

**SÉPTIMO
CONGRESO
INTERNACIONAL
CAECH**

2023

VIERNES

9

JUNIO

12:00-13:00 HRS

zoom

**ID de reunión: 825 5334 8860
Código de acceso: 195950**



<https://www.facebook.com/SoyCAECH/>
(transmisión en vivo)



**ANGUSTIA.
MAYÉUTICA
TERAPEUTICA
Y PERMISOS**



Anibal P. Santoro

**THINSCEN - The Inner
Strengthening Center**



The Inner Strengthening Center[®]

Growing to Win[®]

ANGUSTIA, MAYÉUTICA TERAPÉUTICA Y PERMISOS

Aníbal P. Santoro

THINSCEN – The Inner Strengthening Center
anibal.santoro@thinscen.com

Abstract

La angustia, esa separación entre el querer y el deber que acompaña a la tirantez entre el Ello y el Superyó, suele ser vista desde una perspectiva que facilite el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, la misma desconoce el impacto de las creencias inconscientes que sustentan a las creencias manifiestas sobre las que se configuran los relatos; exigiéndose el análisis de las primeras. En la clínica he recibido pacientes que, durante las primeras sesiones, se han mostrado con rasgos de neurosis, ansiedad, temblores, dudas, temores y contradicciones. Sin embargo, al indagar en sus características naturales y apartarme de lo que se suponía que el diagnóstico y el curso de la sesión debería exponer, pude hallar junto a ellos sus motivaciones reales y configurar un ambiente terapéutico acorde a su perspectiva sobre la vida, obteniendo como resultado un rápido avance que los animó a atreverse a iniciar cambios en su vida personal y de relación, más allá de las limitaciones, dudas, creencias y resistencias con las que sostenían sus relatos en cada sesión. Curiosamente, en pocos encuentros, no sólo hubo avances visibles sino cambios en la frecuencia de los mismos, con el objetivo explícito de querer experimentar esto nuevo que estaban permitiéndose descubrir. Tan solo por haber repreguntado desde otra perspectiva, la existencia de la pregunta misma pareció permitir el surgimiento de un significado inesperado, motivador y liberador. Esto lleva la máxima bioniana de la técnica “sin memoria, sin deseo y sin comprensión” a otro nivel en el que el análisis debe contactar con el paciente.

Palabras clave: angustia, neurosis, mayéutica, permisos, ontopsiquis.

Castración, complejo de Edipo, abandono originario, envidia del pene, y demás pilares de la técnica psicoanalítica son necesarios, pero con ciertos pacientes no pasan de ser sólo un recurso teórico de aquello a tener en cuenta como algo posible de revestir importancia; dado que la realidad que relataban, si bien tenía raíces en su pasado, se alimentaba de sus esfuerzos por intentar cumplir con las enseñanzas familiares y las exigencias de la sociedad.

El condicionamiento educativo, mediante reforzamientos operantes positivos y negativos, en algunos provocó un transitorio temor que facilitó su inserción en grupos sociales, en tanto que en otros pacientes el resultado fue lo opuesto de lo buscado.

Todos los pacientes que motivan el presente trabajo pueden considerarse exitosos al evaluarlos desde el punto de vista social; sin embargo, ese éxito social les deja una sensación de vacío existencial que no va de acuerdo con el guion aprendido de lo que significa aceptar esforzarse para lograr, ganar y crecer. Existe una toma de consciencia acerca de que cumplir y ese bienestar no les alcanza.

Angustia

Ese fue el autodiagnóstico con el que un paciente llegó a mi consulta. Temblaban sus manos, y su voz estaba a punto de quebrarse ante cada intento de relatar qué lo había impulsado a verme. Su mirada estaba perdida, quizás en el recuerdo, a la vez que inquisidora en busca de respuestas. Gotas de transpiración surcaban su frente y la respiración era entrecortada, pero con alta frecuencia. La posición de su cuerpo no era relajada, por lo que el encuentro frente a frente, mirada a mirada, se convirtió en un puente a lo posible y, al mismo tiempo, en una línea de vida que lo mantenía con la esperanza de salvarse o de ser salvado.

Le tomó unos quince minutos de su relato continuo para poder comenzar a calmar su respiración, recomponer su postura, dejar de temblar y hablar con naturalidad; tras lo cual, logró expresar lo mismo, pero de diferente manera. En otras palabras, estaba cambiando su relato.

Al término de la consulta, le pregunté respecto a cómo se estaba sintiendo para que tomara consciencia del cambio que podría haber experimentado desde su llegada a la consulta hasta su estado actual de ese momento; y se sonrió.

No parecían congruentes su sonrisa y su postura relajadas en tan solo unos pocos minutos de catarsis.

En las siguientes tres sesiones, la situación se repitió, aunque con cierta tendencia a que los tiempos se acortaran entre la tensión de inicio y el momento de la distensión al cierre.

La causa manifiesta por la que había solicitado la consulta fue su malestar tras terminar una relación de pareja de muy corta duración, unos escasos cuatro meses.

Sin conocer los detalles de lo que pudo haber vivido en ese lapso, comencé a evaluar la posibilidad de que la angustia fuera actuada, de algún modo, aunque sin dolo.

Para explicar este aspecto tendremos que revisar las descripciones puntuales que ofrecía el DSM-IV-TR para “Trastornos de ansiedad – Crisis de pánico o crisis de angustia”, comprobando que este paciente reunía varios de los síntomas necesarios para emitir el diagnóstico. Sin embargo, con el cambio de perspectiva introducido por el DSM-V, ya no es tal la claridad, al menos, a nivel del manejo simbólico; algo que esta revisión de los trastornos de la salud mental no se esfuerza en ocultar al reconocer que se incorporan “componentes afectivos, cognitivos y conductuales” para proporcionar “una reflexión más amplia y precisa del verdadero cuadro clínico que se podría obtener al evaluar no sólo las quejas somáticas”.

Desde la perspectiva del DSM-IV-TR, este paciente parecía fluctuar entre las tipificaciones F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01) y F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02).

Sin entrar en una argumentación filosófica, es importante destacar que la descripción actual propuesta por el DSM-V resulta superficial e inoperante para el psicoanálisis o para una psicoterapia psicoanalítica.

Sirva como ejemplo que la nueva descripción para el 300.01 (F41.0) del DSM-V ha cambiado a Trastorno de pánico, y sus ejes han variado respecto del DSM-IV-TR.

Aunque el cambio haya sido incluido para facilitar la labor de los médicos que no están formados para evaluar la mente humana, el énfasis puesto en los signos manifiestos desconoce la importancia de los significados con los que la persona construye su relato.

Al ir conociendo a mi paciente, algo a lo que la consulta médica puntual no tiene acceso, fui descubriendo más acerca de los significados, de los conflictos que generados por esos significados y de los significados que eran generados por la aparición de esos conflictos.

En el anterior párrafo, intencionalmente repetí la palabra “significados” para evidenciar que la simplificación a nivel estilo editorial no es lo correcto cuando se trata de comprender la realidad relatada por una persona.

Con el paso de las sesiones comencé a trabajar un posible tema de permisos internos provocado por lo social, partiendo de la perspectiva de un desamparo originario.

El vínculo con los padres fue, inicialmente, relatado de manera positiva; sin embargo, con el paso de las sesiones, se evidenció un conflicto con una madre percibida por él como controladora y, en cierto modo, manipuladora mediante chantajes emocionales basados en manejos por culpa, en tanto que el vínculo con su padre fue relatado a nivel de una identificación positiva con mutuo respeto.

Si el relato exige escucha, el posible acceso al descubrimiento de aquello que lo sustenta exige hablar.

Mayéutica Terapéutica

Dado que se trata de conocer, existe otro camino para indagar en la realidad de tal modo que surja una verdad; uno expuesto hace casi 2500 por Sócrates, como parte del método socrático.

Es la llamada “mayéutica”, ese diálogo conducente hacia la verdad, desde la certeza de que no existe una verdad absoluta.

Estamos pasando de la angustia, del apartado anterior. al conocimiento; por lo cual es necesario establecer la lógica para justificar y sostener este paso.

Como ya hemos expuesto en el caso de los DSM-IV-TR y DSM-V, respecto de la revisión de la descripción con código F41.0 (300.01) y 300.01 (F41.0), respectivamente, la angustia definida por los manuales es variable, pudiéndosela detectar más por sus manifestaciones emocionales y físicas que mediante una descripción acabada y precisa. Algo lógico debido a que se trata de una respuesta subjetiva que no puede estandarizarse.

El paciente viene con un dolor psíquico sin origen específico; una molestia etérea, pero real, que interfiere con el desarrollo de su vida.

La técnica tradicional, basada en silencio y escucha libremente flotante, sólo aporta a la efectividad de una forma de lograr avances, que es la de generar el surgimiento de una nueva angustia que fuerce al inconsciente a que se abra y permita la catarsis.

Más allá de su efectividad, merece una reflexión respecto de la ética de sumar angustia a la angustia que ya padece el paciente.

Al haberle preguntado en la primera sesión, cuando él mismo me comentó su sensación de estar angustiado, cómo había llegado a esa conclusión y solicitarle que me definiera lo que él entendía por angustia, no supo qué decir; aunque ya había expuesto su autodiagnóstico,

No pudo responder porque no sabía; y cuando no se sabe se cree.

Era necesario poder detectar qué información le faltaba que pudiera servirle para desplazar sus creencias y para modificar los significados que se traducían en sus relatos.

Aquí entra esta otra forma que yo me permito llamar como “mayéutica terapéutica”.

Básicamente, es iniciar un diálogo, es decir un camino de dos vías, en el que mediante preguntas se pudiera motivar la curiosidad suficiente como para apartarse de lo inmediato y llegar a los posibles fundamentos.

Este tipo de diálogo es muy activo, casi sin respiro ni silencios, esperando las respuestas para generar nuevas preguntas o para utilizarlas de tal modo que el paciente quiera o tenga que modificarlas, rebatirlas o enfrentar un vacío que invalida sus justificaciones racionales.

Se presenta unas pocas veces a lo largo de la sesión, ya que requiere tanto de una preparación de la situación que merecerá ser tratada como de un tiempo de espera para que el paciente pueda reacomodar sus significados, cuestionar sus propias creencias, hacerse con la nueva realidad posible y retomar el diálogo. Tras este proceso, es común que cuestione al terapeuta para buscar nuevos datos, a lo cual éste podrá responder con contra-preguntas o con algún tipo de dato “digerido” de tal modo que sea fácilmente recibido por el paciente.

Como ejemplo, expongo una breve descripción, no una definición teórica ni de manual, respecto de una forma posible para comprender lo que es la angustia.

Cuando no pudo responderme a mi cuestionamiento sobre cómo había concluido que sentía angustia, esperé y, ante su vacío incapacitante para comprender y responder, le comenté que la angustia surge ante la dificultad de poder compatibilizar lo que siente que quiere con lo que sabe o cree que debe.

Su expresión facial se relajó casi de inmediato; mostrando que pudo comprender y reconocer qué representaba lo que había escuchado.

El resto de esa primera sesión cambió cerca de la media hora y, hacia el final de la misma, sus signos visibles de angustia “de manual” ya no se evidenciaban.

Se había reemplazado la angustia original con la que llegó a la consulta, a la cual estaba sumada la que sentía por haber sido la primera vez en su vida que accedía a una terapia y no saber qué se esperaba que hiciera, por un dato con valor para él que le permitía comenzar a comprender por dónde debía buscar las respuestas.

Es evidente que este tipo de diálogo se aproxima más a los psicoanalistas winnicottianos y a los interpersonales, dado que hay un intervencionismo activo que promueve una relación en busca de significados.

Cuando se establece este diálogo se accede a una curva ascendente de intensidad y velocidad que impide la emisión de respuestas fáciles y/o preparadas, defensivas y/o evasivas, que llevan al paciente a que exponga su inconsciente de algún modo.

La exigencia queda del lado del terapeuta para mantener la escucha libremente flotante en un nivel empático profundo que le permita detectar lo mismo que surge cuando simplemente se escucha al paciente en silencio, es decir, lapsus, actos fallidos, explicaciones sin sentido y resistencias, con la ventaja de no aportar más angustia al dolor psíquico del paciente.

Similitudes y Permisos

Lo que he expuesto como ejemplo axial para desarrollar este trabajo, de ningún modo es exclusivo de la persona que he tratado. Aspectos y características parecidas las he observado en otros pacientes.

Uno de ellos ha sido un joven viajante de comercio que accede a la consulta con signos de angustia según lo descrito en F41.0 (300.01) en el DSM-IV-TR, al que se le sumaba su adicción a la marihuana. No había señales de pánico, tal como lo descrito en 300.01 (F41.0) en el DSM-V.

La angustia, para él, estaba vinculada a una reciente ruptura de pareja, con una persona con la que había estado muchos años.

Trabajando a la vez su angustia y su adicción, según una perspectiva teórica propia que denomino “cupla carencia-mentira”, fui indagando en la aparente normalidad de su vida.

Nuevamente me encontré con una madre controladora y manipuladora por culpa, y un vínculo de fuerte identificación con un padre aparentemente justo, pero que, no obstante tener presencia como objeto internalizado, estaba pospuesto en su accionar dentro de la familia al quedar relegado en la sombra de su esposa.

Con el transcurrir del proceso terapéutico, fueron cediendo tanto la adicción como la angustia, junto con la pérdida de peso del recuerdo de su pareja.

Una paciente joven, empresaria, llegó a sesión con conflictos de pareja, angustiada y sin saber el porqué seguía al lado de su esposo alcohólico que la maltrataba.

Nuevamente, los signos visibles encuadraban dentro de los sugeridos para diagnosticar un trastorno de angustia según el DSM-IV-TR.

Con ella, la infancia no fue feliz; el padre alcohólico era el maltratador y ausente, en tanto que la madre representó un objeto afectivo con mezcla de sentimientos entre compasión hacia ella por lo vivido y reclamos por haberla abandonado al haber permitido los malos tratos hacia ella y la familia.

Con los tres pacientes que menciono, todos con edades entre los 30 y los 35 años, parecía estar presenciando un proceso *fort-da*, pero en adultos.

Esto me llevó a considerar otra de mis propuestas teóricas, que llamé “las tres instancias del parricidio edípico”, por la cual estaba asistiendo a un proceso de individuación que causaba angustia no tanto por la separación sino por lo indefectible que sería el desenlace.

En otras palabras, les angustiaba estar atreviéndose a ser individuos a pesar de tener que luchar con las representaciones de sus padres y sus significados.

Desde la educación se les había ocultado el derecho natural a ser en plenitud según sus propios términos; razón por la cual, la lucha por la individuación es un acto clandestino que atenta contra la hegemonía de la autoridad. Sin embargo, la angustia no tenía su origen en la lucha como tal, sino en la consciencia de la inevitabilidad del destino.

Les faltaba el permiso para ser ellos mismos y no podían evitar serlo.

Semejante atrevimiento, para algunas personas puede constituirse en un detonante para la aparición de ciertas neurosis, por ir en contra de su Superyó; en tanto que, para otras, su naturalidad para transitar por ese proceso sin que evidencia algún tipo de reparo hará que se emitan juicios y diagnósticos contra su actitud porque el sostenimiento de la cultura y la sociedad no pueden permitir que el individuo se apropie de su permiso para ser.

En la teoría OntoPsiquis, proponemos 10 perfiles naturales y normales en los cuales la respuesta frente a lo que se quiere, se debe o se puede es diferente para cada uno.

En este punto, volvemos a la relatividad en la que se funda el DSM como Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para explicar el concepto, no la definición, de lo que se comprende como “lo normal”.

Básicamente, el análisis que permite evaluar el grado de normalidad revisa los siguientes ejes:

- a) El desvío del promedio en su cultura
- b) El desvío del ideal buscado en su cultura
- c) El desvío de lo considerado legal en su cultura
- d) El que la persona se haga daño o dañe a otro
- e) El que la persona sea funcional en su cultura

Como es evidente y tan solo pensando en que cada país y cada región dentro de un estado tienen leyes diferentes, lo mismo que para una cultura es digno de ser considerado normal para otra puede no serlo.

Inclusive la concepción del daño a uno mismo se vuelve relativo cuando una persona se lastima buscando salvar o ayudar a otra. Claro está que, a ese tipo de arrojo personal en el que no importan las lesiones recibidas, la sociedad y la cultura lo valoran ponderando el espíritu de sacrificio o la valentía heroica.

Todo es relativo.

Tan relativo como lo es que una “acto de resistencia” durante un tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico no necesariamente deben ser interpretados como resistencias. Más aún cuando acabo de mostrar cómo es que la lucha por ser exige un *fort-da* adulto cuyo desenlace es el acceso a una individualidad fortalecida por el atrevimiento y la obtención de un permiso interior sin que medie un permiso desde el entorno.

Conclusión

La angustia, vista como ese abismo entre el querer y el deber, obliga a escuchar lo que se relata cuando el paciente nos regala las pistas en su relato.

He mostrado que tanto un paciente con adicción como otro luchando contra el intento de castración propiciado por su madre, o aquella que se resiste a los malos tratos de un padre alcohólico, alimentan su angustia en el manantial de la vida; siendo sus ganas de vivir lo que los lleva, inconscientemente, a luchar por cuestiones más allá de sus expectativas y anhelos conscientes.

La mayéutica terapéutica, aplicada de forma tal que el vértigo del diálogo impida los tiempos para pensar y repensar las respuestas, es tan útil como la escucha silenciosa de la técnica tradicional, pero sin agregar el componente de la angustia ante la ausencia de la respuesta buscada y aportando el componente relacional que modifica, de algún modo, la percepción que el paciente ha desarrollado sobre sí mismo.

El intercambio de puntos de vista similares o disímiles en un ambiente protegido, como lo es en la terapia, permite fortalecer al paciente tanto cuando éste logra defender sus propias creencias frente al terapeuta como cuando recibe del mismo una invitación a cambiar su observador para poder comenzar a descubrir y a desfundamentar dichas creencias.

Al tener en cuenta que la mayéutica se orienta a que el otro descubra la verdad, su verdad, este proceso, utilizado como herramienta terapéutica, no puede ser confundido con una sesión de acompañamiento, ni una asesoría o consultoría profesional; dado que no se trata de las verdades del terapeuta, ni del análisis de los pilares psicoanalíticos como la castración, el Edipo, el desamparo y otros, sino que se trata del descubrimiento de la capacidad de generar los propios significados frente a los eventos que acontecen en la realidad del paciente, y del desarrollo de su permiso interior para abrazar lo descubierto.

La angustia de sentir el permiso para iniciar la lucha con la cual se descubre que se tiene el permiso de querer, de lograr, rechazar, oponerse, resistirse o aceptar, fortalece al paciente y lo quita de su sitio de ser visto o percibido como carente o dañado, sometido por su historia y sus circunstancias, llevándolo, indefectiblemente, al encuentro con la normalidad. La suya.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- APA, B. M., Pincus, H. A., & Frances, A. (2008). *Dsm-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - IV - Texto Revisado*. Elsevier Masson.
- Freud, S. (1996). "Inhibición, síntoma y angustia" en *Obras completas - Tomo XX Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? y otras obras (1925-1926)*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1996). "El malestar en la cultura" en *Obras completas - Tomo XXI El porvenir de una ilusión. El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931)*. Amorrortu Editores.

Santoro, A. (2022). Las Tres Instancias del Parricidio Edípico (C. I. Caech, Ed.). 4to Congreso Internacional CAECH. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7523025>

Santoro, A. (2022). Cupla Carencia-Mentira: Fuerza Motriz de la Adicción (C. I. Caech, Ed.). 6to Congreso Internacional CAECH. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7523241>

Santoro, A., Behn-Eschenburg, C. (2021). OntoPsiquis, más allá del eneagrama y el psicoanálisis – Tomo I La esencia de tu ser. THISCEN – The Inner Strengthening Center

Santoro, A., Behn-Eschenburg, C. (2021). OntoPsiquis, más allá del eneagrama y el psicoanálisis – Tomo II Tus fortalezas dinámicas. THISCEN – The Inner Strengthening Center