresa de la contingencia, del acontecimiento o, mejor dicho, el acontecimiento mismo) y el control (instrumentado muchas veces por la sustitución de recursos humanos por tecnología no humana, eliminándose así la categoría de lo imprevisible propia del ser parlante) son características que el sociólogo estadounidense G. Ritzer hace del proceso de racionalización contemporáneo; características que en los diagnósticos actuales anula cualquier rastro de subjetividad que escape al dominio eficaz de lo racional predecible, controlable, evaluable y calculable.

Esos semblantes engañan sobre lo real, en tanto no lo toman en cuenta, mientras se instauran las marcas de la globalización en las políticas estatales de educación y salud pública, en una época atravesada por la mercantilización de la vida. En conformidad con ello, las tecnociencias prometen, en relación con el malvivir, un saber sin fisuras, basado en la clasificación del trastorno. La atribución de una etiología orgánica y el tratamiento farmacológico, pretenden taponar la forclusión de la subjetividad y de lo real que insiste. La no

disyunción entre saber y poder es propia de una sociedad de control que se sirve de evaluaciones, acreditación y clasificaciones en la lógica del bienestar para todo individuo. (GIRALDO.2006)

Nos topamos con el sentido ¿o el sin sentido? del hiperdiagnóstico. Pero frente a esta puesta en marcha de “nombres” que anulan la posibilidad de pregunta, la propuesta del psicoanálisis va a conectarse con la frase citada por Miller y que mencioné al inicio de esta propuesta: “*Ir al fondo de lo desconocido para allí encontrar algo nuevo*”, ir al fondo, lo que no se trata solamente de profundizar, se trata mas que nada de abrir los sentidos del síntoma, los falsos sentidos, los que se apoyan en los ideales, los que pueden caer y dejar lugar a la raíz del síntoma que alcanza lo real y que conserva un sentido incluso allí.

Pero el sujeto posmoderno refuerza su resistencia a prestarse a dispositivos terapéuticos que impliquen una dirección al Otro, quiere evitar dispositivos como el psicoanálisis que se basa en un vínculo transferencial en que surge la posibilidad de encontrar un valor de sentido al malestar que se padece, valor de sentido que puede atravesar el valor de goce que el Otro social hoy demanda.

“Soy, no pienso” describe Lacan en su seminario 15, y es la descripción del sujeto posmoderno anclado en la felicidad del nombre de su diagnóstico. El giro del psicoanálisis llevará al sujeto a un lugar donde hay un Otro que escucha, para lo cual esto se anuda a un saber y a un sentido.

Agarramos la histerización en el lugar donde promovemos la existencia de una dirección hacia un Otro y allí el sujeto se vuelve capaz de enlazarse con el deseo del Otro, característica del síntoma histérico y por eso abierto a la interpretación en la medida que deja paso libre a procesos de significación.

Hay un empuje a reconocer el cuerpo en el síntoma, ha reconocer en esto la fragmentación propia del cuerpo y por ende la falta estructural, el análisis debe producir ese pasaje del cuerpo completo – completamente olvidado en lo imaginario – al cuerpo funcionalmente fragmentado, pero capaz entonces de llegar por la senda propiamente analítica a la juntura de lo simbólico con lo real, de mostrar el surco conversivo que reconduce el significante al borde pulsional del cuerpo, nos dice Gabriel Lombardi en su artículo “La relación del neurótico obsesivo con su cuerpo”.

Con una propuesta de histerización, el cuerpo se aleja de la invasión del significante que lo anuda a un goce sin freno, porque el cuerpo histérico es un escudo contra la invasión del significante, el síntoma histérico interpone un S2 dando sentido al sin sentido de la desobjetivación.

Reconocer la existencia del deseo del Otro como la conexión que surge en la histeria con ese deseo y la pregunta que esto genera, nos lo dice Eric Laurent en el texto “Desangustiar”: “estamos angustiados cuando no sabemos lo que el Otro quiere de nosotros. Es en ese sentido que la angustia no es sin objeto. La presencia del Otro como tal es la causa”, pero la causa también de una pregunta sobre el ser.

El psicoanálisis impone responder desde el no – todo, implica hacer existir otro que avala el goce, pero un goce vivificante que genera una dirección y una pregunta, implica hacer existir un Otro que no demanda gozar sin freno y luego calificar en el nombre del diagnóstico, sino que mas bien le permita hallar un límite a la experimentación del goce mortificante, hallando un goce para vivificar el cuerpo al reconocer además al cuerpo histérico como una manera de sentido.

“El sujeto se suele resistir a esta metamorfosis, se resiste a sustituir el valor del goce de su práctica por un valor de sentido que le ofrece la práctica analítica. La cuestión clínica gira en torno a este punto: si se puede sustituir el valor del goce por el valor de sentido”
(MILLER.1998)

La marcada diferencia de la histerización del síntoma en el psicoanálisis va de la mano de la diferencia propuesta inclusive en la diferencia con el discurso psiquiátrico entre el “síntoma” que habla y del que se habla en un análisis, que implica una responsabilidad

subjetiva, y el trastorno que diagnóstica la ciencia que implica, inclusive según la conceptualización dada por la Real Academia de la Lengua, en donde trastorno, asociado al estado mental, es: “ *Estado mental de quien no es responsable de sus actos; puede ser permanente o transitorio*”

Planteamos una posición entonces quizá frente a la política del síntoma en psicoanálisis y en psiquiatría.

Capítulo 5

El síntoma y la cura

5.1. Política del Síntoma en Psicoanálisis

*“...el hombre por naturaleza, es animal político o civil,
y que el hombre que no vive en la ciudad, esto es,
errante y sin ley, o es mal hombre o es más que hombre...”*

(ARISTOTELES)

*“...sólo el hombre tiene uso de razón y de lenguaje.
Porque a la vez es indicio de la pena o deleite que se siente...
Mas el lenguaje es para demostrar lo que es provechoso
y lo que es perjudicial, y, por la misma razón,
lo que es justo e injusto”*

(ARISTOTELES)

Inicio esta propuesta con estas citas de Aristóteles en función de: por un lado dar cuenta que si el hombre es por esencia un animal político, toda aquella actividad que lo involucre, tendrá su política específica, y por otro lado que la política con la que el psicoanálisis intervendrá frente al síntoma, va a ir de la mano del reconocimiento de que el lenguaje pertenece al hombre y que es el digno representante de la pena o el deleite de lo que siente y más allá.

Luego de aclarado esto, vamos a centrarnos en el tema que ha ocupado este trabajo: el denominado “ataque de pánico” según los manuales psiquiátricos como el DSM IV, trabajado desde mucho mas atrás como “angustia “por el psicoanálisis.

El síntoma para el psicoanálisis es una defensa que se construye ante el exceso de goce traumático en sí mismo, o ante la inminencia de este cuyo correlato es la angustia, la misma que es un estado afectivo displacentero que tiene un rasgo especial y que no es fácil de determinar, en ella hay la aparición de sensaciones físicas con aumento de excitación que tiene sentido creciente, lo cual le adjudica ese carácter de displacer. Esa excitación en crecimiento necesita actos de descarga y esto generalmente toma respuestas motoras y es lo que en nuestra época post – moderna, se le llama “ataque de pánico”.

Pero, no debemos confundir la angustia con un síntoma, (cuestión que se hace en el DSM – IV), lo que el psicoanálisis planteará más bien frente a ella, será tomar el camino de sintomatizar la angustia ya que esta no es ninguna situación, sino una señal o un desborde frente al que no se puede decir nada, escapa a la significación.

¿Por qué sintomatizarla? El por qué ya nos indica una política específica y distinta de otras ciencias en donde se pretende más bien la eliminación del síntoma que aqueja al sujeto y en esta eliminación basan el éxito o el fracaso de un tratamiento.

Una clara diferencia se marca entonces cuando Lacan nos dice más bien, que el síntoma no es algo que se cura, sino que el sujeto se identifica con él y aprende a saber - hacer con él.

Pasamos entonces de la señal de la angustia a la transformación en síntoma, bajo la premisa que Freud aportó al decir que los síntomas tienen un sentido y que sólo se interpretan correctamente – correctamente quiere decir que el sujeto deje caer algunos de sus cabos – en función de sus primeras experiencias. Y el decir que los síntomas tienen un sentido – sentido que le da el lenguaje – nos indica cómo hay que escuchar la “particularidad de un caso”, escuchar esos sentidos que cruzan al sujeto del inconsciente.

Si aquello de lo que hablamos es verdadero, si efectivamente se cristaliza en una etapa precoz para el niño lo que cabe llamar por su nombre, a saber los síntomas, si la época de la infancia es efectivamente decisiva en ello, ¿cómo no relacionar este hecho con el modo en que analizamos los sueños y los actos fallidos? (LACAN.1988)

Nos dice Lacan que esto es de Freud, pero nos dice también, que esto prueba que igualmente ahí Freud debió percatarse que el enunciado de un acto fallido sólo adquiere valor por las explicaciones de un sujeto. ¿Cómo interpretar un acto fallido?, solamente bajo lo que el sujeto nos dice al respecto, con lo que el sujeto da cuenta en su discurso, en el despliegue de sus significantes. El simbolismo del inconsciente es del mismo tipo, los

sueños son sueños relatados, solo en el proceso en donde el analizante habla de ellos se lee lo que Freud llama su sentido.

El concepto vulgar de síntoma parece remitir históricamente a la idea de una patología y de un saber. No podemos obviar el hecho de que la nosografía clínica se funda y avanza a través de la mirada de un Cuerpo – de – signos. Aquí se presenta, para el psicoanálisis, la primera antinomia: situación que podríamos definir, con Lacan, de “*falla – epistemosomática*” (PEREZ 2005), falla que soporta la dimensión de un cuerpo concebido en dos diferentes modalidades: la biológica (un cuerpo de órganos) y la erógena (un cuerpo de goce).

Pero hablar de patología para el psicoanálisis no es más que hablar de la vida cotidiana y hablar de saber es en relación a un saber distinto al del médico quien instala este saber de su lado, como consecuencia de un estudio teórico/práctico que podríamos definir como ciencia, pero que corre el riesgo del olvido del sujeto en pro de la clasificación y la rotulación.

En Psicoanálisis, el saber es un espacio de subjetividad único que está del lado del sujeto analizante, por lo que su jerga no debe ser eliminada, debe ser más bien escuchada, “*la plática de la farfulla*” la llamaba Lacan. Roberto Harari describe muy bien esta situación resumiéndola así:

En psicoanálisis, tal como lo enseña la experiencia de la cura, no se trata del discurso, ni del habla, ni de la palabra, ni de la lengua, ni del lenguaje en tanto estructurado, ni del objetivo de relatar, ni de formar, ni del participar, ni del actualizar, ni del de proseguir, ni – menos aún – del de descargar. ¿De qué se trata, entonces? De ponderar en toda su magnitud cómo lo que sucede de relevante en el hablante del analizante involucra sus palabras quebradas y entrecortadas, sus interferencias, sus vacilaciones, sus equivocaciones – que no son errores -, sus dudas, sus confusiones, sus detenciones a mitad del camino, sus tartajeos, sus tartamudeos, su trastrabarse, sus farfulleos, sus tropiezos, sus torpezas, sus murmullos, sus musitaciones, sus atoramientos, sus gritos, sus suspiros, sus contradicciones flagrantes mas desapercibidas, sus inconsistencias entre distintos dichos o entre dichos y actos, la cadencia musicalizada de tales dichos, el contrapunto llevado a cabo de esa forma, las musiquillas tarareadas de manera queda en el momento del saludo inicial, la modulación de sus quejas, el timbre de sus enunciados, sus olvidos, sus recuerdos en apariencia inmotivados pero recurrentes, sus creencias erigidas como verdades colectivas e incuestionables, en fin lo “burdo” de lo que está a punto de enunciar.

El saber del síntoma no está en ningún otro lado que en el sujeto mismo, saber que trae para ser escuchado y enunciado, dando cuenta como es de eso que se ha llamado burdo es de lo que el síntoma se ha nutrido y sigue nutriéndose para abastecer su gordura de goce, y dando cuenta como el síntoma analítico es, pues, un síntoma hablado o escrito en el cuerpo que sufre y que sólo es posible entrar en su recorrido con la presencia del analista, en transferencia, con lo que lejos de pretender la curación del sujeto con el furor curandis médico, crea una neoformación; un nuevo síntoma que forma parte del constructo entre

analista y analizante; por lo que podemos decir que para el psicoanálisis el síntoma se da en la clínica y es esta la respuesta a la pregunta sobre sintomatizar la angustia.

Hay que entender entonces al síntoma como un símbolo mnémico, un sustituto ligado al lenguaje por ende poseedor de una dimensión significante; hay que entender también que el síntoma produce una satisfacción pulsional y por lo tanto implica una parte de goce. Pero esta parte es un real del que sujeto nada quiere saber, es justamente lo que lo divide.

Si nos conectamos con lo que nos ocupa, la política del psicoanálisis frente al llamado ataque de pánico o mejor ya reconocido como “angustia”, damos cuenta que en transferencia aceptamos lo que Lacan nos dijo en el seminario XX: “...*las pulsiones son el eco de que en el cuerpo hay un decir*”, y un decir que quiere estar reprimido pero que se escapa dejando ver la falla del saber, para lo que Lacan nos dirá también: “*el síntoma representa el retorno de la verdad en la falla de un saber*”.

El cuerpo habla, en él hay un decir que en las manifestaciones que mencionamos se producen en la angustia, damos cuenta de un decir que quiere escapar de la represión siendo el síntoma su metáfora, con lo que damos cuenta, otra vez, como aparece la necesidad de hablar del síntoma como una estructura del lenguaje.

Pero esa palabra que al sujeto sorprende, que lo descentra, que lo mueve de su eje, esa palabra plena que hace que su único acto logrado sea el fallido, es descifrada en transferencia. Cuando el sujeto en análisis comete un equívoco o un lapsus, está haciendo uso de sus defensas yoicas al nombrar aquello que cree que no sabe o que prefiere no saber. Hablaremos ahí de un saber – no – sabido, un saber ignorado que excede al sujeto en su decir y lo convoca a hablar de lo que no quería y que quizá deseaba.

Es importante entonces entender que, a diferencia del síntoma médico, la concepción psicoanalítica del síntoma tiene que ver con una “formación de compromiso”, o escuchando a Lacan sabemos que “no hay relación más que ahí donde hay síntoma” y si pensamos que la relación sexual no existe; entonces parecería prudente darle al síntoma el estatuto lógico – y ético – que le corresponde: si el sujeto tanto se aferra a él, es porque, además de la porción de goce que conlleva la adherencia, le permite existir en la singularidad de su Ser; y es esta singularidad la que va a ser la política con la que el psicoanálisis trabajará la angustia. Por eso en su último modelo de síntoma, Lacan utilizará la conocida fórmula de unión entre el symptome, el saint homme y Santo Tomás: **el sinthome.**

Enunciando todo esto, damos un estatuto ético a lo inconsciente, al síntoma y, por ende, a la clínica psicoanalítica.

5.2. Descripción de la sintomática en el DSM - IV

El ataque de pánico es una categoría diagnóstica incluida por la Asociación Americana de Psiquiatras en 1980 en el Manual de Desórdenes Mentales; pero, habiendo planteado inclusive la OMS en 1997, que el planeta asiste a una “catástrofe epidemiológica”, en donde el 12 % de las causas de enfermedad son los desordenes mentales.

El discurso de la psiquiatría es un discurso básicamente médico, es positivista, experimentalista, cognitivista y pragmático. La eficiencia en el cierre de síntomas es su objetivo. El cuerpo es un organismo al cual hay que curar eficiente y lógicamente de acuerdo al pensamiento único de sus propios manuales.

La psiquiatría, dedicada al estudio y tratamiento de las afecciones mentales, especialmente se orienta a investigar los determinantes biológicos de la enfermedad; el tratamiento contempla tanto la administración de psicofármacos como la indicación de psicoterapia que generalmente se realiza desde la psicología. La psiquiatría entonces nos dice:

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:

1. *Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.*

2. *Sudoración.*
3. *Temblores o sacudidas.*
4. *Sensación de ahogo o falta de aliento*
5. *Sensación de atragantarse*
6. *Opresión de malestar torácico*
7. *Náuseas o molestias abdominales*
8. *Inestabilidad, mareo o desmayo*
9. *Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)*
10. *Miedo a perder el control o volverse loco*
11. *Miedo a morir*
12. *Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)*
13. *Escalofríos o sofocaciones*

Para un criterio diagnóstico se basan en:

- A. *Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.*
- B. *La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.*
- C. *La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.*
- D. *La(s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.*

- E. *Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la situación temida, interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.*
- F. *En los menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.*
- G. *La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo – compulsivo (p.ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p.ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p.ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p.ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastornos de angustia.*

Los tratamientos que se proceden al diagnosticar este cuadro dentro de las propuestas psiquiátricas, van de la mano de medicación, siendo los medicamentos más utilizados, los ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivos, etc. Las familias de medicamentos que se emplean en el tratamiento de este trastorno son:

- Antidepresivos tricíclicos (TCAS)
- Otros antidepresivos cíclicos
- Agentes bloqueadores de la recaptación de serotonina
- Benzodiacepinas
- Inhibidores de Moniamina Oxidasa.

- Beta – Bloqueadores.
- Otros tranquilizantes
- H. Anticonvulsivos

Según la Academia Estadounidense de Médicos de Familia existen varios medicamentos que pueden disminuir la intensidad de los ataques de pánico o finalizarlos.

Conclusiones

Capítulo 1:

1.1. La psiquiatría y el psicoanálisis se separan

- 1.1.1. Las respuestas que ambas ciencias dan a los cuadros psíquicos con los que trabajan, no son explicadas de la misma manera, ni dando jerarquía a los mismos factores.
- 1.1.2. Ambas ciencias tienen un propósito frente al malestar del sujeto.
- 1.1.3. El psicoanálisis de la mano de Freud nace de la medicina en pro de la búsqueda de un tratamiento para las neurosis, especialmente con el estudio de la histeria, y es aquí donde Freud se topa con las limitaciones de un tratamiento exclusivamente con visión médica.
- 1.1.4. Inicia un tratamiento que usa como herramienta máxima las mismas palabras de un paciente, lo que no agrada a la comunidad médica educada en el sentido de la valoración exclusiva de los factores anatómicos, físicos y químicos.
- 1.1.5. En 1907 con el apoyo de Bleuler y Jung, se logra un nuevo acercamiento entre las asociaciones psiquiátricas – médicas y el psicoanálisis.
- 1.1.6. Se alcanza un diálogo de mayor cercanía entre las décadas de 1940 y 1960.
- 1.1.7. En los primeros manuales psiquiátricos existen conceptos que van ligados con una comunión con el lenguaje psicoanalítico.

1.1.8. Después la psiquiatría dio un giro nuevamente hacia las neurociencias y los aspectos biológicos.

1.2. De la elaboración de los manuales psiquiátricos

1.2.1. Los intentos clasificatorios no tienen nada que ver con los procesos diagnósticos.

1.2.2. Diagnóstico es una construcción que permite especificar ciertas problemáticas humanas, se realiza mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos.

1.2.3. La necesidad de clasificación tiene su historia, que en sus orígenes respondían a intereses estadísticos y epidemiológicos.

1.3. Intento cada vez mas clasificatorio del DSM al DSM – IV

1.3.1. Elaborado por la Asociación Médico – Psiquiátrica, actual Asociación Americana de Psiquiatría en 1869

1.3.2. La primera edición fue publicada en 1952, y tenía un acercamiento con el psicoanálisis de la mano de A. Meyer.

1.3.3. Se pasa del DSM – I al DSM – IV, cada vez marcándose una mayor distancia con el psicoanálisis en función de influencias que iba teniendo la nueva psiquiatría.

1.3.4. En los últimos manuales (DSM – IV y DSM – IVR) ya nada queda fuera de las categorías clasificatorias.

1.3.5. Ya no hay el reconocimiento de un sujeto antes de los signos y síntomas que se vuelven criterios básicos para el diagnóstico.

1.3.6. El sujeto se pierde en esta clasificación que lo cosifica y lo rotula.

1.4. ¿Qué dice la Psiquiatría y el Psicoanálisis del término Neurosis?

1.4.1. El recorrido por la neurosis inicia de la mano de la Psiquiatría, pretendiendo explicar con el todas aquellas patologías que podrían llamarse “enfermedades nerviosas”

1.4.2. William Cullen las explica con el concepto de irritabilidad y Freud con la evidencia del mecanismo psicógeno de toda la serie de afecciones, en donde la formación de síntomas responde al retorno de un saber reprimido.

1.4.3. En la actualidad el término se mantiene tanto para la psicología como para el psicoanálisis.

1.4.4. La psicología clínica lo reconoce para referirse a trastornos mentales que distorsionan el pensamiento racional y el funcionamiento a nivel social, familiar y laboral.

- 1.4.5. En psiquiatría el término fue abandonado desde su exclusión del DSM – III-R, en donde se mantenía a manera de mención, descartándolo por completo en el DSM – IV.
- 1.4.6. Para Freud su estudio se basó en la idea de que todo síntoma posee un sentido que se haya ligado a la vida afectiva del paciente.
- 1.4.7. Las causas de toda enfermedad neurótica para Freud van ligadas a factores en la vida sexual, en el caso de la neurastenia son factores conocidos porque pertenecen a la actualidad, mientras que en el caso de las psiconeurosis los sucesos pertenecen a la primera infancia.

CAPITULO 2:

2.1. Lo que nos dice Freud de las neurosis de angustia

- 2.1.1. Freud separa las neurosis actuales de las psiconeurosis, las primeras son las que se ligan en la actualidad a los llamados “ataques de pánico”.
- 2.1.2. Freud trata de explicar la etiología sexual de este cuadro sintomático, construyendo una especie de aparato sexual pensado en términos energéticos en donde se produce cierta cantidad de energía que debe alcanzar un umbral para transformarse en energía psíquica a la que llamó “libido”.
- 2.1.3. Esta transformación se debe a la presencia de una acción específica que permite la tramitación.

2.1.4. Si el cúmulo de energía se acumula sin lograr la transformación en energía psíquica, se produce la necesidad de que para descargarla se deba transformarla en angustia, ya que la acción específica no existe.

2.2. Pero hay una angustia señal que debemos diferenciar

2.2.1. Además de los reconocimientos en relación a la angustia y su aparición por la imposibilidad del trámite de energía, Freud reconoce la existencia de la angustia presente en otras manifestaciones como la angustia neurótica en donde es la represión la que produce la transformación de energía libidinal.

2.2.2. Ejemplos son la angustia de la fobia y también la angustia como señal de alarma.

2.2.3. Presenta una asociación de la angustia con el acto de nacer, y habla de la angustia original, ligada a esa sensación originaria cargada de afectos de displacer al ser separado del cuerpo de la madre, lo que lo enfrenta a un primer estado de angustia por la pérdida del placer continuo que tenía antes de la separación.

CAPITULO 3:

3.1. ¿Angustia originaria?

3.1.1. Llamada así porque hay un estado de desamparo psíquico que la caracteriza y que sumerge al sujeto en el reconocimiento de la ruptura con un estado de completud aparente que podía experimentarse en el vientre de la madre en donde todas las necesidades y deseos estaban colmados sin tiempo de espera.

3.1.2. Este estado de desamparo responde a una característica de dependencia propia del ser humano, incapaz de la satisfacción de sus necesidades y que necesita de un Otro que lo asista.

3.1.3. Sostiene también la omnipotencia de otro, lo que marca de manera decisiva como el psiquismo está destinado a constituirse enteramente en la relación con el otro.

3.1.4. Lacan nos dirá que este estado de dependencia está mas que nada ligado a un estado de dependencia en relación al DESEO DEL OTRO, deseo que genera preguntas que generalmente están sin respuesta.

3.1.5. Podemos ligar este estado a la primera experiencia de angustia que se dio en el nacimiento.

3.1.6. Es estado de desamparo se convierte en prototipo de la situación traumática.

3.1.7. El sujeto alejado del Otro del que depende, se sumerge en la angustia original que no se puede nombrar

3.2. ¿Qué hay del pánico?

3.2.1. Si la angustia es un encuentro con lo real, el pánico muestra una especificidad en la manifestación de este real.

3.2.2. Freud trabaja la noción de pánico en su texto “Psicología de las masas y análisis del yo” y lo plantea como un fenómeno de descomposición en relación a la masa cuando los procesos de identificación caen.

3.2.3. Nos dirá Lacan cuan un S1 cae en relación al NOMBRE DEL PADRE el sujeto entra en pánico.

3.2.4. Entendemos el planteamiento en relación al pánico observando cómo los sujetos enfrentan un estado sin nombre, sin palabras, cuando cae ese Otro que al servir de ideal impedía que el sujeto tenga que enfrentarse al desamparo inicial.

3.2.5. La situación de pánico no tiene relación con un peligro externo sino a la presencia de la caída de los lazos libidinales con un Otro primordial.

3.2.6. El yo se constituye como efecto de la mirada de ese Otro que lo determina en su deseo.

3.3. La angustia para Lacan

3.3.1. La angustia es “lo que no engaña” no surge de la represión, sino de la falta de la falta, es un afecto y este es el efecto del significante sobre el cuerpo, lo que nos explica inclusive la multiplicidad de manifestaciones corporales que describen el ataque de pánico en los manuales psiquiátricos.

3.3.2. Lacan pone mucha importancia en el resto que deja el sujeto tachado, resto que utiliza la angustia como vía de acceso al proyectarla como un afecto.

3.3.3. El decir que la angustia es lo que no engaña, es de importancia porque lo que engaña es aquello que se deja significantizar, por lo que deducimos que la angustia no permite esa significación.

3.4. Explicándonos los síntomas en el cuerpo en el ataque de pánico

3.4.1. El sujeto como hemos dicho se significa en relación a un Otro primordial, este le da un sentido de completud que logra organizar la primera imagen de fragmentación que queda como resultante del nacimiento y la angustia originaria.

3.4.2. Es que este estado de desamparo es una discor – dancia que hace que el sujeto no pueda controlar un cuerpo que se le presenta como fragmentado.

3.4.3. El estadio del espejo funciona como constitución del yo al jugar un papel entre la experiencia de fragmentación del cuerpo y la fascinación por la imagen que presenta un cuerpo unificado.

3.4.4. Un regreso a ese estado de desamparo en el ataque de pánico, es un regreso a esa experiencia de fragmentación del cuerpo, por lo que notamos la multiplicidad de síntomas representados en un descontrol del cuerpo.

CAPITULO 4:

4.1. La época en la que se desarrolla el síntoma que nos ocupa

4.1.1. Época en donde el Otro social manifiesta en una demanda de eficacia e inmediatez, en donde la demanda de gozar es imperativa y en donde las relaciones se han vuelto líquidas, enfrentadas a un sin rostro de la mano de las redes sociales y de la invasión de la imagen.

4.1.2. Época en donde los ideales han caído, ya no se hace historia en función del ser sino del tener.

4.1.3. El sujeto ya no se nutre de renunciaciones sino que hay un imperativo de un goce autista y sin freno por medio de la fetichización de objetos.

4.1.4. Los objetos nutren un sistema capitalista con la idea de que la falta estructural puede ser colmada con la cantidad de objetos que la tecnología ofrece.

4.1.5. Con la caída de ideales ya no hay identificaciones y el sujeto se encuentra en la búsqueda de ellas, las encuentra fácilmente en la multiplicidad de rótulos con los que los mecanismos clasificatorios han marcado la época.

4.1.6. Se trata de compensar el empuje compulsivo a la libertad con la orden de vigilar y prevenir.

4.1.7. La aparición de manuales psiquiátricos clasificatorios son un mecanismo organizativo frente a una sociedad que requiere rótulos que sirvan de organización y que al sujeto además le den la posibilidad de una imagen, de una respuesta a ese sin respuesta del deseo del Otro.

4.2. La medicación y la clasificación como otro objeto

4.2.1. En una época de eficacia y rapidez, la medicación surge como la respuesta más efectiva para cualquier malestar del sujeto.

4.2.2. Los tratamientos de la mano de los procedimientos medicamentosos logran acallar la pregunta que el sujeto pudiera hacerse frente a su padecer, logrando rapidez, logrando la desubjetivación del sujeto al que ya no se lo reconoce con características propias si no con aquellas que son parte del rótulo con el que se lo ha clasificado.

4.2.3. A pesar de ser repetición, es de importancia recalcar estas características dentro de las conclusiones en relación a este punto:

- La eficacia: ligada a la rapidez en la obtención de los fines gracias a una adecuada selección de los medios, produciéndose a veces una “comprensión del tiempo” convertido en urgencia.
- La calculabilidad: todo producto debe ser sometido a cálculo, debe ser contable.
- La predictibilidad: todo debe ser predecible, se anula la sorpresa de la contingencia, del acontecimiento o, mejor dicho, el acontecimiento mismo.
- El control: instrumentado muchas veces por la sustitución de recursos humanos por la tecnología no humana, eliminándose así la categoría de lo imprevisible propia del parlante.
- La esterilización: la basura es eficazmente eliminada; no hay restos impuros en esta sociedad racionalmente higienizada.
- También podría agregarse la evaluación: parece que hoy no se puede hablar de resultados exitosos en ningún área si estos no son evaluables objetivamente, cuantitativamente.

Capítulo 5:

5.1. La política del psicoanálisis frente al síntoma

5.1.1. La angustia irrumpe, pero esa irrupción nos dice algo de ese encuentro con un real insoportable.

5.1.2. El planteamiento psicoanalítico va a ir de la mano de una política terapéutica en donde no se habla de la curación, porque como nos lo diría Lacan el síntoma no es algo que se cura, sino algo con lo que el sujeto aprende a saber – hacer.

5.1.3. El sujeto es el único poseedor de las herramientas para ese aprendizaje, el sujeto mismo y sus posibilidades de simbolización.

Conclusiones Específicas

Dos perspectivas para abordar un tema pueden lograr un trabajo en equipo, ¿Hay la posibilidad de un trabajo en conjunto frente al ataque de pánico entre el psicoanálisis y la psiquiatría? Al formularnos preguntas sobre la multiplicidad de ciencias que nos rodean, nos damos cuenta que el objeto que compete a cada una puede determinar variados mecanismos de acción; esto justamente es a lo que nos enfrentamos cuando planteamos la posibilidad de comunión entre el psicoanálisis y la psiquiatría, dándonos cuenta que a pesar de mecanismos de acción distintos, comparten en sus bases un mismo interés que es el sujeto que sufre y el malestar que lo aqueja.

Si bien se han enfrentado a un proceso de ruptura, esto definitivamente responde a intereses que no son propiamente los que deberían asistir a ciencias cuyo interés es el sujeto, los intereses que han sido el eje de separación real en la actualidad son aquellos que responden mas bien a las demandas del Otro social de una época hipermoderna que inmediateza resultados.

Este Otro social ha sometido todo a un proceso de cuantificación y clasificación que ha anulado la subjetividad del sujeto dándole más bien un rótulo que lo cosifica, pero le da un nombre y un número dentro del orden social. La neurosis no ha escapado a este mecanismos de clasificación y de cosificación, llegando a ser la poseedora de múltiples rótulos en función de cada uno de los síntomas que la pueden representar.

Pero ese Otro social que ordena y que en función de su vigilancia ha querido mantener un control regulador, también es el responsable de los llamados “nuevos síntomas” de la actualidad, como el “ataque de pánico”. La subjetividad anulada enfrenta al sujeto con algo que no se puede tramitar, y eso es el encuentro con un real que lo invade.

Nos damos cuenta que los planteamientos originarios de la neurosis tanto del psicoanálisis como de la psiquiatría, comparten en muchos sentidos un respeto por la singularidad del sujeto y un reconocimiento de la importancia de la tramitación que el sujeto logra hacer de su malestar a través de la palabra. Las palabras de Freud en relación a plantear que es el psiquiatra el que se separa del psicoanálisis, no la psiquiatría, nos dan una claridad frente a la elección que hace el terapeuta actual, una elección que no es parte de la ciencia sino de la respuesta de otro inmerso en la demanda de un gran Otro social.

El rescate de una comunión de ambos planteamientos de trabajo es posible, lo reconocemos, pero es posible solamente si nos enmarcamos en lo que ambos esquemas ponen sobre la mesa en relación al síntoma, volviendo a ver al sujeto y a escuchar su voz, esa voz que expresa un malestar que descrito o explicado en distintos lenguajes (psicoanalítico o psiquiátrico), es afrontado por dos ramas que respetan a un sujeto que sufre y que inclusive necesita un tiempo y un espacio para sufrir.

Bibliografía

- Alsenchuk, Rosa. “El malestar cultural en el cruce modernidad/posmodernidad” “Revista Observaciones Filosóficas. Buenos Aires – Argentina
- Aristóteles. Política (vol. I). Historia del pensamiento. Ediciones Orbis S.A. Barcelona 1985.
- Bauman, Zygmunt. “Amor Líquido “Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de Cultura Económica. Argentina, 2006.
- Berenguer, Enric. Focchi, Marco y otros. NUEVOS APORTES AL ESTUDIO DE LA ANGUSTIA. Mundo Psicoanalítico. Editorial Pomaire. Venezuela 2008
- Borges, Jorge Luis. Prosa Completa (volumen II). Otras Inquisiciones. Bruguera, Barcelona.
- Chemama, Ronald. Diccionario de Psicoanálisis. Amorrortu Editores. Argentina 2002
- Clavreul, Jean. El Orden Médico. Ediciones Argot. Barcelona.
- Corrales, Nora. ATAQUE DE PÁNICO. Ideas en Psicoanálisis. Longseller Ediciones. Argentina 2004
- Eidelberg, Alejandra. “El ADHD: un malestar de la época”. Instituto de Altos Estudios Universitarios IAEU. 2007.
- Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A., y Weinstein, L. El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad. Reportes de Investigación N° 1, Universidad de Belgrano.

- Freud, Sigmund. Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid – España 2006.
- Freud, Sigmund, *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud*, Carta 52. T I, A .E.1994.
- García, Germán. ACTUALIDAD DEL TRAUMA. Serie Grama Ediciones. Argentina 2005
- Giraldo, María Cristina. “Frente al mal vivir actual, una formación sinthomática”. Artículo de Letra 3. Revista de la NEL Medellín. Octubre del 2006
- Lacan, Jacques. Seminario X. La angustia. Paidós, Argentina 2006.
- Lacan, Jacques. Escritos 1. Siglo veintiuno Editores, 2002.
- Lacan, Jacques. Intervenciones y textos 2. Editorial Manantial. 1988. Pág. 124
- Lacan, Jacques. Seminario IV. “LA RELACIÓN DE OBJETO”. Editorial Paidós. Buenos Aires 2006
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jean Bertrand. (1993) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A., Barcelona.
- Laurent, Eric. Nuevos síntomas, nuevas angustias. Publicaciones de la EOL – Grama, Buenos Aires.
- López P. J M. Orígenes históricos del concepto de neurosis. Editorial Alianza. Madrid.
- Manual Psiquiátrico DSM – IV

- Mazzuca, Roberto. Schejtman, Fabián. CIZALLA DEL CUERPO Y DEL ALMA – La neurosis de Freud a Lacan. Berggasse 19 Ediciones. Argentina 2002
- Miller, Jacques – Alan. “La Era del Hombre sin cualidades”. En “Psicoanálisis, Cultura y Malestares de la época”. La Palabra Editores. Quito, 2008.
- Miller, Jacques – Alain. “El síntoma charlatán”. Textos reunidos por la fundación del campo freudiano. Paidós. Barcelona 1998
- Pérez, Juan Fernando. “Las Clasificaciones y lo Singular”. En Psicoanálisis, Cultura y Malestares de la época. La Palabra Editores, Quito – Ecuador.

Referencias

- Aristóteles. Política (vol. I). Historia del pensamiento. Ediciones Orbis S.A. Barcelona 1985. Pag32. Capítulo segundo: De la ciudad.
- Bauman, Zygmunt. (2003) “Amor Líquido “Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de Cultura Económica. Argentina, 2006. Pág. 11
- Borges, Jorge Luis. (1980) “El idioma analítico de John Wilkins”. En Prosa Completa (volumen II). Otras Inquisiciones. Bruguera, Barcelona, pág. 223.
- Chairó, Luciana. (2006). Revista El Psicoanalítico. Publicaciones de Psicoanálisis. Artículo “El afecto” Un enigma perturbador.
<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num3/clinica-chairo-afecto-enigma-perturbador-2.php>
- Chemama, Ronald. (2002) Diccionario de Psicoanálisis. Amorrortu Editores. Argentina 2002
- Jean Clavreul. (1983) El Orden Médico. Ediciones Argot. Barcelona, pág. 108.
- Freud, Sigmund. (1917) Obras Completas. Teoría General de la Neurosis. Lección XVI. Psicoanálisis y Psiquiatría. Pág. 2281. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid – España 2006.
- Freud, Sigmund. (1917) “Lección XVIII. El Sentido de los Síntomas” En Teoría General de las Neurosis. Obras Completas tomo 6. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 2006, pág. 2291

- Freud, Sigmund. (1895). La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de “neurosis de angustia”. En Obras Completas tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 2006, pág. 193
- Freud Sigmund. (1916). Lecciones introductorias al Psicoanálisis. Lección XXV - La angustia. En Obras Completas Tomo 6. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 2006, pág., 2374-75
- Freud, Sigmund. (1950) Obras Completas Tomo 9. “Los orígenes del psicoanálisis”. Biblioteca Nueva. Madrid 2006. Pág. 3441
- Freud, Sigmund. (1921) Obras Completas Tomo 7. “Psicología de las masas y análisis del yo”. Biblioteca Nueva. Madrid 2006
- Freud Sigmund.(1902) *Publicaciones pre psicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud*, Carta 52, p 274 ,T I, A .E.1994
- Giraldo, María Cristina.(2006) “Frente al mal vivir actual, una formación sinthomática”. Artículo de Letra 3. Revista de la NEL Medellín. Octubre del 2006
- Jameson, F. (2002) “El giro cultural”. Citado por Alejandra Eidelberg en “El ADHD: un malestar de la época”. Pág. 12.
- Lacan, Jacques. Seminario X. La angustia. “Lo que no engaña”. Paidós, Argentina 2006.

- Lacan, Jacques. 1949. “Es Estadio del Espejo como formador de la función del Yo tal como se nos revela en la experiencia analítica”. En Escritos 1, pág. 87. Siglo veintiuno Editores, 2002.
- Lacan, Jacques. Intervenciones y textos 2. “Conferencia sobre el síntoma en Ginebra”. Editorial Manantial. 1988. Pág. 124
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jean Bertrand.(1993) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A., Barcelona, pág. 236
- Laurent, Eric. “La nueva clínica de las angustias”. En Nuevos síntomas, nuevas angustias (Pág. 31-68). Publicaciones de la EOL – Grama, Buenos Aires.
- Lipovetsky. (2004) “La era del vacío”. Citado por Alsenchuk, Rosa en “El malestar cultural en el cruce modernidad/posmodernidad “Revista Observaciones Filosóficas. Buenos Aires – Argentina.
- López P. J M. (1985) Orígenes históricos del concepto de neurosis. Editorial Alianza. Madrid, pág. 28
- Manual Psiquiátrico DSM - IV
- Miller, Jacques – Alan.(2008) “La Era del Hombre sin cualidades”. En “Psicoanálisis, Cultura y Malestares de la época”. La Palabra Editores. Quito, 2008. Pág., 15.

- Miller, Jacques – Alain.(1998) Tres conferencias brasileñas. “I: El síntoma y el cometa” en “El síntoma charlatán”. Textos reunidos por la fundación del campo freudiano. Paidós. Barcelona 1998
- Pérez, Juan Fernando. (2008) “Las Clasificaciones y lo Singular”. En Psicoanálisis, Cultura y Malestares de la época. La Palabra Editores, Quito – Ecuador, pág. 179.
- Pérez, Marcelo. (2005) en el texto “El síntoma en psicoanálisis” publicado en “Actualidad psicológica # 331. Buenos Aires – Argentina. Junio del 2005
- Roussos, Andrés. (2008) “La historia de los esquemas clasificatorios de la Salud Mental”, citado en: Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A., y Weinstein, L. El Manual Diagnóstico Psicoanalítico. Discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad. Reportes de Investigación N° 1, Universidad de Belgrano. Disponible en la red: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/ri_nuevos/1_rep1.pdf
- Sloterdijk.(2001) “El desprecio de las masas “citado por Alsenchuk, Rosa. “El malestar cultural en el cruce modernidad/posmodernidad “Revista Observaciones Filosóficas. Buenos Aires – Argentina
- Tarrab, Mauricio (2007). Citado en “El ADHD: Un malestar de la época”. Alejandra Eidelberg. Instituto de Altos Estudios Universitarios IAEU. 2007