

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Evaluación de cambio psíquico en un tratamiento por crisis de pánico.

Quesada, Silvia, Guzman, Leandro, Rodriguez, Rafael Osvaldo, Donghi, Alicia Ines y Abinzano, Rodrigo.

Cita:

Quesada, Silvia, Guzman, Leandro, Rodriguez, Rafael Osvaldo, Donghi, Alicia Ines y Abinzano, Rodrigo (2022). *Evaluación de cambio psíquico en un tratamiento por crisis de pánico*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/663>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/VgW>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EVALUACIÓN DE CAMBIO PSÍQUICO EN UN TRATAMIENTO POR CRISIS DE PÁNICO

Quesada, Silvia; Guzman, Leandro; Rodriguez, Rafael Osvaldo; Donghi, Alicia Ines; Abinzano, Rodrigo
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se inscribe en el proyecto de investigación clínica, incluido en la programación UBACyT 2018 y cuyo título es "Evaluación de cambio psíquico en pacientes con ataque de pánico y/o consumos problemáticos". Se presenta una viñeta clínica de una paciente que solicitó asistencia en el marco del proyecto y completó el tratamiento de 24 sesiones previstas en el protocolo. Se le administró el Psicodiagnóstico de Rorschach al inicio del tratamiento y al final del mismo. Se analizan y desarrollan en el trabajo, las variables que se tomaron en cuenta, tanto desde el punto de vista clínico, como de la evaluación psico diagnóstica del test de Rorschach, para inferir "cambio psíquico". La orientación psicoanalítica, que es el marco teórico-referencial de la investigación, reconoce particularidades, tanto en cuanto al diagnóstico, como en la consideración de los conceptos fundamentales en los que se apoya, para evaluar cambio psíquico en este tipo de presentaciones clínicas complejas, como son las crisis de pánico y los consumos problemáticos asociados o no a ellas. Uno de esos conceptos es el de transferencia.

Palabras clave

Cambio psíquico - Pánico - Terapia psicoanalítica - Rorschach

ABSTRACT

PSYCHIC CHANGE ASSESSMENT OF A PANIC DISORDER TREATMENT

This work is part of the clinical research project from the UBACyT 2018 program, titled "Psychic change assessment in patients with panic disorders and/or problematic use". A clinical vignette of a young woman patient who requested assistance -in the framework of the project- and completed the treatment of 24 sessions in the protocol is presented. She was administered the Rorschach Test at the beginning of the treatment and at the end of it. The variables that were considered, both from a clinical point of view and from the psychological assessment with the Rorschach test, to infer "psychic change" were analyzed and developed in this work. The psychoanalytic orientation, which is the theoretical and referential framework of the research, recognizes particularities, both in terms of diagnosis, and in the consideration of the fundamental concepts on which it is based, to evaluate psychic change in this type of complex clinical presentations, such as panic disorders and problematic use associ-

ated or not with them. One of these concepts is the transference.

Keywords

Psychic change - Panic - Psychoanalytic therapy - Rorschach

Marco teórico-epistemológico

La orientación psicoanalítica reconoce, respecto de la cuestión diagnóstica, diferencias en relación con la mirada desde la psiquiatría. Para la medicina, el diagnóstico es una herramienta fundamental con la que se debe contar antes de toda estrategia de tratamiento posible. De allí que la descripción detallada que el paciente haga de sus síntomas, y sobre todo la aguda observación que el médico pueda realizar sobre los signos que presenta, orientará a éste en la prosecución del tratamiento. Es clave para este modelo diagnóstico la apoyatura que le brindan los manuales DSM-5 y CIE-11 (APA, 2014). Si bien es cierto que los psicoanalistas convivimos a diario en los distintos ámbitos de incumbencia con el discurso médico-psiquiátrico -y con los manuales mencionados- no representan nuestra orientación principal a la hora de dirigir la cura y diagnosticar.

En Freud encontramos, en los orígenes de su trabajo, la ruptura con el modo clásico de clasificar a los pacientes. Podemos decir que se produce un cambio de dirección en la clínica, que pasa de la epistemología de la mirada a la epistemología de la escucha y esto comienza a abrir un camino hacia una nueva psicopatología. De este modo, la consideración psicoanalítica respecto del diagnóstico agrega complejidades conceptuales.

Para el psicoanálisis, el diagnóstico no se encuentra cerrado al inicio de un tratamiento, sino que por el contrario pasa a formar parte de la misma construcción del proceso de una cura. En esta dirección, un concepto que pasa a formar parte de modo relevante en este análisis es el de transferencia. La primera cuestión para tener en cuenta es la concepción y el uso que el psicoanálisis hace de la transferencia con relación a la cura, una referencia absolutamente orientadora a este respecto es la advertencia que hace Lacan en el seminario 11 refiriéndose al concepto de transferencia: "*Este concepto está determinado por la función que tiene en una praxis. Este concepto rige la manera de tratar a los pacientes. A la inversa, la manera de tratarlos rige al concepto...*" (Lacan, 2007, p. 130). Esta sinergia pasa a ser fundamental a la hora de ubicar la cuestión diagnóstica en el proceso. Entonces, para el psicoanálisis, el diagnóstico no es algo que este dado antes del establecimiento mismo de la transferencia,

sino que es algo que se produce en el dispositivo mismo y el lugar del analista no es el de un mero observador, sino que está implicado en la estructura en cuestión.

Se desprenden de aquí dos consecuencias de gran importancia,

- La gran colección de cuadros clínicos que describen los manuales queda reducida a la necesidad de establecer cuál de las tres estructuras clásicas del psicoanálisis (neurosis, psicosis, perversión) está en juego en cada tratamiento.
- Esa gran reducción de la psicopatología no facilita las cosas; cada caso es único y no se inscribe en ningún universal.

Si bien, tal como sabemos, la clínica construida desde estos vectores es de lo singular, y por lo tanto se resiste a ser subsumida en la estadística, al mismo tiempo es una clínica que se sostiene en una teoría suficientemente contrastada y que nos orienta en la práctica. Esa teoría sí reconoce leyes y principios que son universales. Estos son los conceptos, las inferencias e hipótesis en las que se afirma. Así podemos hablar de transferencia, identificación, represión, resistencia y de tantos otros conceptos que por ser tales son atemporales y universales, y que, en la clínica, sólo se tratará de observar y dar cuenta cómo esos términos se operacionalizaron en cada sujeto en particular y en cada época. De eso se trata entonces cuando nos disponemos a investigar determinadas variables y su funcionamiento en el transcurso de un tratamiento.

En cuanto al marco teórico referencial en que se sostiene el proyecto, la evaluación del cambio psíquico producido por efecto del tratamiento, tendrá, de este modo, coordenadas específicas de análisis.

Un concepto que pasa a ser central en la evaluación es el de un afecto príncipe que es el de angustia. En este sentido es oportuno comenzar por recordar los tres tiempos en la formulación de la teoría de la angustia y que son claves para pensar la clínica de estas presentaciones. Un primer tiempo que es el de la llamada angustia automática, patognomónica de las neurosis actuales, especialmente de las llamadas neurosis de angustia. Un segundo tiempo, el de la formulación de la angustia señal, tiempo en el que Freud aún consideraba que la angustia era posterior a la represión y que, a su vez, es patognomónica de las psiconeurosis, donde ubicaba que la principal amenaza para el yo era el peligro de castración. Un tercer tiempo, el de la formulación de la angustia traumática, patognomónica de las neurosis traumáticas, cuando ya se había producido en Freud el giro fundamental en la teoría de la angustia y la angustia se instala como anterior a la represión, produciendo un giro en torno al verdadero peligro y amenaza para el yo y poniéndole un nombre: “perturbación económica”, cómo núcleo genuino del peligro. (Freud, 1926 p. 130)

Es ubicándonos en ese tercer tiempo de la teoría de la angustia, cuando Freud ya disponía del concepto de pulsión y ya había localizado a su vez la disyunción entre angustia y terror, dándole contenido a su consideración de las neurosis traumáticas y al

concepto de compulsión de repetición. (Quesada, 2010). Es entonces en estas reformulaciones en las que nos apoyamos en el proyecto, como marco teórico-referencial.

Las crisis de pánico se constituyen en una modalidad de presentación clínica que, si bien se presentan de manera transestructural, esto quiere decir que se pueden observar en las tres estructuras clínicas, es fundamental poder ubicar de qué estructura se trata para poder a su vez, ubicar y orientar la dirección de la cura.

De todos modos, y sin dejar de tener en cuenta las dificultades del diagnóstico y la importancia de establecerlo, nos hemos centrado en la noción de “cambio psíquico”, como efecto de un tratamiento de orientación psicoanalítica y hemos utilizado una herramienta sumamente probada en el campo de la psicología como es el test de Rorschach, administrado, clasificado e interpretado siguiendo los lineamientos de la Escuela Argentina (Alessandro de Colombo et. al., 2005; Passalacqua et. al., 2006; Passalacqua & Gravenhorst, 2007) para dar cuenta de este cambio de una manera verificable, a partir de esa doble apoyatura en el análisis del cambio: la inferencia clínica y el psicodiagnóstico de Rorschach.

El material clínico con el que trabajamos en la investigación se refiere a consultas derivadas por padecer crisis de pánico en las que, cómo sabemos, se encuentran concernidas distintas esferas en particular el cuerpo y lo que se ha dado en llamar la esfera cognitiva, que no es otra cosa que el lugar del sujeto. Por lo tanto, la evaluación del proceso terapéutico comportaría principalmente atenderse a ciertas claves en la escucha como son el tiempo de instalación de la transferencia, que permite pasar del de la mera demanda, que en estos casos suele presentarse de manera perentoria a la instalación de un síntoma que interroge al sujeto, de la referencia a un cuerpo, que se sitúa como ajeno y extraño y, a la vez, profundamente íntimo a la posibilidad de ser revestido desde lo simbólico y lo imaginario.

Viñeta Clínica

Se trata de una paciente mujer de 26 años, que llamaremos M, que concurre a la consulta en el marco del Proyecto de investigación en curso. Realiza la entrevista de admisión y es incorporada al protocolo por cumplir con el criterio de admisión. Antes de iniciar el tratamiento se le administra un Psicodiagnóstico de Rorschach.

Al inicio del tratamiento se presenta diciendo haber sufrido crisis de pánico que la obligaron a concurrir a una guardia. La primera de ellas ocurrió hace aproximadamente dos años. Se han repetido las crisis según refiere, habiendo tenido que concurrir siempre a la guardia por el temor a morir. Refiere que las crisis eran muy intensas, perdiendo muchas veces la conciencia, o sintiendo que “su cabeza se separaba del entorno”. Al momento de la consulta está cursando el segundo año de la carrera de Letras. Vive sola en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde hace 2 años. Es hija única de un matrimonio mayor. Hasta hace

2 años vivía con sus padres, hasta que decidió mudarse al departamento donde vive, que es de propiedad de ellos, para no tener que viajar de la Provincia a la Ciudad, todos los días. Al momento de la consulta se encuentra en una relación de pareja, también desde hace dos años, que ella define como “no muy estable”. Su pareja se fue a vivir a otra provincia y en estos dos años se han podido ver sólo dos veces. Por otra parte, refiere que en su concurrencia a las guardias por crisis de pánico le indicaron benzodiazepinas, pero refiere no haberlas tomado.

Síntesis de la evolución del tratamiento:

La paciente concurrió a todas las sesiones del tratamiento cumplimentando de este modo las 24 sesiones, previstas en el protocolo. Se le administró el test de Rorschach antes del inicio del mismo y a la finalización el retest.

Al poco tiempo de iniciar el tratamiento, promediando la cuarta sesión, las crisis de pánico desaparecieron y sólo había tenido una crisis -antes de esa cuarta entrevista- leve, según refiere, y por la cual no fue necesario concurrir a una guardia. En las primeras entrevistas a M le costaba hablar, se mostraba rígida hasta en su expresión. Si bien se evidenciaban buenos recursos intelectuales a su favor, existían limitantes que coartaban la correcta utilización de éstos. Apelaba, primordialmente, a los mecanismos defensivos de racionalización, intelectualización y aislamiento. Presentaba una imagen de sí misma frágil y vulnerable. Su identificación principal era a figuras débiles. Manifestaba impulsividad y labilidad emocional en general. Es decir, expresaba poco lo que sentía y, cuando lo hacía, desplegaba conductas poco adaptadas. En particular, su manejo de la agresión era ineficaz. Existían situaciones que le generaban irritabilidad elevada y dificultad para regularla. Manifestaba estar angustiada y experimentar sentimiento de desvalimiento personal. No obstante, en general, tenía muchas dificultades para asociar. Esta condición se revierte a promediar los tres meses de tratamiento y a partir de que M puede asociar e incluir en su propia historia el vínculo que tenía principalmente con su madre. Una madre que ella puede describir como invasora. Llena de temores y que se los transmitía todo el tiempo. Comenta sentir que la “llenaba de temores” y que le pedía, que la llamara cada vez que saliera de su casa y la volviera a llamar al volver. Que cada vez que se olvidaba de hacerlo, era una escena terrible. Pero que a ella al principio le parecía que eso estaba bien, que era efecto del cariño que su madre le prodigaba. Pero que recién ahora puede comprender que en realidad “la asfixiaba” y sobre todo la llenaba de miedos. Miedo a todo, comenta en una de las entrevistas. Si bien las crisis de pánico desaparecieron, quedó como resto lo que la paciente describía como un estado de ansiedad, sobre todo, frente a circunstancias en donde ella debía probar su rendimiento intelectual. El vínculo con su madre se modificó y en paralelo también con su pareja, de la que se separa. Comienza a vestirse distinto. También a salir con sus amigas y compañeras de facultad con las cuales tenía más afinidad.

Al momento del egreso, la comunicación con M era fluida, podía asociar sin dificultades, traía diverso material para el tratamiento como sueños, fantasías y encuentros y desencuentros con sus padres, a los cuales podía ver de modo diferente. Viajaba a la casa de sus padres los fines de semana para estar con ellos y disfrutaba de esos encuentros.

Se observó que lograba desplegar mejor sus sentimientos de manera objetiva y racional. Se evidenció una menor agresividad, aunque conservaba cierto repliegue de sus emociones en general. Asimismo, se incrementaron los sentimientos disfóricos, que eran prácticamente nulos al momento de la consulta inicial. Asimismo, comenzó a comprender parte de la angustia experimentada y a elaborarla. En el mismo sentido, se incrementó el reconocimiento de necesidad de dependencia afectiva a otros. En definitiva, podemos decir que no sólo se da una remisión de las crisis de pánico, sino que en el caso de M se puede pasar del acting-out, que las crisis, de algún modo graficaban, a poder entrar en otro registro y las mismas incluirse, de ese modo, dentro de una historia, su historia o novela familiar.

Tal como plantea Assoun (2000) “la carne de la metapsicología es el material clínico”. Se tratará entonces de entender, no sin disponer de la metapsicología, como un sujeto queda enredado en las identificaciones y en las propias modalidades del goce que lo alejan de la posibilidad de la “homeostasis subjetivante del principio del placer” (Lacan, 2007, p. 63).

En definitiva, la evaluación sobre la evolución del proceso puede sostenerse en la dimensión del cambio psíquico, siempre recordando que cambio no es igual a alta ni a objetivos terapéuticos; y para entender mejor cómo se da el cambio psíquico, el material del paciente es una fuente muy rica de información, aunque haya varias lecturas e interpretaciones del mismo.

El último elemento a recoger en esta condensada y sintética exposición de cuestiones sobre la investigación y los factores principales del proceso terapéutico, pero no menos importante, es el material que el paciente aporta en la sesión. Si bien sabemos que tiene una especial relevancia tanto durante el proceso diagnóstico, como durante el proceso psicoterapéutico, el sustrato metapsicológico que lo sostiene contribuye de manera muy específica para pensar sobre la evolución, la evaluación y las características del cambio psíquico.

En definitiva, las etapas de un proceso psicoterapéutico se establecen a posteriori, en base a los cambios significativos producidos en el material del paciente. Quizás de este modo, en la experiencia clínica, se puede pensar en que es posible escuchar, leer, visualizar el nivel de cambio que se alumbró a lo largo del proceso, a través de nuevas asociaciones verbales, manifestaciones del paciente acerca de sí mismo, de sus vínculos, a través de sus recuerdos y expectativas, miedos, formaciones del inconsciente, etc. Los sueños, los juegos, los dibujos, y las metáforas o recuerdos que se producen en un análisis nos confirman, y nos conducen, como las migas en el camino de Hansel y Gretel hacia la casa de la “bruja metapsicología”.

Sabemos que no es lo mismo lo que el paciente trae a sesión, ya que la verdad al pasar por la conciencia, “mente”, que lo que produce y se produce en un análisis. Así se revela que aquello que importa para evaluar el cambio, es lo que el paciente produce, asocia, recuerda, conecta e integra con otros elementos de su pasado o de su vida actual, otorgándoles un sentido nuevo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alessandro de Colombo, M., Alonso, H., Barreira, R., Codarini, M., Gravenhorst, M. C., Herrera, M. T., Menestrina, N. & Passalacqua, A. (2005) *El Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación*. Buenos Aires: Klex.
- American Psychiatric Association (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DMS-5. Madrid: Editorial Panamericana.
- Assoun, J. P. (2000) *La metapsicología*. México: Ed. Siglo XXI.
- Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia. En *Obras completas, Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (2007) *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Passalacqua, A. M., Alessandro de Colombo, M. A., Alonso, H. L., Codarini, M. S., Gravenhorst, M. C. & Herrera, M. T. (2006) *El Psicodiagnóstico de Rorschach. Sistematización y Nuevos Aportes*. Buenos Aires: Klex.
- Passalacqua, A. M. & Gravenhorst, M. C. (2007) *Los Fenómenos Especiales en Rorschach*. Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Quesada, S. (2010) *Una explicación psicoanalítica del ataque de Pánico*. Buenos Aires: Letra Viva.