



Universidad de la República - Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado - Monografía

PÁNICO Y DESAMPARO: ABORDAJE DESDE LA PSICOTERAPIA CORPORAL BIOENERGÉTICA

Cara a cara con la finitud de la vida

Tutor: Prof. Adj. Mg. Luis Gonçalvez Boggio

Revisor: Prof Adj. Dr. Hugo Selma

Estudiante: Agustina Pérez Pérez

C.I: 5.141.509-6

Montevideo, Uruguay. Diciembre 2020.

Índice:

Resumen:	2
Introducción:	3
Capítulo 1:	5
Ansiedad: un poco de historia	5
Ataques de pánico	9
Capítulo 2:	14
Desamparo	14
Capítulo 3:	23
Más allá del Psicoanálisis, la Psicoterapia Corporal Bioenergética	23
Consideraciones Finales:	35
Dedicatoria y Agradecimientos:	38
Referencias Bibliográficas:	39

Resumen:

El presente Trabajo Final de Grado propone dar cuenta de la importancia de los trastornos de ansiedad, principalmente de los ataques de pánico. Estos constituyen un trastorno de ansiedad agudo y son considerados uno de los analizadores de la clínica contemporánea, debido a que, en la actualidad, son motivo de consulta cada vez más frecuente.

Teniendo en cuenta la cantidad de personas que padecen dicho trastorno, esta monografía profundiza en una de las variables que puede incidir y/o estar detrás de los episodios de pánico: el desamparo (el histórico de desamparo).

Se realiza un breve recorrido histórico sobre el concepto de ansiedad, así como también se definen los trastornos asociados a la misma, colocando el foco, específicamente, en los ataques de pánico, a través de la exposición de los pensamientos y conceptualizaciones de diversos autores contemporáneos.

La intención del presente trabajo es plasmar la importancia de la Psicoterapia Corporal Bioenergética como corriente idónea para el abordaje de estos trastornos de ansiedad y se argumenta el porqué de su elección tomando algunos puntos comparativos en relación a la corriente psicoanalítica.

El objetivo de esta monografía es que el lector pueda acercarse a algunos de los conceptos que se vinculan con esta problemática moderna, así como también pueda comprender algunas de las variables que pueden incidir y/o desencadenar estos ataques y episodios de pánico.

Palabras clave: Ansiedad, Ataque de pánico, Desamparo, Psicoterapia Corporal Bioenergética.

Introducción:

Ya he dicho antes que la terapia es un viaje hacia el descubrimiento de sí mismo, pero, a diferencia de un rompecabezas, no tenemos a mano todas las piezas para comenzar. A medida que progresa la terapia, se dispone de más y más recuerdos, y cada vez que un fragmento de información encaja con las piezas vecinas y aclara el cuadro, el paciente gana en insights. Si bien el rompecabezas nunca se puede completar, en el transcurso de la terapia la figura se hace más clara; al conocer su pasado, el paciente se pone en contacto consigo mismo. Estar en contacto con uno mismo es estar en contacto con el cuerpo. Al recuperar el pasado, recuperamos nuestro cuerpo. Y esta relación también funciona a la inversa: al ponerse en contacto con su cuerpo, el individuo adquiere sentido de sí mismo y despierta los recuerdos que habían permanecido dormidos en su contraída e inmovilizada musculatura.

Lowen, A, 1980, p.48.

La presente monografía surge a partir del interés personal en relación a los trastornos de ansiedad, y específicamente por los ataques de pánico, así como también por la constatación de la escasez de estudios e investigaciones desde la psicoterapia corporal acerca de los mismos, siendo estos, a su vez, uno de los trastornos más frecuentes en la clínica contemporánea.

En la sociedad actual -que apunta a la eficiencia, a la competencia y al rendimiento del ser humano-, se impone crecientemente la obligación de “tener que poder con todo”: idea ilusoria que desencadena tanto en una sobreexplotación como en una autoexigencia desmedida. Asimismo, se instala una tendencia que apunta a la demostración y a la simulación constante de felicidad, lo que genera que los sujetos se sumerjan dentro de situaciones vitales que, muchas veces, derivan en estrategias de vida insostenibles hasta que el cuerpo habla a través de la angustia y de la ansiedad, como contraccaras reales de esta ilusión.

En lo que respecta a las variables espacio-temporales, la vida contemporánea invita al ser humano actual a un constante hacer-producir, dejando por fuera los tiempos necesarios para vivir-sentir, que implica, entre otras cosas, generar las pausas reparadoras para descansar y procesar el aquí y el ahora, es decir el presente.

En lo espacial, el estrés contemporáneo implica “la necesidad” de estar en varios lados en simultáneo lo que hace que no estemos, completa o profundamente, en ninguno de los lugares de nuestros territorios existenciales.

En lo temporal, vivir en una sociedad que va más rápido que uno mismo, nos deja con la sensación de que estamos quedando “para atrás”, sensación que puede expresarse en diversas formas: la ansiedad generalizada, la agorafobia, el estrés postraumático y el síndrome de pánico.

Asimismo, asistimos a una caída de las instituciones de referencia, de los ideales a alcanzar, poniéndose de manifiesto el desdibujamiento existente en relación a los límites respecto al goce del sujeto y su castración. En esta exigencia y presión de tener que poder con todo, quien no lo logra termina sintiendo que no puede con nada. Polarización que puede derivar en la aparición de sentimientos de desamparo, inadecuación o desesperanza, que generalmente exaspera una imagen de sí que oscila radicalmente entre la valorización y la desvalorización. Y asimismo, obliga a las personas a tener que adaptarse a las demandas crecientes de adaptación, cambiando de formas “permanentemente, cuando no instantáneamente” (Gonçalvez Boggio, 2008).

Este ideal de omnipotencia y esta ilusión de omnipresencia imposibles de alcanzar, pueden estar detrás de la angustia y la ansiedad contemporáneas, y por esta razón podríamos considerarlo como una de las posibles variables que inciden en la aparición de las crisis de pánico, en un momento singular de la vida de una persona.

¿La experiencia de vivencias de desamparo puede estar asociada y ser desencadenante de una crisis de pánico?

Para lograr dar respuesta a esta pregunta, realizaré una micro-investigación en diversos autores, y para una mejor comprensión de esta pesquisa, el presente TFG se divide en tres capítulos. En el primero, se realiza un breve recorrido histórico sobre el concepto de ansiedad hasta llegar al actual concepto de las crisis de pánico que se sistematiza por primera vez en 1980. En el segundo capítulo, se describe al desamparo como una de las posibles variables desencadenantes de estos trastornos de ansiedad. En el tercer capítulo se toma en consideración a la Psicoterapia Corporal Bioenergética como una corriente teórico-técnica eficaz para el tratamiento del síndrome de pánico, realizando una breve comparación con algunos puntos descritos por la corriente psicoanalítica.

Capítulo 1:

Ansiedad: un poco de historia

A lo largo de los últimos años los trastornos de ansiedad, y en especial las crisis de pánico, se han convertido en un tema de interés para quienes investigan y estudian el campo de la psicopatología y de las psicoterapias. Dicho interés deriva del aumento de las consultas vinculadas a estos trastornos de ansiedad, lo cual conduce a la necesaria intervención frente a esta problemática, que en sus comienzos fueron tratadas como neurosis de angustia (Freud, 1916, 1926, 1936).

Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud-OMS (2017): “(...) más de 260 millones de personas en el mundo sufren trastornos de ansiedad, situación que afecta su bienestar personal y su capacidad de trabajo” (p.1).

El síndrome de pánico es un trastorno de ansiedad. La ansiedad ha sido muy estudiada e investigada en el campo de la salud mental, tanto por la psicología como por la psiquiatría, aunque en lo contemporáneo refiere, cada vez más, a un constructo complejo y ambiguo de delimitar, ya que existen, para la misma, diversos significados (Sarudiansky, 2013).

A continuación, se realiza un breve recorrido histórico sobre dicho concepto, hasta nuestros días.

Desde un punto de vista etimológico la palabra “ansiedad” deriva del latín “anxietas,- atis”, lo cual señala la antigüedad de la existencia del mismo (Sarudiansky, 2013). Partiendo del significado compartido de la palabra, y tomando como referencia el diccionario de La Real Academia Española (RAE) se define la ansiedad como:

1. f. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
2. f. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Se puede visualizar la relación existente entre este término con el concepto de angustia, ya que esta última proviene también del latín “angostura”, “dificultad”, y la RAE la define como:

1. f. Aflicción, congoja, ansiedad.
2. f. Temor opresivo sin causa precisa.

3. f. Aprieto, situación apurada.
4. f. Sofoco, sensación de opresión en la región torácica o abdominal.
5. f. Dolor o sufrimiento.
6. f. Náuseas (ganas de vomitar). U. solo en sing.
7. f. p. us. Estrechez del lugar o del tiempo.

Se señala, de esta manera, que el concepto de ansiedad se relaciona etimológicamente con el término angustia, pero como afirma Sarudiansky (2013) "(...) de manera descriptiva se asocia al miedo, al nerviosismo y a ciertos estados patológicos, ya sea como un cuadro nosológico más o menos completo, o en forma de signos o síntomas que complementan a otros trastornos" (p.23).

Como expone Pichot (1999) citado en Sarudiansky (2013) la ambigüedad de estos dos conceptos atravesará inevitablemente toda la historia del concepto de ansiedad hasta el presente.

Tomando como referencia a la lengua castellana y partiendo de la terminología técnica psicológico-psiquiátrica, la diferencia entre angustia y ansiedad alude a trastornos, cuadros o sintomatologías propias de estas disciplinas "psi" (Sarudiansky, 2013).

Es importante señalar que desde hace más de cien años se hacen intentos por clasificar los síntomas que se asocian a ambos términos, pudiéndose rastrear los antecedentes del concepto de ansiedad dentro de una gran variedad de disciplinas biomédicas, como, por ejemplo: la cardiovascular, la gastrointestinal, la neurológica o del oído interno (Berríos, 2008).

Hasta finales del siglo XIX los trabajos en base a la ansiedad se relacionaban y se encontraban en las revistas médicas, pero no específicamente en el área de la psiquiatría. Los cuadros psicopatológicos que se podrían tomar como antecedentes de los actuales trastornos de ansiedad refieren a: Delirio emotivo, Neuropatía cerebro-cardíaca, Agorafobia (actualmente incluida en el DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, dentro de los trastornos de ansiedad), Neurastenia y Corazón irritable – Astenia neurocirculatoria (Sarudiansky, 2012).

Se señala que tanto el Corazón irritable, el Síndrome de Da Costa, el Corazón de soldado, el Síndrome del esfuerzo, como la Astenia neurocirculatoria representan los antecedentes por excelencia de las actuales clasificaciones de Trastornos de Pánico y Trastorno por Estrés Postraumático (Sarudiansky, 2012).

A finales del siglo XIX, en el año 1894, Sigmund Freud realizó una descripción sintomatológica del cuadro denominado "Ataque de angustia". En su trabajo "*Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome de calidad de neurosis de angustia*" describe algunas manifestaciones clínicas de las neurosis de angustia, las cuales se corresponden con los síntomas que se establecen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) para el diagnóstico de los actuales ataques de pánico. Los mismos son:

- 1) perturbaciones cardíacas, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente,
- 2) perturbaciones respiratorias: disnea,
- 3) oleadas de sudor,
- 4) temblores y estremecimiento,
- 5) hambre insaciable, vómitos, náuseas,
- 6) diarreas,
- 7) vértigo locomotor,
- 8) parestesias,
- 9) urgencia de orinar e
- 10) insomnio.

Es considerable señalar que, este cuadro acerca de las neurosis de angustia fue el diagnóstico por excelencia relacionado a la ansiedad hasta la década de 1980. Sin embargo, el término "neurosis" al ser poco específico, y por lo tanto muy genérico, llevó a que fuera sacado de la tercera edición del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (1980) y de sus posteriores ediciones (Sarudiansky, 2013).

Como menciona dicha autora "(...) los trastornos neuróticos siguen siendo una categoría actual y válida e íntimamente relacionada con la ansiedad y las fobias, según la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS 1992)" (Sarudiansky, 2013, p.259).

Se considera imprescindible destacar que el concepto de neurosis propiamente dicho fue introducido por el médico escocés William Cullen en el año 1769, refiriéndose a las enfermedades de los sentidos y del movimiento. La denominación de dicho término generó un gran impacto en la medicina de la época, inclusive en Philippe Pinel (1745-

1826), médico francés dedicado, al estudio y al tratamiento de las enfermedades mentales, y que, por lo tanto, tuvo una gran influencia en el desarrollo de disciplinas psicológico-psiquiátricas.

Como señala Sarudiansky (2013) desde mediados del siglo XX las mencionadas neurosis “(...) y su heredera por excelencia, la ansiedad, han sido objeto de estudio casi exclusivo de la psiquiatría y la psicología, su modo de expresión fundamentalmente somática las hacía parte de ramas biomédicas tales como la neurología o la cardiología” (p. 260).

Es notable mencionar que desde los tiempos de S. Freud ya había personas que padecían esta neurosis de angustia. Sin embargo, este autor sostenía que la causa de la misma se podía atribuir a la dificultad existente para descargar la tensión sexual acumulada; y esta última al no tener una salida, un escape, se transformaba en angustia (Freud, 1916).

Freud (1916) plantea el tema de la angustia en su conferencia número 25 señalando que este afecto es lo que aparece de manera temprana en el acto mismo del nacimiento. Ese grupo de sensaciones displacenteras serán repetidas a lo largo de la vida como estado de angustia propiamente dicho; por lo tanto, se puede afirmar que la angustia del acto del nacimiento será el modelo y la fuente de dicha emoción. Es imprescindible señalar que esa primera angustia se desencadena por la separación de la díada mamá-bebé.

En la mencionada conferencia Freud (1916) afirma que para él existen tres tipos de angustia: la realista, la neurótica y la moral. La primera de ellas, la angustia realista, alude a la parte racional y comprensible de los seres humanos. Es la que aparece ante una señal de peligro y se acompaña de la huida para sobrevivir. Lo cual significa que mientras más se conoce la señal de amenaza el sujeto sentirá más angustia.

Respecto a la angustia neurótica, S. Freud plantea tres manifestaciones de la misma: en primer lugar, habla sobre una angustia libremente flotante, que alude a un estado general angustioso. Es un estado de angustia expectante o también denominado expectativa angustiada. Un grado significativo de la misma corresponde a la afección neurótica que este autor realizó: las neurosis de angustia. En segundo lugar, aparece la angustia de las fobias. La misma se refiere a objetos o situaciones específicas, donde se pone de manifiesto la intensidad de la angustia y no importa tanto el contenido mismo de la fobia. En tercer lugar, se da la angustia neurótica donde el nexo entre la angustia y la amenaza de peligro no existe, como por ejemplo sucede en la histeria, o cuando se

espera una respuesta de índole afectiva y aparecen en su lugar síntomas -como palpitaciones, vértigo, entre otros-.

La angustia moral hace referencia a los sentimientos de culpa o vergüenza que vivencia el yo y aparece en base a la conciencia moral, por eso se puede afirmar que se trata de un conflicto puramente psíquico. Un ejemplo claro podría ser el miedo al castigo por parte de las figuras de autoridad, como podrían ser los padres o quienes cumplen las funciones o roles parentales.

Retomando el concepto de ansiedad mencionado anteriormente, es importante destacar que la misma puede evidenciarse de dos maneras: por un lado, cuando se manifiesta en ciertas situaciones que elevan la atención y el rendimiento del sujeto que la padece. En esos casos podría decirse que se trata de una ansiedad beneficiosa y positiva. Pero, por otro lado, puede aparecer interfiriendo en la rutina y en la vida cotidiana de la persona, y ahí se trata de una ansiedad negativa que puede referirse a un trastorno asociado a la misma (Asociación Americana de Psiquiatría citada en Greeson y Brantley, 2011).

Tomando como base a los sistemas de clasificación vigentes se puede señalar que los actuales trastornos de ansiedad se dividen y organizan en diversos cuadros psicopatológicos, dentro de los cuales están incluidos los ataques de pánico o crisis de angustia (American Psychiatric Association, 2000; Organización Mundial de la Salud, 1992).

Al momento de definir la ansiedad es importante visualizar si la misma refiere a un fenómeno transitorio y circunstancial, es decir agudo, o si se trata de un cuadro permanente y crónico.

Partiendo de los aportes de APA (2014) se destaca que los trastornos de ansiedad están compuestos por miedo y ansiedad excesivos frente a situaciones que pueden considerarse como peligrosas, aunque realmente no lo sean. Esto mismo es lo que ocurre en un ataque de pánico.

Ataques de pánico

Es en el año 1980 que se expone la clasificación oficial del síndrome de pánico (o *panic disorder*) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) y se ubica dicha categorización dentro de los trastornos de ansiedad, junto con

las fobias, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. Se señala que la reacción de pánico en sí misma no es nueva, pero su clasificación científica, las formas de comprenderla y de tratarla sí lo son (Gonçalvez, 2008).

Los ataques de pánico o crisis de pánico se caracterizan por aparecer de forma inesperada o recurrente y son acompañados de una gran ansiedad, así como también se acompañan por diversos síntomas; estos últimos comienzan súbitamente y se instalan de forma muy rápida. En algunos casos, aparece una sensación de catástrofe, la necesidad de escapar de manera inmediata de la situación vivenciada, así como también la idea de muerte inminente, colocando a quien lo padece cara a cara con la finitud de la vida, de su vida.

Como seres humanos, tenemos garantizada nuestra cita con la muerte y a pesar de que en muchas ocasiones tendemos a negarla e ignorarla permitir(nos) tomar conciencia de la -nuestra- mortalidad implica enfrentar(nos) con la idea de que estamos de paso, de que nuestro tránsito por la vida es finito. Hacer tangible la idea de nuestra propia muerte nos conecta con el aquí y el ahora, es decir, el presente. Por lo mencionado anteriormente Frankl (2008) plantea que "(...) la finitud, la temporalidad, no sólo es una característica esencial de la vida humana, sino que es, además, un factor constitutivo del sentido mismo de la vida" (p.103).

Alizade (1996) trata acerca de las "marcas de ser mortal" y afirma que se registran y quedan inscriptas particularmente en el cuerpo de las personas -aunque también se manifiestan en otras dimensiones-. Dichas marcas pueden aparecer de manera pasajera y temporal como puede ser una patología transitoria, como, por ejemplo: las crisis de pánico; su duración es entre diez y veinte minutos, pero quienes las transitan las vivencian como eternas; o puede tratarse de algo permanente y crónico como puede ser, por ejemplo, una amputación.

A partir de lo vivenciado -de manera transitoria o permanente- el individuo se enfrenta con la ruptura del cuerpo sano y entero; y esta experiencia directa de muerte -parcial- lo obliga a pararse desde otro lugar y adquirir una nueva postura frente a la realidad en sí misma.

Es interesante detenernos un momento para pensar la paradoja existente entre estas "marcas de ser mortal" y la sociedad/cultura en la que vivimos hoy. Esta última no

permite ni abre paso a la muerte propiamente dicha, dándose una continuidad sin fin, en cuanto a los quehaceres de la vida cotidiana de los sujetos en lo que respecta a los vínculos y a las responsabilidades. No hay tiempo para envejecer, ni para frenar, registrar o hacer un parate, todo existe y se da en simultáneo y de forma muy rápida.

Boadella (1993) hace hincapié en dicha paradoja marcando que “El movimiento de la vida sigue la flecha del tiempo; es direccional. La dirección es hacia adelante. Pero la flecha del tiempo apunta a la finitud, la muerte y la no-existencia” (p.224).

Partiendo desde la mirada de la Psicología y tomando en cuenta que la misma interpela de manera directa la realidad de los seres humanos, lo cual implica necesariamente abordar la forma que los sujetos tienen de pensar(se), sentir(se) y proyectar(se), se considera imprescindible trabajar e indagar en el tema de la muerte y lo que la misma genera en quienes trabajan en y desde la salud mental. Lo cual será un proceso enriquecedor, así como también fortalecedor de nuestro quehacer humano y profesional.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) se afirma que la característica por excelencia de las crisis de angustia “(...) es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso.” (p.402); estableciéndose los siguientes síntomas para su diagnóstico:

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 o 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. (1995, p.403)

Es importante señalar que, no todos los síntomas tienen que estar presentes durante las crisis, generalmente se acompañan de cuatro de estos trece síntomas somáticos-cognitivos, que fueron descritos anteriormente.

Tal como destaca Cernadas (2003) “es el cuerpo el que se encuentra en mayor grado comprometido. Son las funciones corporales relacionadas con los estados de

alarma, dependientes en su gran mayoría del sistema nervioso autónomo, las implicadas” (p.112).

Es por lo mencionado previamente que, Moizeszowicz (1997) citado en Cernadas (2003) señala que “el origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente” (p.21).

En palabras de Gonçalvez Boggio (2008) tomando como base el DSM IV “(...) los estudios epidemiológicos elaborados internacionalmente indican de forma consistente que la prevalencia del síndrome de pánico se sitúa entre el 1, 5 y el 3, 5 %.” (p.170). Se destaca además que, la mitad de la población diagnosticada con este síndrome, presentan este trastorno junto con agorafobia (Gonçalvez Boggio, 2008).

Tomando como referencia el DSM IV, se puede afirmar que la característica principal de agorafobia es la ansiedad emergente al encontrarse en situaciones o lugares donde resulta difícil escapar, o en el caso de que se manifieste una crisis, no se pueda disponer de la ayuda necesaria y requerida. Es notable señalar que, estas situaciones tienden a ser evitadas o se resisten con un gran malestar y una gran ansiedad por temor a que emerja una crisis o algunos de sus síntomas (DSM-IV, 1995).

El manual mencionado (APA, 2014) afirma que un ataque o crisis de pánico en sí mismo no constituye ni configura un trastorno del mismo:

Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). (p. 135)

Si bien la ansiedad y el miedo pueden considerarse como emociones útiles para promover la seguridad y prepararse para luchar, huir o permanecer inmóvil frente a una situación inminente; en los trastornos, la preocupación persistente y el malestar afectivo asociado -como también la respuesta fisiológica que se genera-, pueden producir comportamientos defensivos, autoprotectores y de evitación fuera de contexto (Barlow, 2002; Borkovec et al., 1998; Greeson y Bantley, 2011).

En referencia a lo mencionado anteriormente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) afirma que las características por excelencia de estos trastornos de ansiedad aluden al sentir miedo y ansiedad de manera excesiva y que los mismos tienden a durar de seis meses en adelante.

Colocando el foco en el cuadro actual de los ataques de pánico es importante destacar que el pánico refiere a una vivencia de ansiedad llevada al extremo y tal como lo afirma Gonçalvez Boggio (2015) “El pánico es el último grado del continuum creciente del miedo (atención-ansiedad-pánico)” (p.26).

Tomando como base a la corriente Psicoterapia Corporal Bioenergética Gonçalvez Boggio (2015) plantea que “(...) el pánico es una de las respuestas biológicas más viejas y antiguas que podemos desarrollar frente al peligro” (p.26). Lo que sucede en estos casos es que se instala un estado de alerta y de vigilancia constante respecto al propio cuerpo, que puede transformarse en un cuadro de tipo hipocondríaco, pudiendo desencadenar de esta manera en una fobia hacia el propio cuerpo.

Gonçalvez Boggio (2015) agrega que el ataque de pánico “(...) en la contemporaneidad, es consecuencia de la experiencia traumática de la desintegración de los territorios existenciales” (p.26); refiriéndose a lo mencionado anteriormente respecto a que es la sociedad actual quien invita a los individuos a vivir de manera acelerada, destruyendo ciertas formas de existir ya que reduce las “fechas de vencimiento”, lo cual implica necesariamente un reformatearse de manera constante, cuando no instantáneamente, sin tiempo para conectar con las emociones y las sensaciones, así como tampoco para procesar los cambios que surgen y se generan de procesos vitales cada vez más vertiginosos y disruptivos.

Como señalan Araújo y Cardozo (2016) “vivimos en sociedades donde la vertiginosa aceleración del tiempo se articula con espacios virtuales y nómades, en un mundo líquido donde el sujeto se encuentra inmerso en la incertidumbre del devenir y la desterritorialización del espacio” (p. 211).

Todo es transparencia (Han, 2013), todo se ve y todo se muestra, en un tiempo-espacio virtual que se instala con mucha velocidad y el cual va de la mano de la inmediatez que rige nuestros días (Araújo y Cardozo, 2016). No hay sombras, no hay secretos ni intimidades, todo está puesto al alcance de la mirada del otro. Ese otro que cumple el rol de ser espectador/consumidor. Es mucha la exposición que se experimenta, ya que existimos en el mundo real a partir de esa imagen, creada por y para las redes sociales; siendo estas últimas las que generan y crean vínculos, así como también crean contactos que poseen un carácter efímero, que se convierten, en muchas ocasiones, en vínculos superfluos, vacíos de contenido y de sentido, deviniendo asimismo frágiles y poco duraderos en el tiempo.

Cuando se habla acerca de los ataques de pánico, en muchas ocasiones se los denomina como “el extraño invisible que nos habita” (Gonçalves Boggio, 2008), señalado de esta manera, una de las características más importantes que posee esta problemática: la desconexión existente entre la mente y el cuerpo, entre lo cognitivo y lo somático. Los sujetos con pánico no le tienen necesariamente miedo al mundo externo, pero sí le temen a su propio mundo, al derrumbe del mismo; y la desconexión mencionada asienta dicho miedo en una subjetividad medrosa.

Para finalizar este primer capítulo, se considera importante señalar que, como se mencionó previamente, los trastornos de ansiedad tienen gran predominancia en la sociedad actual y en la clínica contemporánea debido a su notable aumento y crecimiento alrededor del mundo. Si bien la ansiedad propiamente dicha refiere a una respuesta normal del ser humano en el medio ambiente, en algunas ocasiones refiere a una respuesta de carácter patológico, ya que emerge frente a situaciones donde no existe un peligro real, como sucede, generalmente en las crisis de pánico.

Capítulo 2:

Para el desarrollo de la presente monografía se planteó como objetivo general indagar en una de las variables que puede influir en la aparición de los ataques de pánico. Para ello se tomará en consideración el historial de desamparo de las personas que sufren esta patología.

Desamparo

¿La experiencia de una vivencia de desamparo puede estar asociada como desencadenante de una crisis de pánico?

Como seres humanos desde el momento en que nacemos estamos atravesados por una experiencia de desamparo, la cual va de la mano de la indefensión y de la fragilidad que posee y caracteriza al recién nacido. Se puede decir que este desamparo psíquico primitivo alude al momento en el cual se estructura el psiquismo en sí mismo.

Este desamparo inicial, propiamente dicho, se reproduce a lo largo de la vida del adulto cuando determinados acontecimientos o determinadas situaciones traumatogénicas generan un eco de índole traumático. “Cada vez que algo abrupto

irrumpe desde fuera o desde dentro ese episodio traumático entrará en conexión con el desamparo originario” (Rodríguez, 2012, p. 46). Y ese desamparo, ese “no estar al abrigo de” se pone cara a cara con la incertidumbre, lo que desencadena, en definitiva, una respuesta angustiante o ansiógena.

Desde los tiempos de S. Freud se habla sobre el tema del desamparo, pero es imprescindible señalar que la época actual genera un aumento de los históricos de desamparo dada la fragilidad simbólica vivida en lo contemporáneo, frente al debilitamiento de las instituciones que sostienen potencialmente el narcisismo de los sujetos. La actualidad invita a los sujetos a vivir con una emoción de forma latente, casi de forma permanente: el miedo, dejando a los individuos modernos “a la intemperie”, ante la falta de soportes institucionales; reproduciendo, de esta manera, esa primera vivencia de desamparo, en forma análoga a lo que experimenta el recién nacido. Como se afirma en el texto de Rodríguez (2012):

si el miedo se ha transformado en nuestro socio de vida nos vemos obligados a instrumentar medios, artefactos, herramientas, que nos hagan soportable nuestra convivencia con él. El miedo en sí mismo ha renovado su categoría. De objeto de angustia infantil, onírico, ha devenido compañero inseparable del escenario de la modernidad líquida de la que habla Zygmunt Bauman. (p.38)

Rodríguez (2012) plantea que “(...) no se trata de que el mundo se haya vuelto más inestable, sino que la inestabilidad y la fragilidad de la vida han quedado al descubierto” (p.38). El desamparo vivenciado genera una desconfianza en el mundo y en los vínculos establecidos, lo que provoca en los sujetos de hoy un sentimiento de soledad.

En la obra de S. Freud el desamparo es denominado con la palabra “Hilflosigkeit”, y esta misma hace referencia al estado de indefensión, impotencia, desvalimiento y prematuridad del recién nacido, que por su condición se encuentra imposibilitado a realizar acciones y movimientos por sí mismo para satisfacer sus necesidades.

Rodríguez (2012) afirma que el término “Hilflosigkeit está cargado de intensidad, expresa un estado próximo a la desesperación y al trauma” (p.42). También se relaciona con un estado de desvalimiento y de abandono, que señala una falta de recursos en el pequeño, demostrando asimismo su impotencia, lo cual desencadena en la necesidad indispensable de que exista un otro que ampare, asista, proteja y brinde ciertos cuidados.

Ese llamado hacia el otro se realiza a través del primer lenguaje que adquiere

ese bebé: el llanto, y dicha primera demanda del recién nacido genera en el adulto que la recibe, el sentir el desamparo como una situación traumática que genera inevitablemente angustia.

Domínguez (2011) destaca que la palabra propuesta por S. Freud “Hilflosigkeit” “(...) se aviva ante la carencia de un otro protector. Es decir, no es posible prescindir de ese otro” (p.222). Por lo tanto, S. Freud nos enseña que, esa indefensión original remite al ser humano a un ser sometido ante el otro, ya que no posee los recursos necesarios para manejar, transitar y resolver su propia irrupción pulsional corporal.

Es importante mencionar que, en la vida intrauterina ese bebé no conocía una pausa -distancia- entre el surgimiento de la necesidad y su satisfacción; ya que durante la misma se da una unificación entre la psique y el soma, unidad que se desintegra con el momento del nacimiento, y la cual será recuperada de forma parcial a través de la colaboración de un otro (Rodríguez, 2012).

Como señala Winnicott (1991) la historia de vida del bebé-niño es vivenciada desde una dependencia absoluta, atravesando el pasaje por una dependencia relativa hacia el logro de su independencia. Este tránsito sucede gracias a la presencia de un otro-adulto (yo auxiliar) que brinda y garantiza los cuidados necesarios para la supervivencia de ese bebé-niño.

Es importante que quien cumpla esta función logre interpretar las señales de forma adecuada, ya que estos primeros cuidados brindados por parte de la madre, o del cuidador principal no solo refieren a lograr la satisfacción de determinadas necesidades básicas, como son, por ejemplo, brindar alimento, protección y seguridad, sino que es necesario poder ofrecer también cuidados desde el plano de lo emocional, como pueden ser los besos, las caricias, las miradas y los abrazos.

Como plantea Casas de Pereda (2018) en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis, la existencia de un otro que ampare, proteja y brinde los primeros cuidados es sumamente importante. Ese primer contacto, en los primeros momentos de la vida extrauterina, con la figura materna o cuidador principal debe ser cálido y nutritivo, y la mirada que estos brinden al bebé será estructurante para el mismo, en la medida en que a través de la mirada propiamente dicha se erotiza, libidiniza y narciza al recién nacido. Boadella (1993) señala asimismo que tanto Alexander Lowen como Stanley Keleman han observado que “(...) es en las interacciones familiares de la primera infancia donde una persona se afirma tanto en su cuerpo como en el mundo social”

(p.130).

Respecto a esto, Gonçalvez Boggio (2008) señala que el amamantamiento será tanto central como decisivo en lo que refiere a los dos primeros organizadores bioenergéticos del psiquismo (la adquisición del punto fijo, la acomodación y la convergencia entre un punto y otro), y en la funcionalidad de uno de los siete anillos de la coraza muscular: el segmento ocular, encargado de las funciones de percepción y de contacto.

Casas de Pereda (2018) define al amparo como: "(...) otro que rodea y remite a todo aquello del orden de la realidad efectiva que protege de las fuerzas exteriores, del posible daño" (p.11).

Se señala también que esta cuestión del desamparo es consecuencia de un exceso de estímulos y por ende de excitación que recibe la persona; en palabras de Freud (1926) respecto a su teoría sobre la angustia, sostiene que el exceso de estímulos desencadena una situación de desamparo en la persona que los padece.

Por esta razón, Freud (1926) realiza una distinción entre la angustia y el miedo, y señala que la primera es sin objeto y la segunda es con objeto; y afirma que "(...) esta angustia sin objeto es la que emerge cuando el "desamparo" se reactiva en la vida adulta. El sujeto se queda a la intemperie. Se ha producido una maniobra en la que concurren el peligro externo y el interno." (Citado en Rodríguez, 2012, p. 42).

Tomando como referencia los aportes de Casas de Pereda (2018) se destacan los diferentes tipos de desamparo que pueden manifestarse en la vida de los seres humanos: el desamparo inicial, con el que llegamos al mundo y alude al periodo sensible del recién nacido -mencionado previamente-, el desamparo como potencial organizador del psiquismo; el desamparo de la vulnerabilidad humana y el desamparo social.

El desamparo en sí mismo alude al des-amor, al ser des-amado, en función de que necesitamos que ese cuidador principal nos demuestre un compromiso libidinal para con nosotros, pero cuando ese otro falla y aparece el contacto directo con el desamparo del desamor, se desencadena una desconexión que termina siendo "salvadora" para ese bebé. Salvadora, en el sentido de que habilita a ese niño a sentir la frustración a flor de piel, lo cual remite a un sentimiento que deberá enfrentar inevitablemente a lo largo de la vida adulta y que esta primera vivencia lo prepara; así como también habilita la apertura al pensamiento a posteriori, dando lugar para que emerja el deseo. En definitiva, lo que se instaura a partir de esa primera vivencia de desamparo es la realidad en sí misma (Peskin, 2018).

Lo que se pone en juego en la díada mamá-bebé o cuidador principal-bebé respecto a la frustración es una pérdida en el ámbito de lo imaginario, el cual puede aludir a un objeto real o a la madre en sí misma.

La teoría del apego desarrollada por el psiquiatra y psicoanalista de niños John Bowlby durante los años 1969 a 1980, describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo del niño. El adulto responsable de brindar esos cuidados deberá tener la capacidad de poder garantizar la satisfacción de las necesidades del niño de forma adecuada, así como también generar un campo óptimo con el fin de que ese pequeño pueda desarrollarse y crecer de la mejor manera posible.

El apego en sí mismo representa el primer lazo significativo y duradero que emerge entre el bebe y los adultos que lo rodean. Constituye, asimismo, una necesidad primaria, en la medida en que se requiere de la existencia de un otro que cuide y satisfaga las necesidades para lograr la evolución psicológica y física. Por esto mismo, se considera que la teoría del apego propiamente dicha, invita a pensar acerca de la calidad del cuidado que brindan los adultos responsables a los bebés-niños, pudiendo ejercer el rol de cuidadores principales todos aquellos adultos que garanticen y brinden lo necesario para asegurar la supervivencia de los pequeños.

Bowlby (2012) sostiene que los seres humanos nacemos con una predisposición biológica a establecer lazos vinculares, los cuales habilitan el desarrollo. Es importante destacar que no necesariamente se establece el apego con los vínculos sanguíneos. Las figuras de apego serán las encargadas de despertar el amor en los recién nacidos, de brindar seguridad y confianza necesarias para la supervivencia y el desarrollo posterior, ya que una vez establecido el apego propiamente dicho es para toda la vida. Por esta razón, cuando aparece la amenaza de perder alguna de estas figuras, ese niño se sumerge en una profunda angustia, y su pérdida real le causará un dolor inmenso que transitará junto con la vivencia de sentirse “a la intemperie”, es decir, desamparado.

El bebé es un ser en vías de desarrollo y crecimiento, por tanto, son determinantes las primeras experiencias y vivencias experimentadas junto a su madre o quien cumpla su rol, porque las mismas incidirán de manera inevitable en el desarrollo de todo su aparato psíquico. Asimismo, se puede afirmar que, si no se establece este lazo vincular imprescindible en la vida de todos los seres humanos, no se establece la

base segura, lo cual afecta la calidad del sujeto para relacionarse con el mundo que lo rodea, así como también su capacidad para establecer buenas relaciones vinculares.

Se considera como importante señalar la relevancia de los primeros vínculos establecidos en los primeros años de vida de un bebé, donde resulta imprescindible la presencia de un otro significativo, ya que repercutirá en todo el desarrollo del ser humano, tanto a nivel físico, cognitivo, psíquico, social como emocional. Contribuyendo e influyendo en la conformación de su personalidad, en su capacidad de aprendizaje y de socialización, lo que conduce efectivamente al reconocimiento del sujeto, como un otro independiente. Es posible afirmar que el psiquismo se desarrolla por la calidad de las relaciones tempranas que pueda establecer el bebé en estos primeros momentos de su vida.

Se vincula de la mano del concepto de desamparo la repetición de lo traumático y se ponen de manifiesto las diversas formas que, como seres humanos, poseemos para dar cuenta de nuestras marcas, es decir, de nuestras huellas. Tal como señala Vallespir (2018):

El desamparo (el desvalimiento, la indefensión) del recién nacido humano será estructurante en cuanto el amor de la madre (de los padres) que lo ampara(n) y lo protege(n) se integre en una estructura que lo inserte en su sociedad y su cultura. Por el contrario, se tornará patógeno en la medida que ese amor sea una vivencia faltante. (p.126)

Tomando como punto de partida lo expuesto previamente, el autor García (2018) resalta que

Una de las formas para trabajar estos traumatismos patógenos desde un rol como psicólogos es valorar los acontecimientos que el paciente nos relata o que podemos pesquisar en gestos, posturas, fragmentos, padeceres; acontecimientos generadores de angustia, horror, condenados a repetirse y que tienen carácter de inligables para el sujeto. (p.28)

Partiendo de los aportes de Costa y Queiroz (2011) se trata al trastorno de pánico como una de las posibles manifestaciones del desamparo que generan la sociedad y el contexto actual, debido a que se están transitando cambios muy grandes a nivel de los valores, en las condiciones de filiación y de procreación, en los roles sociales y familiares del hombre y de la mujer. El empoderamiento de las mujeres en los diversos ámbitos, principalmente el laboral -que repercute en la ausencia materna en el hogar- impacta, necesariamente, en las bases de las instituciones de referencia, que son el soporte

institucional narcisístico para las personas en los primeros años de vida: las familias. La creciente ausencia de las mujeres en los hogares, en función de la salida al mercado laboral, rompe con el ideal de aquellas sociedades disciplinarias, instaladas social y culturalmente por años, en donde la mujer estaba destinada a ser madre y ama de casa, casi en exclusividad.

Estos hechos ya irreversibles desembocan en la creación de nuevas formas de subjetividad y nuevas maneras de organizar esa misma subjetividad.

G. Deleuze, hace más de treinta años, en su ensayo denominado *Posdata de las sociedades de control* señaló que el pasaje de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control (de mediados del siglo XX) estaba atravesada por una caída de las instituciones de referencia, situación que actualmente se sigue profundizando.

El sujeto con pánico vive bajo una amenaza constante del colapso de su mundo. Frente a esto sufre y se paraliza porque se encuentra imposibilitado de hacer uso de sus herramientas internas para lidiar con dicho conflicto. En otras palabras, lo que sucede es que el sujeto con pánico realiza un corte abrupto con la realidad de la cual forma parte. Las intensas reacciones psicósomáticas que desencadenan estas crisis y la forma de pensarlas como: “me voy a morir” o “me voy a volver loco” activan que el sujeto se ponga en contacto con su propia muerte y con la finitud de su vida. Esto propicia entrar en contacto directo con el aquí y el ahora, es decir con su presente.

El miedo a que las crisis se repitan y se manifiestan en momentos en que la persona se encuentra sola, o se perciba imposibilitada a escapar de dicha situación generan la necesidad de estar acompañada por una persona de confianza, situación que eventualmente desencadena en la restricción de su vida social y desempeño personal. El mundo social de estos sujetos, así como también sus vínculos, quedan completamente limitados ya que en muchas ocasiones los mismos optan por atrincherarse en sus hogares por el miedo a la repetición de esas crisis/episodios de pánico, pero también por el miedo a morir en cualquier momento y lugar. Por lo mencionado previamente se podría afirmar que la angustia que se instala alude a un problema en sí mismo (Costa, 1999).

Es considerable resaltar la relación que se establece entre los ataques de pánico y la dimensión de indefensión -condición inherentemente humana- en quienes padecen de estos episodios. Según Costa (1999) se plantea la hipótesis de que las crisis de pánico representan una forma -desesperada- de afrontar esa condición de indefensión

ya mencionada, condición que se establece al comienzo de la vida de todo ser humano y que alude a una carencia y una falta de garantías, de cuidados y de protección.

Se trata de la impotencia del recién nacido de la cual hablaba S. Freud: "Hilflosigkeit", y tal como se señala en el texto de Rocha (1999) dicha palabra significa que el sujeto no recibe ayuda, no tiene recursos ni protección, lo cual alude necesariamente a una situación de indefensión y de desamparo. Resulta difícil imaginar una situación que sea más dolorosa y que implique un mayor sentimiento de soledad que la que perciben aquellos que se sienten indefensos.

Se podría afirmar entonces que la esencia del desamparo es la impotencia y la soledad, pero, al mismo tiempo, el desamparo propiamente dicho se abre a la alteridad y como se señala en el texto de Rocha (1999) alude a un pedido de ayuda: un grito desesperado hacia un otro. Es importante destacar que esa situación inicial será el modelo de innumerables situaciones -de esa misma índole- que necesariamente enfrentamos como seres humanos a lo largo del transcurso de la vida.

En ese mismo texto se plantea que lo que les sucede a los sujetos panicosos es que, ante algunas situaciones que emergen en la vida, quedando al descubierto la falta de garantías para la misma y para la estabilidad del universo en su totalidad, la respuesta que se desencadena son sensaciones de terror, desesperación y miedo, tal como sucede en los ataques de pánico. Se podría afirmar entonces que el pánico expresa la incapacidad de estos sujetos para apropiarse de su impotencia. En otras palabras, los episodios de pánico hacen que los sujetos se coloquen de frente con la dimensión del desamparo -inherente a la condición humana- (Costa, 1999).

Se destaca entonces que, a pesar de ese desamparo inicial, la sociedad de hoy también contribuye, fomenta y condiciona la aparición de un desamparo secundario, que viene de la mano de la fragilidad y la inseguridad de ser y estar. Esto es algo que se visualiza en varios aspectos contemporáneos, como, por ejemplo, la forma en que construimos vínculos y hacemos lazo social.

La forma de ser y estar de los individuos contemporáneos en esta sociedad cada vez más vertiginosa, se encuentra marcada por diversos cambios, dejando al descubierto la inestabilidad y la incertidumbre del diario vivir, como las experimentada en este contexto de pandemia en el 2020. La percepción y la neurocepción de inseguridad y de incerteza frente al desafío de vivir/existir nos enfrenta a lo inesperado y a lo impredecible. Atravesar la experiencia de la inexorable marcha del tiempo nos coloca frente a la única certeza -que es la más incierta de todas ellas y la más segura de todas las incertidumbres-: la muerte (Alizalde, 1996). La percepción neuroceptiva de

la muerte, como una sensación emergente durante las crisis de pánico, deja al individuo desnudo, indefenso, sin respaldo ni garantías y cara a cara con la finitud de su vida.

Como señala Bauman (2003), en lo contemporáneo existe una lógica social que tiende a diluir y fragmentar las instituciones, y ante la caída de los referentes históricos, deja al individuo inmerso en una situación de soledad acompañada de incertidumbre y angustia -resultantes de este devenir histórico-.

Hoy en día se instala una paradoja respecto al trabajo: por un lado, se encuentra el trabajo sin fin (de la auto explotación permanente) y por el otro el miedo al fin del trabajo (a causa de la robotización y la domótica crecientes). “Me matan si no trabajo, y si trabajo me matan”, paradoja contemporánea que conlleva a los individuos contemporáneos a un hacer y producir bajo un estrés constante con la espada de Damocles de la desocupación pendiendo sobre las personas y sus familias, como lo plantea Gonçalvez Boggio en su texto inédito (2020) *¿Cómo habitar las paradojas en lo contemporáneo?*

La soledad en sí misma provoca inseguridad, pero las relaciones que se establecen hoy también la generan, lo cual deriva de manera inevitable en pánico, angustia e incertidumbre propiamente dicha. Los ideales y las aspiraciones compartidas socialmente han cambiado, los vínculos y la sexualidad se han transformado en productos de consumo, de fácil acceso y por ende de fácil descarte. Relacionarse con los otros genera pánico por lo que pueda llegar a implicar porque el hombre –de la sociedad líquida– es autónomo pero solitario. La cultura que nos atraviesa se basa en un consumismo constante, que busca rapidez, inmediatez y satisfacción instantánea en todos los ámbitos posibles de la vida humana (Bauman, 2003).

Para Gonçalvez Boggio (2008) es importante relacionar un histórico de desamparo o una vivencia traumática a los ataques de pánico, abriendo paso a la siguiente interrogante: ¿por qué comienza el pánico en ese momento particular?

La persona reacciona con pánico frente a un peligro que viene de su interior. ¿Pero pánico frente a qué, frente a qué peligro? Esta es una de las preguntas más importantes a ser respondida por todo sujeto que presenta síndrome de pánico, ya que apunta a las causas que lo llevaron al estado de pánico. La respuesta a esa pregunta siempre es singular. Cada persona tiene sus propios motivos, y todas tienen, al menos, un motivo (p. 157).

Para ello una de las claves del análisis del histórico de desamparo implica regularizar la vía que eligió el paciente para la simbolización y expresión de sus conflictos (su propio cuerpo), para darle sentido a este síntoma de ansiedad. Por lo mencionado anteriormente se considera a la Psicoterapia Corporal Bioenergética como la corriente eficaz para intervenirlos.

Capítulo 3:

Más allá del Psicoanálisis, la Psicoterapia Corporal Bioenergética

¿Podría considerarse la Psicoterapia Corporal Bioenergética como una corriente eficaz para intervenir y resolver los ataques de pánico?

Los ataques de pánico han sido tratados y estudiados desde los tiempos de Sigmund Freud por la corriente psicoanalítica, pero actualmente se considera de suma importancia trabajarlos desde una mirada más moderna e integral, que incluya la dimensión corporal y energética.

El psicoanálisis ha trabajado siempre con y desde el discurso del paciente, girando en torno al lenguaje y tomando como eje central el orden de la palabra. Aunque esta última es sumamente importante, en el dispositivo psicoanalítico se deja por fuera la dimensión del cuerpo en movimiento. Gonçalvez Boggio (2008) en su libro “El cuerpo en la psicoterapia” realiza una crítica pertinente respecto a la corriente psicoanalítica señalando que, en la misma, “(...) se produce una profunda fragmentación, tanto del paciente como del psicoterapeuta, en función del dualismo mente/cuerpo que teorizan y practican” (p.113).

La Psicoterapia Corporal Bioenergética tiene sus raíces dentro de la teoría psicoanalítica, siendo el médico psiquiatra y psicoanalista austríaco Wilhelm Reich (1897-1957) quien elaboró diversos aportes técnicos, así como también metodológicos sobre la inclusión del trabajo corporal en el setting psicoanalítico, al ser uno de los primeros directores del Seminario de Técnica Psicoanalítica en Viena.

W. Reich planteó que el ser humano es mucho más que sus palabras, que el símbolo o la imagen se sustenta en el cuerpo, en las posturas y en los movimientos. Esto implica no dejar de lado lo consciente y lo inconsciente (lo obvio y lo oculto).

Para dicho autor no existe la dualidad mente/cuerpo ya que considera que todo síntoma físico tiene sus repercusiones en lo mental/emocional y viceversa. Afirma también que tanto los síntomas mentales como los físicos forman parte de un mismo

sistema energético. Refiriéndose a lo mencionado previamente, Boadella (1993) plantea que: "(...) así como la mente es el exterior del cuerpo, y el cuerpo el interior de la mente, también el cuerpo es el exterior del alma y el alma el interior del cuerpo" (p.210).

Los aportes de Reich fueron luego desarrollados bajo el nombre de Análisis Bioenergético por el médico y psicoterapeuta estadounidense Alexander Lowen (1910-2008).

Lowen (1980) señala que el Análisis Bioenergético brinda "(...) una comprensión sistemática de la estructura del carácter, tanto en el nivel psíquico como en el somático" (p.4). Al leer los problemas emocionales y caracteriales de quien consulta, integrándolos con el trabajo con el cuerpo, el Análisis Bioenergético permite una comprensión más exhaustiva de los procesos energéticos que inciden en la personalidad de los sujetos.

Tomando como base el concepto de enraizamiento (*grounding*) Lowen (1977) afirma que el mismo podría pensarse como una forma de crecimiento y soporte energético para el individuo, ya que fomenta y contribuye al logro de su autonomía, en la medida en que lo que se espera es que la persona pueda colocar sus pies sobre el suelo, tomando contacto en simultáneo con la tierra y con sus emociones. Por esta razón, Lowen propone que los psicoterapeutas adquieran un rol un tanto más activo a través de la realización de diversos ejercicios corporales con el paciente, alejándose ya más radicalmente del psicoanálisis.

En el Análisis Reichiano sistematizado por autores posreichianos con el nombre de Vegetoterapia Caracteroanalítica u Orgonoterapia, se sistematiza una técnica de intervención psicoterapéutica que integra el trabajo biofísico con el psíquico, interviniendo en el sistema nervioso autónomo a través de actings neurovegetativos o neuromusculares que se combinan con la técnica del análisis del carácter.

Un aporte interesante realizado por Reich es el concepto de coraza, la misma protege y se genera a partir de los desequilibrios energéticos. La coraza muscular se encuentra dispuesta en forma de anillos perpendiculares al eje longitudinal del cuerpo. Está compuesta así de siete segmentos o anillos: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. Estos siete anillos conforman un sistema unitario, comprendiendo los músculos, los órganos y los tejidos que mantienen una relación funcional entre ellos.

El trabajo de lectura corporal parte del planteo de Reich que divide al cuerpo en esos siete segmentos y en relación a esta disposición segmentada del acorazamiento

somático, Gonçalvez Boggio (2008) señala que cada uno de ellos “(...) está correlacionado a un tiempo histórico, y a una situación psicodinámica básica” (p.21).

Para los psicoterapeutas corporales los músculos refieren a la memoria emocional, vinculándose cada uno de estos siete segmentos a una función en particular, y adquiriendo su disfunción un significado a nivel psicológico:

- 1) Segmento ocular: alude a la percepción, al contacto y a la interpretación; su disfunción refiere a núcleos disociativos, afecciones de la piel, alergias y estructuras psicóticas.
- 2) Segmento oral: comprende a la oralidad en sí misma, a los impulsos orales tales como morder y chupar; su disfunción alude a núcleos depresivos, trastornos del humor, voracidad, trastornos de la alimentación, y estructuras borderline.
- 3) Segmento cervical: hace referencia a la entrega, al control, a la sonorización, al narcisismo primario y secundario; su disfunción alude a los trastornos narcisistas de la imagen y a la negación del verdadero ser.
- 4) Segmento torácico: es donde anida nuestra identidad biológica y la autoafirmación; su disfunción refiere a rigidez y a los trastornos cardíacos.
- 5) Segmento diafragmático: engloba a la respiración y la regulación del metabolismo energético; su disfunción hace referencia al masoquismo y a los trastornos de ansiedad.
- 6) Segmento abdominal: implica la visceralidad y el psico-peristaltismo; su disfunción expone trastornos psicosomáticos viscerales.
- 7) Segmento pélvico: se corresponde con la genitalidad y el enraizamiento; su disfunción alude a trastornos de la sexualidad, a la histeria y a lo fálico.

Afirmándose de esta manera que, “(...) los músculos son memoria emocional ya que retienen el impacto emocional de las situaciones traumáticas, y según el momento histórico del impacto emocional, el mismo se fijará en el segmento cuya funcionalidad prevalezca” (Gonçalvez Boggio, 2008, p.25).

Partiendo del Análisis Bioenergético Reichiano se pueden señalar los disturbios que genera el pánico en tres niveles:

- 1) La desorganización del segmento ocular: este segmento se encuentra siempre sobrecargado generando que la autopercepción se vea alterada y desorganizada. Dicha desorganización acentúa las ideas latentes de morir o enloquecer.

Desde el punto de vista Bioenergético: se visualiza una contracción en el núcleo del segmento la cual contribuye necesariamente a la aparición de la confusión mental, la sensación de atontamiento, el vértigo y las alteraciones bioquímicas. Visualizándose las pupilas dilatadas y un estado de vigilancia activo y constante hacia su propio cuerpo.

- 2) El escaso contacto emocional con la parte inferior del cuerpo demuestra que estas personas no poseen un buen enraizamiento (falta de *grounding*) generando asimismo un sub-enraizamiento. Puesto que para los sujetos con pánico su cuerpo es vivido como una amenaza constante, se da una dificultad para lograr el centramiento de la energía corporal.
- 3) La contracción crónica de los segmentos diafragmático y torácico generan una serie de síntomas somático-cognitivos. Se trabaja con ambos anillos para lograr restablecer la pulsación bioenergética y corporal a través del trabajo respiratorio, lo cual genera un mejor contacto con las emociones. La contracción del primero de ellos puede producir alteraciones tales como: mala digestión, náuseas, vómitos, diarrea, alteraciones sexuales, entre otros síntomas; y junto a la contracción del segmento ocular se da un bloqueo energético que es el encargado de mantener al sujeto en estado de alerta frente a la idea de padecer otra crisis (estado de pre-crisis) (Gonçalvez Boggio, 2008).

Dado que el pánico afecta los tres niveles mencionados es posible señalar que los mismos se convierten en los pilares a intervenir desde la Psicoterapia Corporal Bioenergética a través del logro de la movilización del segmento ocular, del desbloqueo y la flexibilización de los segmentos diafragmático y torácico, así como también del trabajo con la base del cuerpo (enraizamiento) que involucra a la pelvis, las piernas y los pies.

Lowen (1977) expone que los conflictos, trastornos y traumas de los sujetos pueden leerse a través de su expresión corporal ya que las emociones, en sí mismas, aluden a hechos corporales. Por lo tanto, la forma en que una persona camina, se mueve, o se para, es la suma de las experiencias vivenciadas, las cuales quedan registradas en su cuerpo y en su forma de ser y estar en el mundo. En palabras de Boadella (1993) "Todo estado del yo refleja una actitud corporal; toda expresión del carácter tiene un anclaje fisiológico" (p.203).

Lowen (1994) señala que las defensas que se estructuran en los cuerpos cumplen la función de suprimir o eliminar el sentimiento y así protegernos de salir heridos.

La Psicoterapia Corporal Bioenergética es una forma particular de entender al cuerpo y sus procesos energéticos, combinándolos con los procesos psicológicos. Esta corriente tiene dentro de sus objetivos lograr que el cuerpo hable y se exprese trabajando desde el aquí y el ahora, partiendo de la idea de que tanto el cuerpo como la energía son fuente de sabiduría y un recurso para lograr la sanación.

Se considera entonces a la Bioenergética como una terapia corporal integradora ya que permite trabajar sobre la dimensión corporal tanto energética como emocionalmente con el objetivo de intervenir en el sentir de los cuerpos implicados, a través de movimientos y ejercicios para aliviar y liberar las tensiones y el sufrimiento de esos cuerpos. “El dolor emocional que acarreamos no sólo está en nuestra cabeza. También está incrustado en los músculos” (Berceli, 2012, p.39).

Tomando como base la postura terapéutica facilitadora que ofrecen los psicoterapeutas corporales con el objetivo de recibir y estar disponibles ante la demanda de quien llega a consulta, se considera como puntapié del tratamiento brindar la información necesaria acerca del síndrome de pánico, así como también los mecanismos que los pueden desencadenar y que los mantienen. Otro factor importante e influyente, en dicho tratamiento, es generar el sentimiento de confianza: en su cuerpo principalmente, pero también en la alianza terapéutica establecida (confianza que se logrará a través del apoyo y acompañamiento permanente). Es necesario que los límites estén y permanezcan claros para que no se genere una relación clínica de dependencia; para lograrlo se brinda al paciente cierta información para que éste pueda entender cómo se producen sus síntomas, su intensificación y formas para poder controlarlos. En palabras de Gonçalves Boggio (2008)

La presencia disponible del psicoterapeuta (junto a su destreza, su comprensión y su cuidado) es una contribución sustancial para ayudar al paciente a revertir su sentimiento de dispersión, disolución y de abandono que puede sentir en los momentos previos a las crisis y ataques de pánico. (p.181)

Junto a la postura terapéutica facilitadora ya mencionada, se indica al paciente la realización de diversas tareas domiciliarias puntuales (actitudes diarias facilitadoras) con el objetivo de disminuir los síntomas, así como también se busca espaciar la reincidencia de las crisis, como, por ejemplo:

- Salir solo de su hogar,
- Ir a la consulta sin compañía,
- Volver a manejar, etc.

Cuando el paciente logra sentirse mejor y su ansiedad y angustia lo permiten se le sugiere (Gonçalves Boggio, 2008):

- Realizar caminatas diarias (para bajar la energía y fortalecer la parte corporal inferior).
- Ejercicios que fomenten el trabajo muscular (saltar la cuerda, danza, movimientos rítmicos de piernas y pelvis, etc).
- Búsqueda de placer en la relación sexual.
- Bañarse con agua fría.
- Beber mucha agua.
- Atención focal en actividades lúdicas.

A diferencia de Sigmund Freud, quien daba prioridad únicamente a la escucha del discurso del paciente, su discípulo y colaborador, Wilhelm Reich comenzó a trabajar con el cuerpo de los mismos. Tal como lo señala Gonçalves Boggio (2008): “la gran contribución de Reich es retomar lo que Freud había dejado de lado, el cuerpo de los pacientes” (p.15).

Uno de los primeros hallazgos de W. Reich fue la “fórmula del orgasmo” (tensión-carga-descarga-relajación) y la misma refiere a que todo bloqueo de la función orgásmica impide la autorregulación y el desarrollo natural del organismo. Por lo tanto, adquiere un rol significativo frente a los desajustes producidos a raíz de situaciones traumáticas y/o estresantes que impactan en el SNA desregulando los sistemas simpático y parasimpático. Dicha fórmula fue expuesta en su libro “La función del Orgasmo” (1927). Algunos años después escribió su obra sobre el “Análisis del carácter” (1933), la misma significó un gran aporte para la corriente psicoanalítica, y en ella expuso que las resistencias que las personas padecían tenían la raíz en su carácter.

Fue a través de la técnica del análisis del carácter que Wilhelm Reich presta atención a lo que dice el paciente, es decir el contenido, pero también hace foco en la forma, es decir en cómo lo dice. Para W. Reich la forma va a estar estructurada en trazos caracteriales, entendiendo por carácter la forma habitual de comportarse que poseen los individuos y que funciona “automáticamente”. Para Gonçalves Boggio (2008) la mirada de Reich en la clínica

(...) se centró en el cuerpo como un todo, como un organismo pulsante, lo que le permitió discriminar los pequeños gestos de las grandes expresiones, las formas naturales y funcionales de moverse y de expresarse, de las formas

estereotipadas y fijas, las zonas de circulación energética, de las zonas de bloqueo, etc. (p.114)

Se puede afirmar entonces que, gracias a la mirada de dicho autor, la mente y el cuerpo se reencuentran y se integran de manera dinámica; produciendo asimismo una mirada analítica-energético-corporal que desencadenará inevitablemente en la aparición del dispositivo bioenergético (Gonçalves Boggio, 2008).

En palabras de Gonçalves Boggio (2009) la clínica bioenergética tiene como base fundamental la idea de que el cuerpo y la mente son funcionalmente idénticos, es decir que todo lo que sucede en la mente se va a ver reflejado en el cuerpo y viceversa. Por eso es imprescindible prestarle al cuerpo la atención que requiere.

Asimismo, expone Stanley Keleman (2003) citado en Beltran (2008) "No hay dualismo de mente y cuerpo, energía y materia o energía y cuerpo sino una estructura unificada de la que proceden los sentimientos, la excitación y la actitud psicológica" (p.13).

Partiendo de su experiencia clínica, W. Reich concluyó que sus pacientes tenían un patrón de respiración alterado, señalando que los mismos para sentir menos angustia, dolor, miedo, ira y/o placer, respiraban menos. Para cambiar este patrón defensivo en los cuerpos de los pacientes implementó la técnica de la Vegetoterapia. La misma consiste en pedirle al paciente que profundice y haga consciente su propia respiración. A partir de la intensificación de las funciones energéticas y emocionales de la respiración -a través de respiraciones lentas o rápidas, pero siempre profundas- Reich comienza a percibir que las emociones que anteriormente habían permanecido inhibidas o reprimidas en el cuerpo de los pacientes, comenzaron a manifestarse, permitiendo asimismo la emergencia de recuerdos, y provocando una disminución de las tensiones musculares crónicas (Gonçalves Boggio, 2009a). Asimismo, Reich introdujo diversas técnicas al dispositivo corporal, entre ellas ejercicios y movimientos neuromusculares a partir de toques, masajes y presiones en las distintas zonas que estaban bloqueadas y/o tensionadas en sus pacientes.

¿Cómo trabajar con el cuerpo de los pacientes en el síndrome de pánico?

Señala Gonçalves Boggio (2015) que, en los ataques de pánico el miedo intenso y excesivo que se instala en los sujetos "(...) debe poder ser sustituido por otro afecto que fortalezca a la persona: la confianza" (p. 31). Este miedo genera desconfianza en el mundo, en las personas que lo rodean y principalmente en sí mismo. Tal como lo menciona Gonçalves Boggio (2008):

Desde el punto de vista bioenergético podríamos decir que el síndrome de pánico es una fobia en la cual el sujeto tiene miedo de las reacciones de su propio cuerpo. Las personas con pánico viven su cuerpo como si fuera una amenaza constante. (p.170)

Por esta razón, se vuelve imprescindible que los psicoterapeutas corporales trabajen con sus pacientes desde tres campos importantes, como son: la mirada, la voz y el movimiento; ya que como seres humanos poseemos la capacidad de expresarnos en simultáneo por estas tres vías, las cuales se vinculan íntimamente con nuestros afectos, sentimientos y emociones (Gonçalvez Boggio, 2008).

La mirada -los ojos- son los “espejos del alma”, transmiten y revelan lo que se siente interiormente: si están llenos de amor, dulzura, alegres; o por el contrario si están tristes, enojados, deprimidos o apagados (Gonçalvez Boggio, 2008). Respecto a la dimensión del movimiento es sabido que las tensiones crónicas y la rigidez de las personas disminuyen la vitalidad y limitan la energía de quien las padece. Tal como lo plantea Lowen (1980):

Todos los conflictos emocionales inconscientes se estructuran en el cuerpo bajo la forma de tensiones musculares crónicas, que tienen un efecto tanto cuantitativo como cualitativo. Cualitativamente, determinan cómo se comportará o actuará la persona, con qué sentimientos responderá a las situaciones. Cuantitativamente, fijan cuánto sentimiento o excitación experimentará en una situación dada. (p. 47)

El presente autor afirma que, las tensiones musculares se relacionan a sentimientos de tristeza, miedo e ira; y señala que “(...) la tensión es una restricción de nuestro ser, nos hace sentir tristes y a la vez enojados por esa limitación” (Lowen, p.48); y como tendemos a no querer mostrar la tristeza o la ira, la bloqueamos, la escondemos (Lowen, 1980).

Boadella (1993) en su texto destaca un pasaje significativo e interesante respecto al cuerpo de D.H Lawrence (escritor inglés):

La vida del cuerpo es la vida de las sensaciones y emociones. El cuerpo siente un hambre real, sed real, alegría real al sol o en la nieve, placer real con el perfume de las rosas o la visión de un ramo de lilas; cólera real, pena real, ternura real, calidez real, pasión real, odio real, aflicción real. Todas las emociones pertenecen al cuerpo y la mente se limita a reconocerlas. (p.35)

El desafío que se plantea la Psicoterapia Corporal Bioenergética es ayudar al paciente a lograr la apertura de su corazón -el cual está muy bien protegido por la coraza ósea-muscular. Lowen (1980) plantea que “una terapia que pretenda aumentar o expandir el estado del ser debe tomar en cuenta el factor dinámico o energético. Más sentimiento significa más vitalidad, más excitación y más energía en el organismo” (p.48).

Las herramientas que aporta la presente corriente no se centran únicamente en la intervención de la enfermedad en sí misma ya que se la considera también como una herramienta para fomentar y contribuir en la prevención de futuros malestares, dado que colabora e interviene en el tránsito de una vida más sana que se encuentre en armonía con el cuerpo y la mente de los sujetos.

Es importante señalar que, en muchas ocasiones el bloqueo que se instaura a nivel emocional puede vincularse con no querer repetir situaciones que generaron dolor, miedo y/o angustia en el pasado. Por esta razón el trabajo de los psicoterapeutas corporales es ayudar al paciente a dejar de lado su coraza, abrirse a la vida y animarse a volver a sentir.

La terapéutica desde la cual trabaja la presente corriente se encamina hacia el logro de la reorganización de la personalidad de quien consulta (Gonçalvez Boggio, 2008). Por ello se considera importante visualizar cómo y en qué estado se presenta el paciente:

- En un estado de colapso ansioso con poca o casi inexistente integración yoica, ej: estructuras borders, estructuras psicóticas.
- Con episodios de pánico, pero con cierto grado de integración yoica, con funcionamiento laboral y social, ej: estructuras neuróticas.

La terapéutica propiamente dicha propone:

- 1- Trabajo analítico y verbalización: es sumamente importante que los pacientes logren cierto grado de *insight*, es decir que comprendan lo que les está sucediendo, lo que los está atravesando pese al terror que están experimentando. En algunos casos el psicoterapeuta puede que tenga que frenar el monólogo del paciente para ayudarlo a focalizar y a poner en orden el material discordante y desordenado.

Dentro del trabajo analítico se buscará entender y obtener información sobre:

- Historia de traumas del paciente.

- Cambios y/o transiciones vivenciadas, presiones existentes cuando el pánico empezó.
- Estrategias de vida que no fueron suficientes para enfrentar los acontecimientos.
- Formas y procesos actuales que conectan al sujeto con su proceso formativo, su realidad y su organización somática.

2- Trabajo corporal: permite que los pacientes coloquen la mente y el cuerpo de forma conjunta, así como también se le enseñan técnicas para disminuir la intensidad de cada crisis con el fin de que los pacientes logren:

- identificación corporal,
- focalizar y centrar la atención en la espontaneidad de su organismo,
- discriminación entre el yo y el mundo externo.

Dentro de las técnicas que se le brindan y enseñan al paciente:

- Enraizamiento bioenergético (simple).
- Ejercicios de centramiento, respiración y relajación muscular.

Por ejemplo:

Se le pide al paciente que respire de forma lenta, suave y profunda (involucrando la mayor cantidad de los músculos posibles implicados en la función respiratoria), para disminuir los niveles de ansiedad a través de las cuatro fases rítmicas de la respiración: 1) inspiración, 2) retención de aire, 3) espiración y 4) retención en vacío. Al mismo tiempo, se le pide que se siente de forma cómoda con su mano derecha puesta en el corazón y la izquierda en la panza, presionando los pies contra el suelo en la tercera fase rítmica (espiración).

Para establecer un contacto de soporte, el psicoterapeuta puede intervenir colocando una mano en la nuca del paciente y la otra sobre la mano izquierda. Tal como lo afirma Gonçalvez Boggio (2008) "El contacto físico suave es a menudo, en las situaciones de pánico, mucho más tranquilizador que cualquier respuesta verbal." (p.182).

Desde el trabajo analítico se tratan los contenidos más profundos del paciente con el fin de desbloquear emociones, momentos de transición y cambios, así como

también acontecimientos de índole traumática que fueron generadores de la desorganización.

Se busca limitar las crisis, espacializarlas, que vengan con menos intensidad y puedan ser controladas sin desbordarse, hasta que las mismas no vuelvan a aparecer.

Es considerable mencionar que una de las técnicas más efectivas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad es la técnica EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*: Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares). EMDR utiliza los actings neurovegetativos desarrollados por W. Reich y otros organoterapeutas posteriores como Bárbara Koopman (Baker, 1980) que trabajaron movimientos oculares bilaterales con foto estimulación luminosa. En el protocolo EMDR+ET (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Energy Techniques*) desarrollado en nuestra Facultad (Gonçalvez Boggio, 2019) se combinan diversas técnicas bioenergéticas con EMDR lográndose una excelente síntesis para revertir la sintomatología panicosa en tiempos más que acotados (menos de 8 sesiones).

Cabe mencionar que EMDR, como técnica desarrollada por Francine Shapiro desde 1987, nunca ha citado a Wilhelm Reich dentro de sus antecedentes clínicos. EMDR implica un trabajo con el segmento ocular de la coraza somática, utilizando técnicas de estimulación bilateral a través de movimientos oculares, de toques alternados (*tapping*) y de sonorizaciones bilaterales.

Como quedó demostrado en la investigación realizada en el CIC-P entre los años 2011-2017, que fue publicada con el nombre Las Paradojas de la Migración. Estrategias psicocorporales para el Abordaje del Estrés Postraumático (Gonçalvez Boggio, 2019), EMDR puede complementarse en conjunto a las técnicas neoreichianas más tradicionales: posturas de enraizamiento, actings neuromusculares, ejercicios de respiración y movimiento, entre otras. A partir de esta síntesis surgió el protocolo EMDR+ET, que fue sistematizado por Luis Gonçalvez Boggio, luego de conocer los trabajos y la literatura de John Hartung (2005, 2008) en el V Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático realizado en Buenos Aires en 2005.

EMDR+ET es una metodología protocolizada que permite desbloquear la capacidad innata que posee nuestro cerebro para procesar las situaciones traumáticas que vivencia, a través de la estimulación bilateral del segmento ocular, de la activación multisensorial energética breve y de técnicas de integración cerebral. Puede ser utilizada así para desensibilizar los recuerdos traumáticos de los ataques de pánico

(v.g.: el primer ataque de pánico, el último y/o el peor), y regular la ansiedad anticipatoria de aquellas situaciones en que pueda desencadenarse la aparición de estos ataques. Siguiendo la hipótesis de la conexión entre el síndrome de pánico y los históricos de desamparo, pueden también reprocesarse aquellas vivencias traumáticas de desamparo que el paciente pueda relacionar (o no) con los ataques de pánico.

- El trabajo con el segmento ocular tiene los siguientes objetivos:
 - a) integración mente/cuerpo,
 - b) aumentar cohesión del campo energético,
 - c) expandir el núcleo energético contraído,
 - d) desarrollar la visión binocular, convergente y focal, así como también la capacidad de estar en contacto con las sensaciones que genera el mirar,
 - e) acentuar las sensaciones corporales, así como poder contenerlas sin desconectarse, dissociarse o escindir de ellas,
 - f) generar una mayor identificación corporal,
 - g) tomar contacto con lo registrado psíquicamente a raíz de vivencias traumáticas para luego poder reprocesarlas y desensibilizarlas,
 - h) lograr que la persona esté en el aquí y el ahora para disminuir la ansiedad y las emociones y sensaciones desbordantes.

El segmento ocular es uno de los anillos de la coraza somática más sobrecargados en lo contemporáneo. Podríamos hipotetizar que, a diferencia de los sujetos con los que comenzaron trabajando Reich y Lowen, en la actualidad asistimos y vivenciamos una desterritorialización de forma permanente de los territorios existenciales, así como una concentración y dispersión de los flujos de capital, instalándose así nuevas subjetividades nómades e híbridas. Hoy en día estamos interpelados por el consumo y el cambio de manera constante, los vínculos se transformaron en mercancía y los encuentros, en este contexto de pandemia, tienden a quedar acotados y disminuidos, lo cual genera un aumento de la desconfianza y del miedo -que van de la mano de la sensación de vacío- y que puede desembocar en la instalación de un yo cada vez más débil, narcisista y arcaico ligado al acto del consumo. Tal como afirma Gonçalvez Boggio (2008): “la lógica del poder control-represión de las sociedades disciplinarias se ha transformado en nuevas series de control-estimulación de las sociedad de control.” (p.99). En las sociedades de control el voyeurismo y el exhibicionismo sin límites, que se experimentan radicalmente en las redes sociales, lleva

a una sobrecarga del segmento ocular que sufre de una hiper-activación cada vez mayor.

Es impensable, en lo contemporáneo, considerar trabajar los trastornos de ansiedad, y el pánico en particular, sin integrar la dimensión corporal y energética. Para lograr lo mencionado, los psicoterapeutas corporales bioenergéticos trabajan en dos direcciones, la primera: entendiendo los problemas a nivel emocional, y la segunda: a nivel corporal, para disminuir su acorazamiento. Siguiendo la lógica reichiana Gonçalves Boggio (2008) señala que "(...) para la Bioenergética los aspectos inconscientes que generan la enfermedad están alojados tanto en el carácter de la persona como en la coraza somática." (p.3).

Tal como afirma Lowen (1967) "la persona experimenta la realidad del mundo solo a través de su cuerpo. El ambiente externo le impresiona porque tropieza contra su cuerpo y afecta sus sentidos." (p.12).

Puesto que, los ataques de pánico refieren a trastornos de ansiedad que se acompañan de diversos síntomas que se reflejan y se manifiestan a nivel corporal se considera a la Psicoterapia Corporal Bioenergética como una terapia válida y eficaz para el tratamiento y la intervención de los mismos (Gonçalves Boggio, 2008, 2019). Esta corriente permite abordar un trabajo sistemático con los principales segmentos de la coraza implicados en el síndrome de pánico: el segmento ocular, el torácico y el diafragmático. Desensibilizando y reprocesando cada uno de los ataques de pánico (v.g.: el primero, el último, el peor) con técnicas de estimulación bilateral y de integración cerebral para el segmento ocular; recuperando la confianza en el cuerpo a través de ejercicios respiratorios de centramiento, de foco y enraizamiento, la Psicoterapia Corporal Bioenergética ha desarrollado dispositivos breves y focales para resolver el síndrome de pánico en menos de 8 sesiones (Gonçalves Boggio, 2008, 2019).

Consideraciones Finales:

Creer en el mundo es lo que más falta nos hace, hemos perdido al mundo, nos lo han desposeído. Creer en el mundo es, además, suscitar acontecimientos, aunque sean pequeños, que escapen al control o hacer nacer nuevos espacios-tiempos de resistencias. Es a nivel de cada instante que nos jugamos a la capacidad de resistencia o a la sumisión al control.

Deleuze, 2006, p. 180.

Para concluir la presente monografía, se considera importante destacar que la sociedad contemporánea se encuentra caracterizada por una creciente caída o desplazamiento de las instituciones de referencia, hecho tan bien descrito ya hace 30 años por G. Deleuze en su breve ensayo *Posdata de las sociedades de control*.

A decir de Gonçalves Boggio estamos viviendo una gran paráfrasis en el pasaje de las instituciones de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control. Si en aquellas podríamos afirmar que “las personas pasan y las instituciones quedan”, en éstas podemos afirmar, quizás, que “las instituciones pasan y las personas quedan” (Gonçalves Boggio, 2015, -clase teórica de Articulación de Saberes 3. Clínica y Subjetividad-).

En el siglo XXI estamos viviendo un cambio muy grande respecto a los roles del hombre y de la mujer en la sociedad y los vínculos, lo cual pone de manifiesto nuevas y diversas formas de relacionamiento, de emparejamiento, de procreación y de filiación, instalándose así nuevas formas de ser y estar entre los géneros y en el mundo.

Otra variable destacable es la búsqueda de ideales omnipotentes que derivan en un hacer y producir de forma activa y constante, generando en los seres humanos modernos el sentimiento de desgaste y de auto-explotación desmedida (Han, 2012); situación que genera angustia por no poder y desencadena ansiedades por no estar a la “altura de” e ir “quedando para atrás”. Pudiéndose afirmar entonces que el agotamiento producido por la hiperexigencia actual, lastima tanto a los cuerpos como a la psique de los sujetos. Emergiendo, asimismo, los ataques de pánico como uno de los analizadores principales de las subjetividades contemporáneas.

Por lo mencionado anteriormente, es importante señalar que el síndrome de pánico emerge de manera frecuente en la clínica contemporánea porque el contexto estresante creciente, vivido en el capitalismo tardomoderno desregula neurovegetativamente a las personas, predisponiéndolas a la aparición de los ataques de ansiedad, y su máxima expresión: los ataques de pánico. Este último representa una manifestación -actual- de la angustia en su función abrupta y paralizante, que desemboca en la inhibición de la persona ante el reconocimiento y la visualización de su propio límite, y ante la imposibilidad de sostener lo insostenible de los ritmos desterritorializantes de los territorios existenciales. Aun así el pánico como síndrome no deja de ser una de las tantas formas existentes para patologizar un comportamiento específico: las crisis de angustia.

La buena noticia es que, mediante el uso combinado de la palabra y el trabajo corporal, el síndrome de pánico puede ser tratado en dispositivos breves y focales,

encontrando el paciente el alivio y el bienestar ya no en meses y en años, sino en horas y días.

En este proceso se debe dejar al descubierto lo que está oculto: una situación de desamparo inicial que es singular y particular en cada sujeto.

En la medida en que, la fragilidad (real, histórica y simbólica) es vivida en contextos de desamparo, se instala en la vida de los individuos una emoción, de las que deriva la inseguridad y la ansiedad: el miedo. Dada la pérdida de la infraestructura del poder de las instituciones disciplinarias, se deja a los individuos “a la intemperie” y “a la deriva”. Esta caída de los soportes narcisistas conlleva la reproducción y la emergencia de las primeras vivencias que todos hemos experimentado: el desamparo (del recién nacido).

En resumen, teniendo presente que la aparición de estas crisis de ansiedad cobra total relevancia en el contexto actual, y que se acrecientan cada vez más el número de consultas por dichos trastornos, creo importante señalar que el estilo de vida de los sujetos modernos, -vivir bajo un constante y creciente estrés-, desencadena, potencia y aumenta la angustia y la ansiedad de los sujetos contemporáneos.

Debemos construir nuevas formas de ser y estar en el mundo, ayudando a estos cuerpos panicosos a superar los obstáculos que la patología ansiosa genera. Lo que implica ayudar a las personas ansiosas a habitar su cuerpo con un afecto que pueda reprocesar, desensibilizar y desintensificar el miedo que los habita. Ese afecto es la confianza. La confianza en su propio cuerpo, que va a derivar en la posibilidad de sentir confianza en el lazo social, y experimentar, posteriormente, confianza en las relaciones, en el mundo y en el porvenir.

Para trabajar los trastornos de ansiedad, se considera a la Psicoterapia Corporal Bioenergética como una de las corrientes teórico-técnicas con más herramientas y recursos para integrar a la mente y al cuerpo en abordajes psicoterapéuticos breves y focales, dinámicos e integrativos.

Es de suma importancia que, como profesionales de la salud mental profundicemos en el estudio y en el análisis de los trastornos de ansiedad en general, y puntualmente en las crisis de pánico crecientes, para poder estar actualizados en los tratamientos ya existentes y para posibilitar que se creen otros aún más eficaces.

Se espera que el presente Trabajo Final de Grado sea de utilidad para futuros interesados en la temática elegida en el ejercicio de la psicoterapia, así como también

pueda contribuir con aquellas personas que padecen este trastorno, para que puedan llegar a una consulta psicológica que les permita recibir ayuda y una asistencia especializada.

Dedicatoria y agradecimientos:

Mi Trabajo Final de Grado va dedicado a todas las personas que han formado parte de mi pasaje por la Facultad, a quienes han estado firmes desde el comienzo, a quienes la vida ha llevado a transitar por diferentes caminos, y a quienes se han ido antes de tiempo. Todas y todos han sido y son grandes pilares para el cumplimiento de esta meta, mi meta. Un gracias inmenso a toda mi familia, a mi gran compañero del día a día: Cirito, quien llegó a mi vida el mismo año que comencé la carrera y quien ha vivido conmigo todo este recorrido; y principalmente a mis padres, quienes me han acompañado y apoyado de manera incondicional en cada paso y desde el primer día; y a quienes les debo gran parte de lo que soy. Gracias por festejar conmigo mis triunfos y contenerme cuando las cosas no me salen como espero. A mis amigas y amigos con quienes elegimos caminar y compartir de la mano y codo a codo, quienes son mi sostén y gran parte de mi felicidad. A cada uno: gracias por ser y estar, son mi familia del corazón, la familia que elijo. A mis psicoamigos/as con quienes he caminado, crecido y aprendido a la par, gracias por las mañanas, tardes y noches llenas de psicología, música de fondo y mucho amor. Gracias por cada clase compartida, por cada mate, cada palabra, cada sonrisa y cada abrazo. Todos y todas hicieron que el camino vivenciado, por y en nuestra Facultad sea hermoso, repleto de aprendizajes, muchas risas, algunos llantos y diversión, transitando el desafío de poner el cuerpo a través del compartir. A mis dos personitas que se fueron antes de tiempo, a quienes extraño muchísimo porque no están presentes físicamente, pero que, de igual manera se hacen sentir, porque el amor trasciende lo impuesto como real y no entiende de tiempos ni de distancias, ¡por suerte! Gracias por el ratito de vida compartido, gracias por pasar y transformar(me).

Y, por último, pero no menos importante, quiero agradecerle a mi tutor “el Chino”, a quien elegí desde la primera clase a la cual asistí con él, y quien ha sido mi referente en la temática elegida, y me ha guiado en este proceso.

Disfruté muchísimo el paso por mi querida “FPsico”. Fue mi segunda casa durante muchos años, y por todo lo mencionado anteriormente culminó esta etapa sintiéndome muy feliz y agradecida. Este logro es compartido y esta alegría se triplica cuando puedo vivirla con ustedes. ¡¡¡A todas y todos... infinitas gracias!!!

Referencias Bibliográficas:

- Alizade, A. M. (1996). *Clínica de la muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM V. Madrid: Médica Panamericana
- Araújo, A. y Cardozo A. (2016). Tiempos acelerados y espacios nómades de la hipermodernidad. Reflexiones abiertas. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(2), 209-222. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/>
- Baker, E. (1980). *O labirinto humano. Causas do bloqueio da energia sexual*. Brasil: Summus.
- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beltran, M. (2008). La dimensión psicocorporal en la persona. Vivenciando psique y soma a través de nuestra postura y el movimiento [artículo en línea]. *Revista IPP*. Núm. 1. Instituto de posturología y podoposturología. Recuperado de http://www.ub.edu/revistaipp/hemeroteca/2_2008/m_beltran.pdf
- Berceli, D. (2012). *Liberación del trauma. Perdón y Temblor en el camino*. Santiago de Chile. Cuatro vientos.
- Berríos, G.E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Boadella, D. (1993). *Corrientes de vida: una introducción a la biosíntesis*. Buenos Aires: Paidós.

- Bolwby, J. (2012). El vínculo que une al niño con su madre: la conducta de apego. En: *El Apego. Vol. 1 de la tríada el Apego y la pérdida*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Casas de Pereda, M. (2018). El desamparo del desamor: A propósito de la depresión en la infancia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 11-24.
- Cernadas, J. A. (2003). El ataque de pánico: un estudio psicoanalítico. *Cuestiones de infancia*, 7, 108-123.
- Costa, M. (1999). *Pânico e desamparo*. San Pablo: Escuta.
- Costa, Veridiana Alves de Sousa Ferreira y Queiroz, Edilene Freire de. (2011). Transtorno de pânico: uma manifestação clínica do desamparo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 444-456.
- Deleuze, G. (2006). *Conversaciones*. Valencia: Pre Textos.
- Deleuze, G. (1991). "Posdata sobre las sociedades de control", en Christian Ferrer (Comp.) *El lenguaje literario*, Tº 2, Ed. Nordan, Montevideo.
- DSM-IV. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Massons S. A., Barcelona, 1995.
- Domínguez, M. (2011). Desamparo y separación: algunas consideraciones a partir de un caso de apropiación. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ey, H. (1969). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Toray- Masson.
- Ey, H. (2008). *Estudios psiquiátricos, Vol. 1*. Buenos Aires: Polemos.

- Fleischer, D. (2007). La función de la angustia y los síntomas actuales. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Franco, G. (2018). Cubrir el desamparo. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 143-150.
- Frankl, V. (2008). *Psicoanálisis y existencialismo*. México D. F.: Fondo de la Cultura Económica.
- Freud, S. (1916). 25 conferencia "La angustia" *Obras Completas*, Amorrortu edit. Bs. As., Tomo XVI.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. A.E. T. 30.
- Freud, S. (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 32, Angustia y Vida pulsional. A.E. T. 22.
- Freud, S. (1999). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". En *Obras completas*, Vol. III (pp. 85-115). Buenos Aires: Amorrortu.
- García, S. (2018). Desamparo, "acontecimiento" y repetición. *Après coup* en transferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 25-36.
- Greeson, J., Bantley, J. (2011). Mindfulness y trastornos de ansiedad: desarrollando una relación sabia con la experiencia interna del miedo. En F. Didonna (ed.) *Manual clínico de mindfulness* (pp. 311-338). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Gonçalves Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio, L. (2009). La bioenergética. Un camino vibrante hacia la salud, un camino hacia la salud vibrante. En equipo docente de introducción a las teorías Psicológicas. Corrientes teórico técnicas. *Perspectivas psicológicas en salud*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio, L. (2009a). La psicoterapia corporal bioenergética. En: Rodríguez Nebot, J. *Técnicas Psicoterapéuticas* (pp.106-131). Montevideo: Psicolibros.

- Gonçalvez Boggio, L. (2015). *Cuerpo y subjetividades contemporáneas. Clínica bioenergética y esquizoanálisis*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalvez Boggio, L. (2019). *Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático*. Montevideo: CSIC-UdelaR.
- Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Han, B. (2013). *La sociedad de la Transparencia*. Barcelona: Herder.
- Hartung, J. (2005). *The resolution of trauma with EMDR: Theory, mechanisms and evidence*. Presentación en el V Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático, Buenos Aires, Argentina.
- Hartung, J. (2008). *Psicología energética e emdr. Una parceria para a cura emocional*. Brasilia: Nova Temática.
- Lowen, A. (1967). *La traición al cuerpo*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*. México: Diana.
- Lowen, A. (1980). *Miedo a la Vida. Cuerpo y mente en busca de su autenticidad y plenitud*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Lowen, A. (1994). *El gozo. La entrega al cuerpo y a los sentimientos*. Argentina: Era Naciente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento (cie 10). Versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017: la salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado el 12 de septiembre de 2018, en http://www.who.int.mental_health/es/

- Peskin, L. (2018). ¿Qué nos ampara?. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 37-45.
- Quiroga, B. (2019). Acerca del ataque de pánico: ¿Una nueva forma del síntoma?. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea].
- Reich, W. (1957). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- Rocha, Z. (1999). “Desamparo e metapsicología. Para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana”, *Síntese. Revista de filosofía*, vol. 26, nº 86, pp. 331-346.
- Rodríguez, M. (2012). El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca. *Nota De Salud Mental*, 37-47. [online]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910976>
- Sarudiansky, M. (2012). Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28. [fecha de consulta 2 de Junio de 2020]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.o?id=1339/1339305250003>
- Vallespir, N. (2018). Del amor al amparo: La envoltura amorosa del cuerpo. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 127, 125-142.
- Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.