FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ENSAYO

Sobre dos modalidades diferentes de darle tratamiento a la emergencia de la angustia. La asunción de la palabra en análisis como posibilidad de pasar a otra cosa.

ALUMNA: Giuliante Fiorio Valentina

LEGAJO: G-5804/1

DNI: 41109810

DOCENTE RESPONSABLE: Ciurluini Julieta

2024

AGRADECIMIENTOS

A mis papás, Hugo y Andrea, por acompañarme siempre desde el amor en mis elecciones y por ser, junto a mi hermana, mis mayores pilares,

A mi hermana, por enseñarme con el ejemplo a ir detrás de mis sueños,

A mis amigas de toda la vida, por acompañarme incondicionalmente y nunca soltarme la mano,

A mis amigas y amigos de la facultad, porque pasaron de ser desconocidos a los hacedores de los mejores años de mi vida,

A Pato, mi compañero, por el amor y por confiar en mí más que yo misma,

A Julieta, mi tutora, por su dedicación y por hacer de este trabajo “nuestro” trabajo desde el primer día,

Especialmente, a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, por cambiarme la vida. Por habilitar preguntas, por mostrarme otras realidades, por alojarme durante todos estos años: porque mi paso por ella me convirtió en la persona que hoy soy.

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Resumen y palabras clave	4
Introducción	5
Primer apartado	7
Segundo apartado	10
Tercer apartado	14
Consideraciones finales	16
Referencias bibliográficas	18

RESUMEN

La sociedad actual en la que vivimos, marcada por el crecimiento exponencial del capitalismo y, en consecuencia, por la expansión y promoción de la industria farmacéutica favorecen, de esta manera, que las diversas manifestaciones de malestar que puedan emerger, aquellas que irrumpen cuestionando y poniendo en tensión el mandato posmoderno de “vivir mejor que bien”, se vuelvan susceptibles de ser objeto de la medicalización. Esta estrategia se lleva a cabo mediante el consumo de psicofármacos que, al hacerlo indiscriminadamente, pretende el borramiento total de dichas manifestaciones. Frente a este escenario, el presente ensayo tiene por objeto realizar un contrapunto entre dos modalidades diferentes de tratar la emergencia de la angustia: por un lado, se aborda el modo de tratamiento que ofrece la psiquiatría posmoderna, y por el otro, el modo en que el psicoanálisis lo hace.psiquiatría posmoderna y psicoanálisis. Para dar cuenta de esto, se realiza un breve recorrido por el surgimiento histórico del término “medicalización”; a su vez, se realiza una diferenciación entre el modo de trabajo de la psiquiatría clásica y el modo de trabajo de la psiquiatría posmoderna y, finalmente, un recorrido bibliográfico por los matices teóricos que tuvo el concepto de angustia a lo largo de la obra de Freud. Hacia el final de este recorrido teórico, la posible relación entre el fenómeno de la angustia y la formación de síntomas se nos presenta como un hallazgo: angustia como premisa, síntoma como conclusión.

PALABRAS CLAVE

Posmodernidad - Medicalización - Angustia - Síntoma - Palabra

INTRODUCCIÓN

La influencia del Modelo Médico Hegemónico sobre la sociedad Occidental, de la mano del desenfrenado crecimiento del capitalismo -y, en especial, de la industria farmacéutica-, enmarcadas en la inmediatez en la que *¿se vive?,* provocan que, día tras día, las diversas manifestaciones de malestar que puedan emerger de nuestros cuerpos sean susceptibles de ser medicalizadas.

El consumo de psicofármacos se presenta en la actualidad como una estrategia ampliamente utilizada para darle tratamiento a dichas manifestaciones; por medio del mismo se intenta suavizarlas o apaciguarlas pero, asimismo, es necesario estar advertidos de que, en ciertas oportunidades, puede utilizarse con el objetivo de borrar cualquier tipo de manifestación que irrumpa haciendo tambalear el ideal de bienestar absoluto que, aunque imposible, es tan anhelado en nuestros días. Parece que en los tiempos que corren ya no hay lugar para lo "patológico", para aquello que surge cuestionando y poniendo en jaque la supuesta nueva normalidad de hoy en día: se volvió un imperativo el estar siempre bien y no se nos permite padecer de nada. Con la ingesta de psicofármacos -recetados o no, eso ya no parece importar- *¿se soluciona?* todo.

Frente a este horizonte, el principal interés del presente Trabajo Integrador Final será realizar un contrapunto entre dos modalidades diferentes de tratar la emergencia de la angustia en las personas. Por un lado, se ensayará acerca de cómo trabaja la psiquiatría posmoderna, a la que podríamos denominar "de manual" y, por el otro, el modo en que el psicoanálisis lo hace. Como marco teórico del mismo, se hará un recorrido por las teorizaciones que realiza Freud sobre el concepto de "angustia", teniendo en cuenta los matices que dicho concepto ha sufrido a lo largo de su obra; a su vez, nos apoyaremos en la operación de retorno que Lacan realiza sobre la misma, y nos serviremos también del trabajo de analistas contemporáneos.

Como se mencionó anteriormente, el primer modo de tratamiento de la angustia que se indagará será por la vía de la psiquiatría actual. Esta disciplina, al estar enmarcada en la medicina, propone un abordaje farmacológico sobre los efectos que la angustia imprime en el cuerpo; los tiempos con los que trabaja son más ágiles y también parecen serlo sus efectos. De esta manera, se podría hipotetizar que este modo de darle tratamiento tratamiento a la angustia es funcional a la inmediatez posmoderna.

En contraposición, interesa indagar la propuesta del psicoanálisis frente a la emergencia de la angustia, cuyos procesos conllevan otros tiempos, diferentes de los que esta psiquiatría propone. Habiendo planteado esto, resulta pertinente destacar la recuperación que Bello (2021) realiza en *Lo normal, lo patológico, lo anormal. Debate Psiquiatría – Psicoanálisis* sobre las ideas de Pierre Joseph, quien denuncia el uso del medicamento para una especie de "cosmética psicofarmacológica" para vivir "mejor que

bien". El autor se pregunta: "esa vida tomada como objeto de la psicofarmacología ¿qué vida es? ¿Qué vida produce? ¿Una vida sin *pathos*? ¿La vida silenciosa de la regularidad homeostática?" (p.15).

Si bien el escrito citado pone el acento fundamentalmente en la problematización de las categorías diagnósticas, lo que excede al presente ensayo, el mismo resuena con los intereses que aquí se desean trabajar, especialmente, en el punto que refiere al consumo de psicofármacos para *vivir mejor que bien*, lo que pareciera ser la nueva exigencia de los tiempos que corren.

Subrayando ahora la cuestión de la angustia, se dirá que la misma no es un fenómeno posmoderno ni mucho menos actual. Freud, padre del psicoanálisis, se ocupó de ella desde el principio de la construcción de su edificio teórico, viéndose precisado a teorizar sobre la misma. Esto resulta interesante porque nos permite vislumbrar los diferentes matices que fue tomando el concepto a medida que se manifestaba en sus pacientes: es de esta manera que podemos vislumbrar el lugar privilegiado que la angustia tiene en un análisis.

Lacan, por su parte, ha realizado un gesto enorme al retornar con tanto énfasis sobre la obra de Freud. En ese sentido, aquí nos servimos de las teorizaciones realizadas en el Seminario 10 titulado, justamente, *La angustia,* para proponer que hablando o invitando a poner en palabras el fenómeno de la angustia es que se le puede arrancar[1], no sabemos si su certeza, pero sí un poco del malestar que produce. De esta manera, se trabaja en pos de aminorar los efectos que su fuerza arrasadora imprime sobre el cuerpo. Nombrando aquello que por la vía de la psiquiatría posmoderna se pretende silenciar, el dispositivo analítico propone otra salida: la recuperación de aquello que la angustia perdió en tanto palabra.

[1] Estamos jugando a cambiar la palabra actuar por hablar en la frase "*actuar es arrancarle a la angustia su certeza"* (p. 89) que Lacan (2023) sostiene en la clase 6 del Seminario 10 titulada "Lo que no engaña".

DESARROLLO

I - Un imperativo que acecha

Los tiempos que corren están caracterizados por los rasgos distintivos de la posmodernidad, entre los que se destacan: un individualismo exacerbado, la creciente predisposición hacia el hiperconsumo, la insistencia en clasificar, encasillar y etiquetar todo aquello que irrumpa como excesivo o "fuera de la norma". Al mismo tiempo, prevalece la tendencia dominante hacia la búsqueda de resultados inmediatos. El presente ensayo se centra en el análisis de esta marcada tendencia circunscrita a los tratamientos, especialmente, al tratamiento de la angustia.

En este contexto, interesa destacar particularmente la medicalización como vía regia para alcanzar una supuesta mejora en la calidad de vida, lo que se introdujo anteriormente con el imperativo "vivir mejor que bien". En el afán de ofrecer soluciones rápidas, la cura farmacológica, o mejor dicho, el tratamiento ofrecido por la psiquiatría de manual, posmoderna, tiende a silenciar cualquier manifestación de afectación que pueda emerger de los cuerpos.

El término *"medicalización"* surge en 1976 a raíz del trabajo *Némesis médica: la expropiación de la Salud* de Iván Illich, donde el autor reflexiona sobre el modo en que el Modelo Médico Hegemónico examina bajo su lupa la experiencia misma de vivir: la medicina actual pretende ser dueña de toda nuestra vida. Illich (1984) analiza los cambios producidos estratégicamente en la sociedad moderna para aumentar la demanda de servicios médicos.

Una evidente deriva de la medicalización puede localizarse en el consumo indiscriminado[2] de psicofármacos con el objetivo de emparchar, lo más rápido posible, cualquier tipo de malestar. No obstante, es de suma importancia advertir que este término no remite exclusivamente al consumo de fármacos, de modo que interpretarlo de tal forma significaría un reduccionismo. Por el contrario, lo supera y abarca a su vez otras actividades de diversa índole con la intención de que produzcan un efecto similar al inducido por éste, todas ellas se rigen por la lógica de consumo imperante en nuestros días. El consumo puede ser "de lo que sea" ya que, lo que verdaderamente parece tener relevancia, son los efectos casi anestésicos que esta práctica produce en quien consume.

Dado que este es el panorama en la actualidad, nos preocupa que la administración de psicofármacos pueda quedar desenmarcada, desvinculada de la atención médica: hoy en día se desestima la importancia que puede tener el contar con el sostén de un espacio de diálogo, cara a cara, con aquel que porta el saber médico,

---

[2] También llamado -*consumismo-;* entendido como adquisición o compra desaforada, acusado de idealizar sus efectos asociando su práctica con la obtención de satisfacción personal e incluso de la *felicidad* personal, ocultando los efectos negativos que éste conlleva.

psiquiátrico. En contraposición, muchas veces ocurre que las personas optan por resolver sus consultas médicas vía *on-line*, a través de una videollamada, por ejemplo; prescindiendo de esta manera del encuentro presencial con los otros. A su vez, hemos averiguado que, en ciertas oportunidades, el consumo de psicofármacos no cuenta con el respaldo de una receta o prescripción médica: quienes los consumen se inclinan por auto administrarse la dosis y el tipo de droga que creen necesitar.

Frente a este fenómeno, ya no sólo de medicalización sino de -automedicación-, creemos que es necesario detenerse y poner un signo de interrogación sobre las consecuencias tanto subjetivas como orgánicas que esta práctica puede producir ya que, al proceder de manera aislada se está omitiendo el proceso de evaluación y acompañamiento en el tratamiento por parte de aquel que porta el saber profesional.

El presente trabajo no tiene por objetivo sostenerse en una moral crítica e ir en contra de la psiquiatría ni de los profesionales que la ejercen; tratarla de este modo sería desconocer que, en el trabajo clínico, psiquiatría y psicoanálisis trabajan en conjunto por el bienestar de quien consulta. En muchos casos, se presume necesaria la administración de cierto psicofármaco para estabilizar el cuerpo frente a los efectos que produce el fenómeno de la angustia permitiendo así, que en un tiempo posterior, algo del órden de la palabra pueda ser desplegado en análisis, como se trabajará más adelante.

Contextualmente, vivimos en una era marcada por el individualismo, caracterizada por el imperativo de autosuficiencia, de meritocracia, de la famosa “autoayuda”; no es inesperado, entonces, que el modo de tratamiento que ofrece la psiquiatría contemporánea tienda a ser más universal, impersonal y estandarizado. La misma se distingue por trabajar con tiempos más ágiles y por contar con técnicas diferentes de aquellas con las que contaba la psiquiatría clásica. Entre ellas encontramos la utilización de manuales para el tratamiento y clasificación de las distintas manifestaciones subjetivas, tales como el reconocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) -cuya autoría pertenece a la psiquiatría estadounidense- y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) -de la Organización Mundial de la Salud-.

Si nos remontamos ahora a la psiquiatría de los siglos XVII y XVIII, se pone de manifiesto que ha sido ésta la que otorgó a la noción de “cura” la plenitud de su sentido, concibiéndola como aquella que suprime toda enfermedad. Al decir de Foucault (1998) toda cura es, al mismo tiempo que una práctica, una reflexión espontánea sobre el sí mismo, sobre la enfermedad y sobre la relación que entre ambos se establece: en ese contexto, comenzaba a crearse aquello que pronto caería bajo el dominio médico.

El nexo recíproco entre teoría y práctica se encuentra duplicado por la confrontación entre médico y enfermo: *sufrimiento* y *saber* se ajustarán el uno al otro en

la unidad de una experiencia que exige un lenguaje común, una comunicación.

Las curas del siglo XVIII, especialmente en relación con las enfermedades nerviosas, se reforzaron como técnicas privilegiadas de la medicina; en ellas nacía la posibilidad de una psiquiatría basada en la observación y en el internamiento de índole hospitalaria, germinando así el *diálogo del loco con el médico* que va de Pinel a Leuret, de Charcot a Freud. Este último, según Foucault (1998), fue quien se ocupó de tomar a la locura *al nivel de su lenguaje*, reintegrando en el pensamiento médico la posibilidad de entablar un diálogo con la "sinrazón" -así nombraban a la locura en aquella época- posibilitando de esta manera una experiencia que hasta ese momento el positivismo científico se encargó de acallar.

"Tomar a la locura al nivel de su lenguaje", "entablar un diálogo con la sinrazón" son expresiones que nos invitan a pensar que Freud, al instituir este modo inédito de darle tratamiento a la locura, comenzaba a germinar las bases de lo que años más tarde conoceríamos como la cura a través de la palabra. Introdujo una nueva manera de interrogar la experiencia, proponiendo otra posibilidad de acceso a la locura.

Consideramos esencial advertir el cambio radical que hubo entre la psiquiatría clásica, cuyo objetivo principal era la cura de la enfermedad, a esta otra modalidad totalmente diferente que se presenta en nuestros días de la mano de la psiquiatría posmoderna: la *borradura* de toda huella de padecimiento, de toda manifestación de afectación, de todo pathos, entendiendo al mismo como emoción/sufrimiento.

Dado que este es el panorama actual, urge la necesidad de no perder de vista aquello que Ritvo (2021) pone de manifiesto cuando sugiere que es indispensable pasar por la angustia para hacer un análisis ya que la misma es un *fenómeno constitutivo de la vida psíquica*. Hacia ese horizonte apunta el interés del presente ensayo: la apuesta por un trabajo conjunto en análisis, enmarcado en la transferencia, aquella que según Freud (1975) crea un reino intermedio entre la enfermedad y la vida.

II - El tratamiento de la angustia por la vía del *psicoanálisis*

Frente a este modo de darle tratamiento al sufrimiento, ¿cómo opera el *psicoanálisis* con la angustia?

Al decir de Kohan (2020), el psicoanálisis viene a darnos la posibilidad de que cese esa obligatoriedad del mandato de felicidad tan insistente en sus variantes epocales. Dentro de este escenario, teniendo en cuenta que cualquier malestar se pretende eliminado, apostar por el trabajo analítico, con los tiempos que conlleva, es un acto casi subversivo.

Si se realiza un análisis teórico por la obra freudiana, con el objetivo de rastrear los matices de este concepto, se advierte que Freud comienza a ocuparse de ella en dos trabajos iniciales referidos a la neurosis de angustia, a saber: *Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?* en 1894 y *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"* en 1895. En ellos, se plantea por primera vez la cuestión de la angustia haciendo especial hincapié en su *causa.* En este momento de su obra, se hallaba fuertemente influenciado por sus estudios neurológicos y es desde ese lugar que comienza a perfilar sus primeras conjeturas sobre este tópico.

En esos primeros tiempos, sostiene que la angustia de sus neuróticos tiene mucho que ver con la sexualidad: se trata de una acumulación de tensión sexual física como consecuencia de una descarga estorbada de la misma. Podría conjeturarse que la neurosis de angustia es una neurosis de estasis.

Puesto que la angustia no está contenida dentro de aquello que quedó estancado, se pregunta Freud por qué la mudanza es justamente en angustia. Descubre que, al encontrar su vía de descarga interferida, la excitación sexual acumulada busca otra vía de escape *transformándose en angustia*.

Treinta años de teorización más tarde, el último de sus trabajos donde se dedica exhaustivamente al estudio de la misma es en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926). Según Strachey (2016), en este escrito Freud deja de lado la teoría anteriormente mencionada sostenida durante tanto tiempo, a saber: angustia como libido trasmudada; para presentarla ahora como una reacción frente a situaciones de peligro regida por un modelo particular, que será reproducida toda vez que un estado semejante vuelva a presentarse.

Por su parte, Juan Bautista Ritvo (2014) en "*El síntoma: estructura de la formación o formación de la estructura"* sostiene que lo verdaderamente interesante de esta cuestión es que no se abandona la llamada "primera" teoría de la angustia por una "segunda" teoría presentada en 1926 como suele pensarse, sino que se establece una

relación de complementariedad entre ambas; son dos versiones de un mismo cuerpo teórico.

Siguiendo este lineamiento, se entiende que *la angustia es un fenómeno psíquico* que no tiene un lugar preciso en la estructura teórica freudiana hasta el momento en que emerge como *señal.* Actúa como señal de alarma, de desequilibrio inminente; sirve para prestar cierta defensa porque, en caso contrario, sobrevendría una angustia aún mayor, la angustia *automática.*

Asimismo, Ritvo (2021), en una serie de clases que fueron compiladas bajo el nombre de "Archivo metapsicológico I", lee a Freud y plantea que el momento de la angustia es un manto de desligadura libidinal. Se produce una liberación de energía libremente móvil, una energía radiante, no canalizada en circuitos preestablecidos. Se plantea entonces la necesidad de atar, anudar, ligar esa energía.

Si se considera la premisa anteriormente mencionada en términos económicos según la metapsicología freudiana, a saber, angustia como energía psíquica desligada, surge preguntarse ¿a través de qué medios podrá anudarse esa energía? ¿Podrá ser la puesta en palabras del fenómeno de la angustia una vía posible?

Según creemos, una vía posible para asir esa energía desligada de la que hablaba Freud puede ser la *puesta en palabras* de aquello que -súbitamente- irrumpe en el cuerpo, incomodando, produciendo cierta extrañeza. Al construir junto a un otro, en análisis, el modo en que el fenómeno de la angustia se manifiesta, en el intento de describirlo, de desglosarlo, de empezar de a poco a armar algo con eso, se puede comenzar a abrir una vía que permita el anudamiento, la ligazón de aquello que desborda.

Es necesario tomar en consideración que no siempre puede darse por hecho la presencia de la palabra en un análisis. En muchos casos, el momento de la angustia se presenta como un estado de *suspensión* donde no hay palabra, literalmente, no se puede hablar: hay un paréntesis del significante, es la *mudez* propia de la angustia al decir de Kuri (2022). El sujeto está completamente tomado por ésta.

Siguiendo este lineamiento, en el anterior apartado mencionamos que en algunos casos resulta necesaria la administración de cierto fármaco para aminorar la sensación de angustia, de opresión en el pecho, la dificultad para respirar, de "nudo en la garganta" que pueden manifestarse. Ya lo mencionaba Freud[3], la angustia tiene repercusiones en lo somático, la sentimos en nuestro cuerpo. En concordancia, Fernández Miranda (2019) sostiene que según su modo de emergencia en la experiencia analítica, la angustia

[3] En Inhibición, síntoma y angustia (2016) propone que la angustia es, en primer término, algo sentido. Se perciben en ella sensaciones corporales que refieren a los órganos de la respiración y al corazón (p.125).

designa ese punto en que *soma* y *psique* son absoluta y radicalmente indiscernibles: la angustia es una *experiencia psicosomática* en el más profundo de los sentidos.

Recapitulando, dijimos que la angustia es un estado de suspensión donde no hay palabra pero, si a su vez se tiene en cuenta que es una experiencia psicosomática, se nos ocurre pensar que la misma habla a través de las manifestaciones del cuerpo. Entonces, si planteamos que posee una *mudez* que le es propia, nos surge preguntarnos ¿qué es lo que se intenta *silenciar* mediante el consumo de psicofármacos? ¿Será que en la actualidad se pretenden eliminadas incluso aquellas manifestaciones de las que el psicoanálisis, por su parte, se sirve para comprender este fenómeno?

En contraposición con la lógica de silenciamiento que venimos trabajando, el psicoanálisis interpreta las manifestaciones corporales como portadoras de un mensaje: este modo de tratamiento no busca eliminarlas o silenciarlas sino que son, justamente, el material con el que dispone para trabajar, busca en ellas alguna pista que le permita descifrar el fenómeno de la angustia: en este modo de proceder residen su potencia y su vigencia.

Ahora bien, si acabamos de plantear que el fenómeno de la angustia se manifiesta a través de las manifestaciones del cuerpo ¿qué lugar tiene la formación de síntomas en todo este juego?

En el capítulo IX de Inhibición, Síntoma y Angustia, obra que data del año 1926, Freud (2016) trabaja la relación entre la formación de síntomas y el desarrollo de angustia; en dicho capítulo propone, al respecto del síntoma, lo siguiente: su formación se emprende sólo para escapar a la angustia: los síntomas permiten ligar la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia. De esta manera, se puede aseverar que la angustia vendría a ser el fenómeno fundamental y el principal problema de la neurosis.

A su vez, Ritvo (2014), leyendo este escrito freudiano, postula que el horizonte del trabajo analítico, el horizonte de la inteligibilidad teórica del psicoanálisis depende por completo del síntoma, ya que el mismo viene a cerrar el circuito abierto por la angustia. El síntoma, entonces, al estar del lado de la palabra, posibilita su emergencia en el diálogo analítico. Asimismo, argumenta: cuando empezamos a hablar ya estamos fuera de la angustia, estamos en el síntoma, éste viene a su reemplazo. El síntoma establece ligazones libidinales ahí donde no las había o donde se interrumpieron: aparece operando como una *transacción.* Por su parte, Lacan (2023) ya lo advertía en la clase 4 del Seminario 10: “un análisis, como lo decía Freud, empieza por una puesta en forma de los síntomas” (p. 62).

Entonces, según logramos entender, resulta necesario que algo del órden del síntoma entre en escena para posibilitar que el diálogo analítico pueda comenzar a

desplegarse, permitiendo de esta manera, que la energía psíquica desligada comience a ser tramitada, anudada. Se produce entonces un encadenamiento: la angustia como premisa, el síntoma como conclusión.

Una vez que pasa ese momento, ese instante de suspensión propio de la angustia y entramos en el síntoma, la palabra comienza a emerger y poco a poco, dando el tiempo necesario, puede construirse algo en análisis. Freud (1975) ya lo sugería en “Recordar, repetir, reelaborar”: “es preciso dar tiempo al enfermo [...] el médico no tiene más que esperar y consentir un decurso que no puede ser evitado, pero tampoco apurado” (p.156).

Lacan (2021) en la clase 21 del primero de sus seminarios titulado *“Los escritos técnicos de Freud”* sostiene que el descubrimiento freudiano nos conduce a escuchar en el discurso esa palabra que se manifiesta a través o incluso -a pesar- del Yo. De este modo, el sujeto desarrolla en el discurso analítico su verdad, su integración, su historia.

III - No retroceder ante el enigma

Como se viene trabajando a lo largo del ensayo, sabemos que en los tiempos actuales se imprime sobre las subjetividades posmodernas el imperativo que dicta *no hay que sufrir bajo ningún concepto.* Como consecuencia de esta lógica, en nuestro país, se ha registrado un crecimiento desmesurado -y preocupante- en el consumo de psicofármacos durante el pasado año, especialmente tranquilizantes y ansiolíticos y, en menor medida, estimulantes y antidepresivos según una encuesta realizada por Sedronar (2023)[4] .

¿Nos resulta sorpresivo que sea justamente este organismo el que esté investigando sobre el consumo de psicofármacos en nuestro país? ¿Será que dicho consumo, si se realiza indiscriminadamente, puede generar algún tipo de adicción y/o dependencia?

Se considera esta posibilidad dado que, como mencionamos, el consumo de psicofármacos se ha convertido en objeto de estudio del organismo encargado del acompañamiento a personas con *consumos problemáticos*. Resulta pertinente señalar que, en años anteriores, las investigaciones del Sedronar se centraban predominantemente en sustancias de otro tipo, muchas de ellas de carácter ilegal, sin contemplar de manera exhaustiva las de carácter farmacológico. Se nos ocurre pensar, entonces, que al ser legales estas sustancias, en tanto no dejan de ser medicamentos, su accesibilidad se ve facilitada y, consecuentemente, su consumo.

Frente a escenarios como este, resulta inminente volver a las bases para recuperar lo que Freud (2013) decía en su época, tan lejana y distinta a la nuestra, pero que sigue en vanguardia. Nos remitimos entonces a la Conferencia 25 titulada *La angustia,* donde sugiere: “el problema de la angustia es un punto nodal en el que confluyen las cuestiones más importantes y diversas; se trata, en verdad, de un enigma cuya solución arrojaría mucha luz sobre el conjunto de nuestra vida anímica” (p. 358).

Interesa resaltar, por lo tanto, la cuestión de la *angustia como enigma.* Como aquello “misterioso” que no se sabe bien del todo por qué aparece. En palabras de Kuri (2022), la angustia es eso que se nos está por venir encima y no sabemos bien de qué se trata. En concordancia, Kohan (2020) afirma:

> La angustia es la suspensión, la expectación, la inminencia, la inquietud, la espera, y se atraviesa en la medida en que no se sofoque esa inquietud. No hay posibilidad de habitar una vida más acorde a un deseo sin pasar por la angustia (p.147).

[4] Organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias en todo el territorio nacional.

A nuestro juicio, darle un tratamiento a la angustia, alojarla, conlleva un tiempo de espera, supone un trabajo. En este sentido, creemos que la experiencia de análisis ofrece a cada persona que llega una escucha orientada a *ese* sufrimiento en particular. Podríamos conjeturar, entonces, que la misma se encuentra en las antípodas de la psiquiatría posmoderna, aquella más impersonal que lee como en un libro el agrupamiento de signos configurando, de este modo, cuadros nosográficos-psicopatológicos y, a partir de esta clasificación, determina la estrategia farmacológica a utilizar.

Hoy en día, “tomar una pastilla” se ha transformado en una práctica recurrente que nos suscita a pensar que quienes la practican sin un espacio de análisis que habilite poner a trabajar aquello que irrumpe, intentan resolver por una vía facilitada aquello *enigmático* de lo que nos hablaba Freud. Mediante esta vía, se intenta suspender aquello que tarde o temprano volverá a ponerse de manifiesto.

Recapitulando, el interés del presente ensayo es recuperar la vigencia de los efectos que habilita la posibilidad de poner en palabras el fenómeno de la angustia en la experiencia analítica. En este punto, Bello (2021) sostiene que es en y por la transferencia que el psicoanálisis logra tocar un punto de singularidad inaccesible al resto de las prácticas médicas.

CONSIDERACIONES FINALES

Una palabra sólo es palabra en la exacta medida en que hay alguien que crea en ella.
(Lacan, 2021, p.347)

Tras haber realizado un contrapunto entre dos modalidades diferentes de darle tratamiento a la emergencia de la angustia, trabajo cuya fundamentación conlleva un recorrido bibliográfico desde las primeras apariciones del concepto de angustia en la obra freudiana, hasta la teorización más tardía que realiza sobre ella en Inhibición, Síntoma y Angustia (1926), nos surge la pregunta acerca del modo en que podría anudarse aquella energía psíquica desligada que planteaba Freud para posibilitar su ingreso en el diálogo analítico y, de este modo, comenzar a tramitarla. A nuestro modo de entender, la puesta en palabras del fenómeno de la angustia y el consecuente trabajo de interpretación por parte del analista, podría ser una vía posible para comenzar a anudar aquella energía radiante.

Sobre el final de este recorrido teórico por los diferentes matices teóricos que ha ido tomando el concepto de angustia en la obra de Freud, asomó como novedad una nueva vía posible para el abordaje del fenómeno la angustia: el *síntoma* se nos revela funcionando como una transacción, aparece anudando lo desanudado, lo desligado. De este modo, propone un cierre, una conclusión a aquel circuito que fue abierto por el desarrollo de angustia porque establece ligazones libidinales donde no las había o donde se interrumpieron.

Ahora bien, tras haber planteado que existe un lazo posible entre el fenómeno de la angustia y la formación de síntomas que tiene como resultado la posibilidad de arribar a una puesta en palabras del fenómeno de la angustia, proceso que necesariamente se inscribe en un marco transferencial entre analista y analizante, se torna inevitable que se produzca algún movimiento, algún pasaje al decir de Allouch (1993), quien a su vez propone que esta forma de empujar al otro a “pasar a otra cosa” se encontró, nuevamente, en el psicoanálisis:

> “... quien se dirige a un psicoanalista, cuando ya no puede sostener el no pasar a otra cosa, “sabe” [...] que no hay otra vía para salir de tal situación que internarse en ella. Si hay aquí una posibilidad para el *pasar a otra cosa,* sólo podría advenir si uno pasa, una vez más, por la cosa del otro [...]. El psicoanalista suscribe a eso en tanto acepta ante todo reducir su respuesta al monótono “asocie”, es decir, dando la palabra a quien se dirige a él, abriendo así el campo al desarrollo de la transferencia”. (p. 10).

El presente ensayo intenta, a lo largo de todo su recorrido, propiciar las vías posibles para la recuperación de la palabra en análisis una vez que pasa ese momento de suspensión tan propio de la angustia: dando la palabra a quien se dirige al analista,

esperando su emergencia, la cual no resulta posible sin antes aguardar el tiempo necesario frente a los hiatos propios que el fenómeno de la angustia presenta.

Ya que, según Lacan (2021), el análisis es una técnica de la palabra y la palabra es el ambiente mismo en el que se desplaza, apostamos por la construcción de una ficción con palabras en análisis, posibilitada por la paciencia de aquel que funciona como sostén. Frente a esta afirmación, nos resuena lo que Bello (2021) propone cuando sostiene que la palabra en el método analítico se distribuye de un modo inédito, afectando la posición del que habla y del que recibe esa palabra de una manera radical.

Al decir de Allouch (1993), el tratamiento psicoanalítico se ofrece como una propuesta diferente al invitar al analizante a volver a pasar por la cosa del otro; introduce una forma nueva de recolectar el testimonio de la clínica cuyo rasgo más notable, a su vez, es que no ha roto *radicalmente* su lazo con la psiquiatría sino que ha introducido con respecto a ella cierto número de rupturas, de desfasamientos, de desplazamientos de cuestiones, de reformulaciones e incluso de nuevos objetos. Hoy en día, se posiciona de una manera diferente de aquel tratamiento que propone la psiquiatría posmoderna quien, sin malas intenciones, muchas veces trata de ”emparchar” las manifestaciones de malestar -inherentes al ser humano- para rápidamente dejarlas atrás y poder pasar a otra cosa.

Se nos presentan, de este modo, dos formas alternativas de “pasar a otra cosa”, dos modos alternativos de darle tratamiento a la emergencia de la angustia, frente a las mismas sostenemos la potencia que hay en la primera de ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allouch, J. (1993). *Letra por letra.* Capital Federal: Editorial Edelp. S. A.

Bello, M. (2021). *Lo normal, lo patológico, lo anormal. Debate Psiquiatría – Psicoanálisis*. Ficha de cátedra. Rosario. Facultad de Psicología UNR.

Fernández Miranda, J. (2019). *El trabajo de lo ficcional. Problemáticas actuales en la clínica psicoanalítica con niños.* 1° ed. Buenos Aires: Letra Viva.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. 2da reimpresión. Colombia: FCE.

Freud, S. (1975). *Recordar, repetir, reelaborar* en Obras completas Tomo 12. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (2013). *Obras completas. Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)*. 2° ed. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (2016). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. 1° ed. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Illich, I. (1984). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Ciudad de México: Joaquin Mortiz Editorial.

Kohan, A. (2020). *Y sin embargo, el amor.* 2° ed. Buenos Aires: Paidós.

Kuri, C. (2022). *La pulsión: multiplicación y anacronía del concepto.* 1° ed. Rosario: Otro Cauce.

Lacan, J. (2021). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 1: Los escritos técnicos de Freud.* Buenos Aires. Paidós.

Lacan, J. (2023). *El seminario de Jacques Lacan: Libro 10: La angusti*a. Buenos Aires: Paidós.

Ritvo, J. B. (2014). *El síntoma*: *estructura de la formación o formación de la estructura 1987-1988-1914.* Buenos Aires: Colectora.

Ritvo, J. B. (2021). *Archivo metapsicológico: clases de Juan Bautista Ritvo. Epistemología II, año 1990.* Rosario: Otro Cauce.

Sedronar (2022). *Principales resultados en relación con el consumo de psicofármacos.* Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/07/oad_2023_principales_resultados.pdf