**Congreso APU 2016**

**El Cuerpo – Encrucijadas**

1. **- 6 de agosto - Montevideo**

**EJES: - El cuerpo en las diferentes organizaciones psicopatológicas**

 **- Cuerpo y manifestaciones sintomáticas: adicciones, trastornos alimentarios, escarificaciones y eclosiones somáticas**

**TITULO del TALLER:**

**“El cuerpo en las diferentes crisis de angustia y en los ataques de pánico- Observaciones clínicas”**

**Lic. Canteli Maria Haydee . SAP DNI 5387671**

**Lic. Cervato Graciela . SAP DNI 6286473**

**Lic. Gonzalez Ana Maria - SAP DNI 6178223**

**Lic. Gueudet Viviana EAPG DNI 6199263**

**Lic. Kogan Lídia APA DNI 5472762**

**Lic. Kemelmajer Levin Berta APA DNI 6040214**

**Lic. Spivacow Irene - SAP DNI 11265452**

**Profesor Invitado Dr. Winograd Bruno SAP DNI 507181**

Angustias, miedos, crisis de pánico y manifestaciones en el cuerpo

**INTRODUCCION**

Fue Freud en 1895 el primero en hacer una descripción detallada del ataque de angustia con sus temores asociados de muerte inminente o de volverse loco.

Si bien no tomamos en cuenta su teoría etiológica sobre la libido estancada, sí destacamos el énfasis que pone en la singularidad biológica de los que padecen estos ataques, dada la variedad de síntomas somáticos que describe y su forma de combinarse. Las consideró no analizables, pero dejó abierto el camino para repensar esto ya que habló de neurosis mixtas, es decir de la combinación de síntomas y problemáticas en un mismo sujeto.

Un ataque o crisis de angustia y pánico puede aparecer en el curso de un análisis clásico o puede ser el motivo de consulta de un sujeto. En todos los casos el abordaje a considerar dependerá de la estructura de personalidad del paciente en cuestión. Que es el que padece el ataque para ver de qué forma lo tratamos. Esto es lo que vamos a desarrollar con las viñetas clínicas como ejemplo.

**DESARROLLO**

La característica esencial del ataque de pánico es que en las personas que lo sufren ante conflictos o situaciones traumáticas se ponen de manifiesto trastornos neurovegetativos, ocupando un primer plano las manifestaciones corporales.

Nos proponemos reflexionar acerca de las variaciones en las diferentes formas de intervención. Pondremos énfasis en el modo de abordaje que propone Hugo Bleichmar desde el modelo modular transformacional, donde plantea la relación mente - cuerpo como dos módulos separables que interactúan y se influencian, cada uno con sus propias leyes de organización.

El punto de mira son los “estados emocionales descriptos como estructuras cognitivo-afectivas” acompañados de expresiones corporales, neurovegetativas y cerebrales.

Trabajaremos con el concepto de “self en peligro” que trata de la existencia de una representación básica a la que el sujeto puede llegar por diferentes caminos. Noción que encontramos clínica y psicopatológicamente en sujetos en distintas situaciones caracterizadas por angustias intensas

Ubicamos sus fuentes en fijaciones traumáticas en las que el sujeto sintió impotencia ante situaciones o personajes amenazantes con la sensación de pérdida de control de su mente y cuerpo, (determinando conflictos psíquicos internos). La presencia en estas personas de personajes significativos que vía la identificación quedaron sujetados a sentimientos peligrosos, promoviendo un imaginario de dolor, sufrimiento e incapacidad de tranquilización. Fenómenos que se trasladan al cuerpo, produciendo reacciones diversas entre ellas: descargas hormonales, hiperventilación, sensaciones opresivas, manifestándose en cada persona significados variados, en relación a la historia personal y singular de cada uno. Por todo lo dicho es importante que el analizando pueda sentirse un “agente activo” del accionar de sí mismo.

En el abordaje de las crisis de pánico y angustia, se tienen en cuenta no solo los contenidos verbales, y sus fantasías inconscientes, sino niveles primitivos de estadios tempranos de la personalidad.

Estamos habituados a considerar tanto el conflicto, como a las condiciones traumáticas, las que de por sí, desarrollan la angustia o los ataques de pánico, sin embargo, es importante ubicar según este autor, las reacciones neurovegetativas y especialmente como el sujeto la codifica y qué le representan a él.

Al encarar un tratamiento psicoanalítico clásico de los trastornos de pánico, se trabaja en el nivel de disminuir los conflictos intrapsíquicos, básicamente trabajar las fuentes inconscientes de la angustia. Estadísticamente los trastornos de pánico disminuyen en frecuencia, se amortiguan sus manifestaciones o llegan a desaparecer.

También resultan eficaces - en el corto plazo - los tratamientos cognitivos conductuales y los tratamientos farmacológicos. La hipótesis de H.B en relación a esto, es que actúan en distintos eslabones del circuito de la angustia: el de las fuentes/causas inconscientes de la angustia (el psicoanálisis); el de la reacción consciente ante la angustia (el tratamiento cognitivo); y el del nivel neurofisiológico de la angustia (el tratamiento farmacológico). Nos interesa el aporte de cada uno de ellos. Consideramos que este modelo al permitirnos examinar los múltiples niveles de articulación existentes entre sectores del inconsciente y la conciencia y entre lo representacional y lo neurobiológico nos permite enfocar la psicopatología y el tratamiento de los trastornos de pánico desde una perspectiva no reduccionista que da cuenta de la complejidad del psiquismo.

**Viñeta**

Mariana de 41 años dice que “necesita tratarse, no está bien, se siente muy sola a pesar de tener amigos”, “todos ya tienen familia e hijos”. Expresa preocupación por su extrema ansiedad y miedo, tiene palpitaciones. Tuvo ataques de pánico hace 10 años, recurrió a terapia, y la ayudó. La medicación la tranquilizó. Ahora, vuelve a tener estos síntomas, la lleva en su cartera por temor a las palpitaciones y a paralizarse.

 Al enterarse que sus óvulos no tienen un buen nivel de actividad, esto le generó nuevas situaciones aterrorizantes (“no poder llegar a tener un futuro, imposibilidad de armar una familia” “no sabe si le van a dar los tiempos”). Estas, se profundizaron luego de tener una pesadilla, en la cual estaba con su padre viajando en una avioneta, este pierde el control y cae, despertó asustada el pecho le explotaba y tuvo que tomar medicación.

Comenta ser enojosa y que habla poco. Describe siempre a su padre, como extremadamente ansioso, siendo el responsable de generar significativas pérdidas a la familia. Su madre “distante en lo afectivo de pocas palabras, nada de acercamiento ni efusividades”. Esto lo sintió como un peso toda su vida. Dice que de chica “no hablaba, estaba enojada, e insistentemente le preguntaban ¿porque no hablas?”.En una etapa posterior cuando conoció a su actual pareja, lo sintió corporalmente brusco y agresivo. Trabajamos en lo manifiesto que ella expresaba: sus apuros, impulsos, decepciones, miedos con intervenciones al estilo de “me da la impresión que cuando vos estás frente a una sensación de incomodidad, quedas impedida de expresar en palabras lo que te pasa, y tal vez, eso te lleve a interrumpir prematuramente tus vínculos, podemos pensar y hablar juntas acerca de tu apuro-ansioso”.

Pensando en los primeros indicios que transmitió de que ella no hablaba, le pregunté si no le llamó la atención a ella ¿qué le habría despertado la angustia de ese primer encuentro? Y le expliqué: pudimos empezar a conjeturar, que su ansiedad- acompañada de angustia desmedida, la hacía sentir que el otro, la oprimía en su desarrollo.

Fuimos tratando de poner palabras, no sólo de entender sus conflictos, sino algo muy importante para ella sus dificultades cómo apropiarse de sus decisiones, de ser ella la que podía decidir.

**Algunos interrogantes**

* ¿Por qué la angustia toma esta modalidad en esta paciente comprometiendo al cuerpo y a los sentimientos?
* ¿Cómo podemos pensar las pesadillas recurrentes?
* ¿Cómo se instalan ciertas creencias a lo largo de su evolución acerca de sí misma?
* ¿Los estados angustiosos surgen a partir de las ideas que se le imponen?
* ¿Cómo conceptualizamos en esta paciente el self en riesgo?
* ¿Podemos relacionar el accionar de un sistema de alerta, por el significado que adquieren en ella las figuras significativas?
* ¿Es posible pensar en intervenciones más a predominio del orden explicativo y de lo manifiesto?
* ¿Las sensaciones corporales de la angustia, estaban en relación con la alarma en la que vivía, así también como en sus recurrentes pesadillas?