

**PSICOANÁLISIS
TEORÍA DE LA
TÉCNICA**

RÓMULO LANDER

Segunda edición: 2014

Editorial Psicoanalítica

Rlander39@gmail.com

Caracas, Venezuela

Escrito en Georgia ref. Punto 11

Imagen de la Portada: segmento de *La lección de anatomía*. Este impresionante lienzo fue pintado por uno de los grandes artistas del barroco: Rembrandt. El gremio de cirujanos había encargado el lienzo a Rembrandt para conmemorar una lección pública que impartió el doctor Nicoles Tulp, célebre anatomista de La Haya.

Depósito Legal: lf2522012610919

ISBN: 978-980-12-5582-6

Impresión Yuruani Guerere

yuruaniguerere@gmail.com

INTRODUCCION NECESARIA

Este libro ha sido redactado para los que se inician y también para los que desean profundizar en este duro trabajo de ser terapeutas de la psique humana. He observado que algunos de los estudiantes de los diversos post grados, al vivir en sí mismos, el proceso analítico desarrollan el deseo de iniciarse en el ejercicio de la psicoterapia de tipo psicoanalítica. Ellos serán los futuros analistas. La primera edición de este libro se tituló Manual de Terapia Analítica. Después de corregir y aumentar considerablemente esa primera edición, decidí que el título de la nueva edición debía reflejar aún más el contenido. Encontré que más que un manual, este libro nos habla de la teoría de la técnica.

La técnica de la terapia psicoanalítica se basa en una forma particular de entender el funcionamiento de la mente humana. Para ejercer esta práctica, se necesita saber sobre de teoría psicoanalítica, quiero decir metapsicología y saber sobre los mecanismos mentales inconscientes que operan en ella. Es necesario poder tomar una posición clara frente a la existencia del inconsciente. Nosotros los psicoanalistas pensamos que el Psicoanálisis fundado a finales del siglo 19 por Sigmund Freud se sostiene en una premisa básica: la existencia del inconsciente y de sus mecanismos. Por eso se hace necesario que este libro de teoría de la técnica, comience por mostrar algo de las producciones del inconsciente y de la clínica psicoanalítica, tal como se presentan en nuestros pacientes de todos los días. Es útil mostrar la forma de presentarse los síntomas mentales en el ser humano. Así pues mostraré algo de la teoría y de la clínica psicoanalítica, para poder llegar a profundizar luego en la teoría de la técnica. Además, es imperativo mostrar cómo entendemos nosotros los psicoanalistas la esencia de la salud mental.

Todo esto nos va a permitir conocer la clínica psicoanalítica que hoy más que nunca es bastante diferente de la clínica psiquiátrica biológica, tan en boga en estos tiempos. Todo esto es necesario presentarlo antes de pasar a describir la técnica de trabajo y sus razones. Aquí es oportuno y necesario recordar algo que todos nosotros ya sabemos: Una buena práctica requiere de una buena teoría y

viceversa.¹ También es muy importante insistir desde el comienzo que la práctica de la terapia psicoanalítica requiere del análisis personal previo del analista. Es absolutamente necesario que el futuro terapeuta analítico conozca tanto como sea posible, los aspectos inconscientes de su propia vida mental, para así ejercer la práctica con eficiencia y además evitar que por un efecto colateral de su trabajo el terapeuta pueda enfermarse.

He tratado de redactar el texto lo más sencillo posible alejándome de los planteamientos abstractos matemáticos a los que tanto aprecio. Los valoro porque los considero muy útiles en la difícil transmisión de las ideas y conceptos. Pero esto no es útil aquí en este libro. Digo esto, porque he decidido presentar las ideas en forma afirmativa, como si estas ideas estuvieran ya definidas y concluidas. Esto es algo que todos sabemos no es así. Nada está definido, ni concluido, ni cerrado, ya que todo está en evolución. Sin embargo el espíritu de este libro requiere de presentarlas en esa forma afirmativa y además insistir en conservar el sentido de la brevedad. Aquí les repito lo que siempre digo en mis supervisiones y seminarios: Estudien todo esto, con mucho interés e insistencia, para luego en el momento de la sesión, olvidarlo todo. Ese olvido, es lo que va a permitir la escucha al otro, sin tener ningún juicio previo.

Rómulo Lander

¹ Frase acuñada en 1946 por Kurt Lewin en Boston, Massachusetts, USA. Kurt Lewin fue un universitario estudioso nacido en Polonia en 1890 y quien emigró a USA en 1933. Se interesó en la investigación de la psicología de los grupos y las relaciones interpersonales. Había estudiado Medicina en Friburgo, Biología en Munich y se doctoró en Filosofía por la Universidad de Berlín en 1916. En 1933 perseguido por los nazis huyó de Alemania a USA donde fue docente de la Universidad de Cornell. En 1944 inició su trabajo en el Instituto de Tecnología de Massachusetts [MIT]. Allí estableció el Centro de Investigación para la 'Dinámica de Grupos' donde se preocupó por hacer una teoría metapsicológica de los grupos. En 1947 creó la muy famosa red 'NTL' [National Training Laboratories]. El 12 de febrero de 1947 murió en Newton, Massachusetts. Kurt Lewin es reconocido como el fundador de la psicología social moderna. Contribuyó al desarrollo de la psicología de la Gestalt de manera significativa. La Teoría del Campo formulada por Lewin, afirma que las variaciones individuales del comportamiento humano con relación a la norma, son condicionadas por la tensión entre las percepciones que el individuo tiene de sí mismo y del ambiente psicológico en el que se sitúa: su espacio grupal.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRIMERA PARTE CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Capítulo 1 CONTROVERSIAS EN LA CLÍNICA

Psicopatología psiquiátrica--Su fenomenología—Uso reciente de la epidemiología computarizada--La nueva taxonomía psiquiátrica--El nuevo paradigma psiquiátrico biológico—Nueva propuesta de una relación univoca entre los neurotransmisores y las enfermedades mentales--Los neurotransmisores y el alivio sintomático--La psicopatología psicoanalítica es una clínica que se fundamenta en la presencia de mecanismos mentales inconscientes—Es una clínica que no se apoya en los síntomas—Teoría del aparato mental—Tres elementos para la constitución de la psique: La angustia, el objeto y el falo—El cerebro no es la mente: el cerebro es el órgano biológico—La mente es otra cosa: es algo virtual—El examen mental es la evaluación de las funciones cerebrales, no de la mente—La propuesta estructural y las tres estructuras clínicas inconscientes--Los dos tipos de organización básica: Narcisista y Edípica [imaginaria y simbólica]--El problema de la causalidad--Las tres noxas según la teoría psicoanalítica: (a) Trauma psíquico (b) Conflicto psíquico (c) Defecto estructural—Algo más sobre la clínica psicoanalítica—La semiología psicoanalítica—Los mecanismos mentales invisibles—La importancia de la escucha precisa del texto del paciente. **Página 43**

Capítulo 2 SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El problema de la salud mental vista desde el Psicoanálisis—El concepto de normalidad--El uso imposible de la dispersión estadística de la Campana de Gauss—Los códigos de diagnóstico--El nuevo paradigma psicoanalítico--En psicoanálisis la salud mental es entendida por el nivel de aceptación que el sujeto tiene de sí mismo. **Página 53**

Capítulo 3
EL SÍNTOMA EN PSICOANÁLISIS

¿Qué es un síntoma? --El síntoma como significante-- Instalación del síntoma—Síntoma clínico y el Síntoma analítico--El tiempo y el síntoma--Destino del síntoma—La importancia del Sinthome--lógica del Sinthome--El síntoma como una prótesis--El concepto de suplencia--La importancia del 'síntoma grapa'. **Página 59**

Capítulo 4
EL FANTASMA EN PSICOANÁLISIS

¿Qué es el fantasma?—El fantasma como una fantasía sexual individual y exclusiva— el fantasma como tesoro de la sexualidad--Importancia del Fantasma en Psicoanálisis--Lacan decía: 'Es una flor en la rama espinosa de la culpa'--Constitución del fantasma en cada persona—Importancia del fantasma para la vida sexual—Relación entre síntoma y fantasma—La Travesía del fantasma. **Página 67**

Capítulo 5
EL SINTASMA EN PSICOANÁLISIS

¿Qué es el Sintasma? --Constitución del sintasma—Importancia del Sintasma en Psicoanálisis--El sintasma como un rasgo básico del ser--El sintasma y lo Real—El Sintasma y el rasgo unario—El sintasma como expresión del 'Soy lo que soy'. **Página 71**

SEGUNDA PARTE
ELEMENTOS DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Capítulo 6
CLÍNICA DE LAS NEUROSIS

La neurosis clínica versus la estructura neurótica—La Histeria y la Obsesión—(1) Fenomenología de la histeria: la necesidad de seducir—El recurso de teatralidad—Seducir al portador del semblante fálico—La bisexualidad de la histeria—El conflicto con sus deseos

sexuales—La histeria masculina—Los aspectos estructurales de la histeria—Los dos tipos de histeria: [N/e] y [n/E]—La paradoja de la histeria: <es una esclava que busca un rey sobre quien reinar>--La locura histérica, sus alucinaciones y sus delirios--El otro en posición de amo—La crisis disociativa histérica—La histerización del obsesivo—(2) Fenomenología de la neurosis obsesiva: Las ideas obsesivas—ideas cabalísticas—las dudas obsesivas—La procastinación—Los rituales obsesivos—La necesidad de control—Los sentimientos de culpa y la deuda impagable—La gran actividad sexual del obsesivo—La paradoja del obsesivo: <es un rey que no puede dejar de ser un esclavo> --La estructura de la neurosis obsesiva—la identificación con un otro fálico—La angustia y su relación con el ser castrado—El falo que sostiene al síntoma—La estabilidad del obsesivo. **Página 75**

Capítulo 7

CLÍNICA DE LA PSICOSIS

Las Psicosis y su diagnóstico diferencial—Las Psicosis histérica—La esquizofrenia y el mecanismo de la forclusión del nombre del padre --La importancia de la Afirmación o Bejahum--Los Fenómenos Elementales: (a) El empuje al otro sexo, al cual Lacan le decía <el empuje a la mujer> (b) La ausencia del shifter (c) El otro como <la cosa en sí> (d) La genitalidad sin sujeto (e) El mar de Goce (f) La ambigüedad en la escogencia de objeto sexual-- La producción psicótica—La metáfora delirante curativa—Los tres anillos [RSI] y el cuarto nudo--El fuera de discurso--Los dos tipos de suplencia--la función de la suplencia--Dos desencadenantes de la crisis psicótica: (a) La sensibilidad al rechazo (b) La imposibilidad de ocupar el lugar del padre—Algo más: El sentido de la cura y la posibilidad de restituir las suplencias—La importancia de la afirmación en la técnica. **Página 87**

Capítulo 8

CLÍNICA DE LAS FOBIAS

La fobia y el objeto fóbico--La conducta de evitación—El objeto acompañante--las fobias y el miedo—La crisis de pánico—Búsqueda del equilibrio psíquico—Los dos tipos de fobias: en el eje narcisista

y en el eje Edípico—Las fobias: (a) como un síntoma y (b) como una estructura—Fallas y carencias tempranas en las fobias narcisistas—La evitación del objeto fóbico—La angustia y el pánico—El atrapamiento materno—Lo que obtura la falta—Las fobias del eje Edípico—La angustia de castración—Las fobias curables y las incurables.
Página 97

Capítulo 9

CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

Clínica de la depresión desde el punto de vista del Psicoanálisis—El síntoma depresivo—Los estados mentales similares pero que no son depresión, tales como: (a) La clínica del estado de duelo (b) la Clínica del vacío (c) la clínica del Masoquismo moral y (d) la Clínica del goce—Elementos del Duelo normal y patológico—El duelo y la relación de amor-odio con el objeto muerto—El duelo con el objeto de simbiosis--Las pérdidas necesarias—El sufrimiento y los tres tipos de masoquismos según Freud: el masoquismo sexual, moral y femenino-- Clínica del Goce--El sufrimiento y el equilibrio psíquico--La clínica depresiva se instala cuando: (a) Previamente en la historia del sujeto existe un predominio del vínculo de odio con el objeto. (b) Este odio al objeto va devenir posteriormente en odio a sí mismo y aparece la baja autoestima. (c) la aparición azarosa de una experiencia de fracaso. (d) La pérdida de la esperanza--El acto suicida--El suicidio como síntoma--Acto suicida radical y heroico--El empuje al suicidio como síntoma--¿Qué hacer ante el riesgo suicida?--¿Qué hacer ante el peligro inminente suicida?--Acto suicida radical: las buenas razones para morir--El sujeto en su acto suicida radical muere por sus ideales--El suicidio heroico puro--Los suicidas en masa. **Página 101**

Capítulo 10

CLÍNICA DE LOS BIPOLARES

La Psicosis Maniaco Depresiva [PMD] de Emil Kraepelin—La agitación maniaca—La depresión melancólica—Los Bipolares—Los altibajos de la patología limítrofe Borderline--Los polos horizontal y vertical--identificaciones al objeto de amor y luego la identificación al objeto de odio--Escisión horizontal y escisión vertical—

Amor y odio al objeto--Los Bipolares horizontales y su oscilación en las identificaciones--Los Bipolares verticales y su hueco estructural--Algo más sobre ambos fenómenos Bipolares. **Página 115**

Capítulo 11 **CLÍNICA DE LA PARANOIA**

Desde el psicoanálisis: ¿Qué es la paranoia?--¿Será una idea falsa que tiene certeza?--¿Quién define lo que es falso y lo que es cierto?--¿Quién define la realidad?—Si la realidad es algo subjetivo, entonces no es universal—Tres tipos de pensamiento paranoico: (1) Pensamiento no-organizado (2) Pensamiento sistematizado-lúcido (3) Pensamiento fuera de la realidad común [psicótico]--¿Cuál es el origen de la paranoia?—Un caso clínico: Abelardo—La propuesta sobre la paranoia de Sigmund Freud—Las ideas de Melanie Klein sobre la angustia y el objeto paranoico—La propuesta de Jacques Lacan sobre la paranoia de auto-punición—Mi propuesta sobre la génesis de la paranoia: ‘la paranoia aparece cuando se hace unidad, fusión con el objeto padre asesino’. **Página 121**

Capítulo 12 **CLÍNICA DEL ODI**

Freud y su pulsión de muerte--La violencia como síntoma—La pulsión es muda--El objeto de odio—El sujeto de odio--El Odio como pasión--La Pasión de Odio y el sadismo humano--Odio y destructividad--La Fusión objetal y el Sadismo primario--Clínica de la destructividad—El sadismo secundario--El Furor Narcisista--Clínica de la agresividad--La capacidad de agresividad como algo deseable--La defensa de la integridad personal—La defensa de los ideales--El poner la otra mejilla--Miedo y agresividad--la ‘angustia que se convierte en un acto violento y agresivo. **Página 161**

Capítulo 13 **CLÍNICA DE LA MALDAD HUMANA**

La maldad humana se fundamenta en la dialéctica del odio y la dialéctica de la intolerancia--La intolerancia humana está específicamente fundamentada en la imposibilidad del ser de mantener la

alteridad--El origen de la intolerancia se ubica en la pérdida de la alteridad--Las formas clínicas de la intolerancia del ser: (a) El Maniqueísmo--(b) El Fanatismo: El fanático tiene certeza-- Los fanáticos están muy cerca de los héroes--(c) El autoritarismo: La patología delirante del fanático autoritario--(d) El fundamentalista y su narcisismo maniqueo: La creencia ciega en el líder--Los otros como depositarios del mal--Una excepción: El dogmatismo y la experiencia de frustración--La buena tolerancia a la frustración. **Página 167**

Capítulo 14

CLÍNICA DE LA VIDA AMOROSA

La vida amorosa--Los tres tipos básicos de amor: (a) Amor de pasión (b) Amor Cortés (c) Amor de conveniencia--Presencia de las pasiones--Lacan y su pequeña-(a)--El objeto del deseo--El objeto causa del deseo-- La pasión de amor y pasión de odio--Los tormentos del amor--las pruebas de amor--La media naranja--Duración del amor de pasión--Amar de pasión dos veces en la vida al mismo objeto--Sobre el amor y la muerte: (a) Morir de amor (b) Amor a muerte (c) Amor que mata--El amor de pasión: un amor fusional intenso donde se pierde la alteridad--El amor cortés: Un amor suave con capacidad de alteridad--El amor de conveniencia: un amor con consciencia de la compatibilidad con el otro, es el más antiguo modelo de amor que existe y son los más duraderos en el eje del tiempo. **Página 179**

Capítulo 15

CLÍNICA DE LA VIDA SEXUAL

La organización de la sexualidad humana: los cinco aspectos fundamentales de la organización de la sexualidad del sujeto humano: (1) Lo Real sexual (2) La identidad sexual (3) El género sexual social (4) La escogencia de objeto sexual (5) El género sexual inconsciente--La vida sexual humana y su consecuencia: Aparecen los dos problemas fundamentales: (a) La ecuación sexual personal--La actividad sexual del humano va a depender de su ecuación sexual--(b) La moralidad sexual que ordena el sexo posible--El problema con el diagnóstico de la vida sexual de los humanos--Aceptar que existen dos cosas distintas: (1) La lógica del deseo y (2) La lógica

del acto—Problemas clínicos del deseo sexual y los problemas clínicos derivados del acto sexual—Diversos aspectos en relación al uso de las fantasías sexuales [el Fantasma]—Las 50 sombras de Grey.

Página 193

Capítulo 16

CLÍNICA DEL GÉNERO SEXUAL

Género masculino y femenino—El andrógino y el transgénero--¿Qué es la masculinidad? ¿Qué es la feminidad? ¿Qué define al hombre? ¿Qué define a la mujer? Punto de vista de la antropología social, cultural—Punto de vista de la teoría psicoanalítica—Identidad y género—La organización sexual humana—Genero sexual cultural—Genero sexual inconsciente—Los cuatro registros propuestos. **Página 217**

Capítulo 17

CLÍNICA DE LA INFIDELIDAD

Los amoríos infieles--Ética de la infidelidad—El adulterio—Los ideales de fidelidad--¿Cuándo existe la infidelidad? ¿Por qué la fidelidad es una necesidad? Significado del acto infiel—La posibilidad de perdonar el acto infiel—La infidelidad y el amor múltiple—Temor a la entrega exclusiva conyugal—El compromiso conyugal—Cuando no se puede resistir—Infidelidad y machismo—Fidelidad y sumisión—Infidelidad y perversión sexual. **Página 231**

Capítulo 18

CLÍNICA DE LA SOLEDAD

El sentimiento de soledad--El estar solo--La soledad íngnima—La capacidad de compartir con el otro—El sujeto y el grupo: la manada--La Soledad y los tipos de aislamiento social: (a) Aislamiento espiritual: incluye los Eremitas—Los Silobatos—(b) Aislamiento autista que incluye el síndrome Asperger—(c) Aislamiento social: Los anacoretas—Otras soledades: la barrera autista neurótica de Esther Bick—La soledad que cura--La existencia del otro y la aparición del lazo social—El apego al objeto--La necesidad de pertenencia y el instinto gregario. **Página 243**

Capítulo 19
CLÍNICA DEL VACIO INTERIOR

Teoría del Espacio psíquico--Donald Meltzer y sus identificaciones adhesivas--Este problema de no disponer de un 'espacio psíquico' que fuera apto para las identificaciones estables es un problema estructural, el cual es originado por serias 'carencias afectivas' ocurridas en una época muy temprana, en los inicios de su vida—La configuración del espacio y del tiempo psíquico--Fenómeno del vacío y el concepto del tiempo psíquico--El vacío interior se calma cuando aparece un apego al objeto--La observación clínica revela un apego exagerado al objeto, a predominio fusional y simbiótico--No con todos los objetos, solo con el objeto elegido para tal fin--El origen de este vacío interior proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre-hijo--El sujeto se constituye gracias al mecanismo de identificación que ocurre en esa relación temprana—El proceso de introyecciones e identificaciones tempranas del niño, proceso realizado con diversos aspectos sensoriales de su madre, va a dar origen a la formación de un Yo primitivo--La textura de ese Yo temprano se va a formar con las progresivas introyecciones e identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes--La deficiencia en estas identificaciones y el predominio de las frustraciones con el pecho nutricio por incapacidad en la continencia y en la función reverie de la madre va a dejar un efecto de hueco o de vacío en la textura de ese Yo primitivo--Todos nosotros tenemos una cuota inevitable de deficiencia de la función reverie materna--un vacío o un hueco que corresponde con las experiencias del período temprano narcisista del desarrollo va a estar presente en la textura del Yo de todos nosotros. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista que todos nosotros tenemos, varía según las experiencias originarias que hayamos tenido en la temprana infancia--En 1970 Jacques Lacan introdujo su teoría de las suplencias--Son significantes que pueden hacer la función de obturar el hueco o vacío--Es común encontrar ciertas patologías graves relacionadas con la existencia de un hueco o vacío en el sujeto--Me refiero por ejemplo a las patologías compulsivas de 'juegos de azar', las llamadas Ludopatías o la adicción grave a drogas lícitas o ilícitas y el Alcoholismo grave.

Página 249

Capítulo 20
CLÍNICA DE LOS BORDERLINES

¿Qué son los estados limítrofes? ¿Qué es un borderline? El problema con este paradigma—Los Borderlines son una estructura neurótica inconsciente narcisista con poca estabilidad funcional—Presentan altos y bajos en un eje vertical—En ese sentido se pueden ver como bipolares verticales [ver capítulo 10]—Sus mecanismos mentales: El vacío interior—La demanda de reconocimiento—Tipo de relación de objeto—El discurso de dominio—El síntoma grapa—La Segunda piel—Los Estados Adhesivos— Características de su vida sexual—Su sistema de ideales—La reversión de la perspectiva—El control de los impulsos—Compulsiones y adicciones.

Página 255

Capítulo 21
CLÍNICA DEL PROBLEMA SOMÁTICO

La mente y el cuerpo como una unidad—El cuerpo es el sostén orgánico de la mente—El cerebro no es la mente—la mente como algo virtual, algo funcional—Ambos aspectos se influyen mutuamente—Es necesario diferenciar cinco formas de presentarse el fenómeno somático: (1) Las conversiones: refiere a los trastornos funcionales de los músculos estriados y órganos de los sentidos—(2) Las somatizaciones: cuando los conflictos psíquicos producen cambios somáticos que no llegan a organizarse como enfermedades somáticas—(3) Alucinaciones y delirios somáticos: aparece en las estructuras narcisistas primitivas e incluye a las alucinosis de Bion (4) Las hipocondrías: cuando existe la firme creencia de padecer enfermedades que no existen. A veces son ideas falsas con certeza que se aproximan mucho a la idea delirante paranoica— (5) Las enfermedades psicosomáticas: cuando la mente en su vertiente inconsciente pueda enfermar el cuerpo—Así aparecen enfermedades somáticas del tracto digestivo, aparato respiratorio, circulatorio y la piel, entre otras—Cuando la mente no simboliza el conflicto psíquico, lo pasa al cuerpo y lo enferma—El cáncer y sus dos teorías psicosomáticas principales: La teoría del ‘Callejón sin salida’ y la teoría del ‘Pipote de basura’—El problema de la alimentación: Las anoréxicas y las bulímicas—La anorexia y la bulimia como un pro-

blema mental y no un problema alimentario--La joven con anorexia nerviosa no sólo renuncia a comer por miedo a engordar, sino también es una persona que no gusta de sí misma--El atrapamiento narcisista con la figura internalizada de la madre--La niña sumisa a su madre--La madre atrapadora--La función paterna salvadora--El deseo de nada--La madre 'que me necesita' y la presencia forzada de una 'hija sumisa'--El impulso salvador matricida--Su imposibilidad por los sentimientos de culpa--La familia poco expresiva--El matricidio frustrado--La imposibilidad de zafarse--El goce del síntoma. **Página 269**

Capítulo 22

CLÍNICA DE LAS TRASGRESIONES

El sujeto civilizado que obedece la ley--El sujeto del delito y los transgresores de la ley--Importancia y efectos de la renuncia al incesto y al parricidio--El enfoque psiquiátrico del psicópata [psicopatía] y el delincuente--El delincuente que no padece de sentimientos de culpa--El delito provocado por sentimientos previos de culpabilidad--El enfoque psicoanalítico: El origen de la transgresión--Las tres vías: (a) La pasión de odio y la transgresión delirante. (b) La destructividad humana: con su voracidad, envidia, grandiosidad e intolerancia. (c) La Agresividad humana al servicio de la supervivencia--La transgresión sin delito--La lógica de los ideales. **Página 281**

Capítulo 23

CLÍNICA DE LAS ADICCIONES

La droga no es un sustituto del objeto de amor--La droga es el reemplazo [suplencia] a un defecto en la estructura psíquica--Estudio de las causas del consumo--Unos consumen de manera ocasional y curiosa, a veces festiva y otros consumen de forma compulsiva e irresistible--Las adicciones graves responden a la necesidad del sujeto de obturar el vacío o hueco de su estructura mental--El consumo de alcohol puede ser una adicción grave--La adicción termina siendo un intento curativo de llenar el defecto psíquico [el hueco]--Este síntoma adictivo termina siendo muy destructivo--Sabemos que los adictos graves pueden mantenerse abstinentes

por largos periodos de tiempo cuando encuentran una alternativa que obtura el hueco—Para eso necesitan establecer un vínculo de tipo simbiótico con el nuevo objeto, para obturar el hueco--Las Comunidades Terapéuticas con su oferta sincera de pertenencia, abstinencia, sistema de jerarquías, justicia paterna, con reglas claras y visibles, que son igual para todos, con un sistema de reconocimiento de [meritos] a la conducta apropiada y de afirmación de su ser--con todo esto, se puede ofrecer una relación de objeto con la comunidad que va a producir el efecto de obturar la falta constitutiva—En ese caso: no habrá consumo--Al egreso, el sujeto regresa a la calle y al infierno, donde operan otras reglas--Sabemos que los huecos de la mente no tienen ninguna solución permanente--No tienen arreglo, son huecos estructurales--Algunos de los consumidores, recuperados con éxito, dedican su vida a ayudar a otros consumidores--Se hacen terapeutas exitosos de nuevas comunidades--Así pueden mantener activa su suplencia que les obtura la falta--Otros encuentran en el vínculo de amor una relación muy estrecha tipo simbiótica que les obtura la falta--Otros lo encuentran en Dios, al unirse y pertenecer a cualquier grupo o secta religiosa, en la cual exista un régimen sincero de respeto y justicia visible, con unas reglas claras, que es igual para todos--El reconocimiento de su bien actuar y la afirmación de su ser, completan la ecuación para la pertenencia y la posibilidad de obturar el hueco y por esta vía no necesitan consumir drogas. **Página 285**

TERCERA PARTE SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Capítulo 24 SUFRIMIENTO Y DOLOR PSÍQUICO

Naturaleza del sufrimiento humano--El dolor psíquico y el sufrimiento—El sufrimiento como la expresión de un monto elevado de excitación en el sistema—Eje placer-displacer—Principio de la Homeóstasis—Presentación de las cuatro formas del sufrimiento humano: (1) La angustia (2) La culpa (3) El duelo y (4) El goce. **Página 289**

Capítulo 25
CLÍNICA DE LA ANGUSTIA

Naturaleza de la angustia—Correlato somático—Freud y su teoría de la angustia como pérdida de objeto—Los tres tipos de angustia según Freud—Correlato corporal de la angustia--Lacan y su teoría de la angustia—La falta de la falta. **Página 291**

Capítulo 26
CLÍNICA DE LA CULPA

Naturaleza de la culpa--La censura y el SuperYo--La culpa y los sentimientos inconscientes de culpabilidad--Efectos de la culpa inconsciente—El masoquismo moral—La culpa consciente: los llamados auto-reproches—Relación con el Yo ideal y con el Ideal del Yo—Diferencias entre la culpa y la vergüenza--Efectos del proceso analítico sobre los sentimientos de culpabilidad. **Página 295**

Capítulo 27
CLÍNICA DEL DUELO

¿Qué es el duelo? —Freud y la pérdida de objeto—Freud y su paradigma del duelo patológico: La sombra del Yo cae sobre el Objeto—El trabajo del duelo—El duelo normal—El duelo patológico—El duelo y la relación de amor odio con el objeto muerto. Consecuencias de la relación simbiótica con el objeto muerto--Las pérdidas necesarias. **Página 299**

Capítulo 28
CLÍNICA DEL GOCE

¿Qué es el Goce propuesto por Lacan? --concepto de Jouissance—El monto de Goce como algo necesario que cada individuo tiene—La función del Goce--Una nota sobre el sufrimiento y las ideas religiosas—Las tres religiones monoteístas: Judaísmo, Cristianismo e Islamismo—Su relación con el sufrimiento—El budismo como filosofía—El sufrimiento como algo inevitable. **Página 301**

Capítulo 29
CLÍNICA DE LA FELICIDAD

¿Acaso existe el acceso a la felicidad?—Propongo que la paz mental y la tranquilidad de espíritu, son cosas distintas de la felicidad--La alegría, el placer y el bienestar, también son otra cosa producidas por la aceptación de ser lo que somos y no es la felicidad—La felicidad es otra cosa: es algo puntual—En donde el tiempo se comprime—aparece el pasado y el presente en una sola experiencia momentánea de felicidad—Algo sobre las necesidades biológicas, el dolor psíquico y el estado de infelicidad—El amor y sus momentos regresivos—Relación entre el bien, el mal y la felicidad—Relación entre insatisfacción, voracidad y la felicidad--El éxtasis místico religioso y su relación con la felicidad --¿Puede el Psicoanálisis llevarnos a la felicidad? ¿Qué pasa con la infelicidad? ¿Puede la maldad permitir el acceso a la felicidad?--¿Pueden el miedo y la angustia obstaculizar los momentos de felicidad?--Relación entre la desesperanza y la felicidad--Algo sobre las lamentaciones y las quejas crónicas que asemejan infelicidad--¿Puede el sufrimiento dar espacio a la felicidad?--¿Qué relación existe entre las pérdidas necesarias y los momentos de felicidad? ¿Existen herramientas para la búsqueda de la felicidad? **Página 307**

CUARTA PARTE
LA ETIOLOGIA VISTA DESDE
EL PSICOANÁLISIS

Capítulo 30
CLINICA DE LA CAUSA

Refiere a los distintos factores etiológicos presentados por Freud en las series complementarias, las cuales representan la suma de las experiencias patológicas—Se ordenan en tres acápites fundamentales: (1) Trauma (2) conflicto y (3) defecto. **Página 315**

Capítulo 31
CLÍNICA DEL TRAUMA PSÍQUICO

¿Qué es un trauma psíquico?--No toda experiencia del sujeto es trauma--¿Qué califica a la experiencia original como traumática?--¿El monto de estímulos intramitable?--Él aposteriori, el apres-coup y el nachtraglich--¿Por qué la experiencia no es tramitable?--¿Será que es inaceptable al ideal? ¿Por qué el apres-coup [nachtraglich] se dirige a esa experiencia y no a otra?--¿Será que queda marcada como una huella?--¿Es todo lo reprimido de naturaleza traumática?--¿Puede haber elementos reprimidos no traumáticos?--¿Experiencias inaceptables a los ideales y por lo tanto reprimidas, pero no traumáticas?--El trauma y lo real—una nota sobre el stres post traumático. **Página 321**

Capítulo 32
CLÍNICA DEL CONFLICTO PSÍQUICO

¿Qué es un conflicto psíquico?--Se trata de un concepto dinámico de dos fuerzas que se oponen—Sus efectos--Importancia de las prohibiciones del parricidio y del incesto--Freud planteaba que la propia naturaleza del hombre es conflictiva. El mismo proceso civilizatorio está fundamentado en la represión del deseo incestuoso y parricida, desde allí, el sujeto no puede escaparse a su naturaleza conflictiva. Existe una estrecha relación entre el conflicto, el síntoma, la angustia y lo real—El conflicto y el RSI. **Página 326**

Capítulo 33
CLÍNICA DEL DEFECTO PSÍQUICO

El defecto temprano estructural—El defecto es un sinónimo de ‘carencia afectiva’—Las insuficiencias de la función materna--Diversos tipos de carencias que ocurren en la constitución temprana del sujeto--Invariantes estructurales: refiere a la posibilidad de la forclusión—Aparición de ‘prótesis sintomáticas’ no restituidas--Variantes constitutivas: refiere a variaciones en la ‘capacidad reverie’ del otro—Presencia espontánea de variaciones en las características del aparato cognitivo del bebé—Los bebes ciegos de nacimiento y sus

carencias estructurales—Bebes híper acústicos de nacimiento y sus efectos--Variaciones en la tolerancia al dolor físico por parte del bebé y sus consecuencias en el desarrollo de la personalidad.

Página 335

Capítulo 34 **UN ALERTA SOBRE EL DIAGNÓSTICO**

El DSM-5 y su diseño—El Instituto nacional de salud mental de USA y el Instituto de salud mental europeo: retiran su apoyo al DSM-5—Alertan al público sobre sus peligros—El DSM-5 y el exceso de diagnósticos—La patologización absurda e innecesaria de la población adulta y en especial de la infancia. El beneficio de las empresas transnacionales farmacéuticas. **Página 343**

QUINTA PARTE **LOS ASPECTOS TÉCNICOS**

Capítulo 35 **PSICOTERAPIAS DE LA CONSCIENCIA**

Son las psicoterapias orientadas a la ayuda por vía directiva, de consejos y orientación--Ofrecen herramientas para manejar la angustia, la tristeza y el conflicto. Estas herramientas son instrumentos de la consciencia y van dirigidas al Yo [Ego]-- Son útiles y representan una posibilidad de ayuda al sujeto-- Sin embargo no producen un crecimiento mental, ni actualizan el conocimiento que el sujeto pueda tener de sí mismo--Aquí se agrupan las terapias de apoyo, PNL y terapias cognitivas de diverso tipo. **Página 347**

Capítulo 36 **TERAPIA PSICOANALÍTICA**

Son aquellas Psicoterapias orientadas a la exploración del inconsciente y de la búsqueda interior—Búsqueda del conocimiento de sí mismo—Es una ayuda a través de la palabra—El análisis previo del Psicoterapeuta lo habilita para ocupar el lugar del analista—Naturaleza del dialogo Psicoanalítico—Otros tipos de dialogo diferentes al analítico: diálogos del profesor, del sacerdote, del amigo,

del quiromántico y del profesional de salud mental—El dialogo analítico es especial: el analista ocupa un lugar y una posición particular--La especificidad del acto analítico—El Lugar del analista--La inevitable presencia de la transferencia--El analista no se coloca es colocado según la historia infantil del analizando—Cuando el analista habla: ocupa la posición del analista-- La demanda del analizando--La verdad buscada siempre se encuentra en la mente del analizando y no en la mente del analista--Sostener el dialogo psicoanalítico es difícil por varios factores—Cuando el paciente pasa a ser un analizando—El analista ofrece: confidencialidad, ausencia de juicio de valor y una búsqueda de la verdad perdida.
Página 349

Capítulo 37

ENTREVISTAS PRELIMINARES

La búsqueda de un terapeuta analítico--La simple llamada telefónica inicia una relación de transferencia--Las entrevistas preliminares funcionan como entrevistas de diagnóstico en donde ambos miembros de la dupla se evalúan mutuamente—Si el paciente no se siente entendido, ese paciente es probable que no regrese a la próxima cita-- El terapeuta en la primera entrevista solo pregunta los datos básicos iniciales-- El resto de los datos de identificación no se preguntan: saldrán espontáneamente en el resto de la entrevista-- Es necesario seguir escuchando con el tercer oído en las sucesivas entrevistas preliminares--No hay ningún formulario que llenar--Es una entrevista libre, donde solamente se pregunta: ¿Que lo trae por aquí?--Se trata de verdaderamente escuchar lo que la persona tiene que decir--Pedir al paciente que hable con sinceridad y a cambio se le ofrece guardar confidencia--Cosas delicadas y comprometedoras que se escuchan no son escritas en el cuaderno de historias clínicas--Es oportuno que el terapeuta sepa resguardarse de futuras posibles demandas judiciales por mala práctica--Esto significa que debe llevar un archivo personal ordenado de sus historias clínicas--Pero con el propósito de proteger al paciente esta historia clínica debe ser muy breve, sin dejar escrito nada delicado y comprometedor--La ley protege la confidencialidad, es decir el secreto profesional del terapeuta--Al concluir las entrevistas preliminares se procede a dar una opinión profesional al paciente--Se

plantea el tipo de problema que el terapeuta ha identificado--No se requiere y no es nuestro trabajo dar un diagnóstico tipo psiquiátrico utilizando el DSM4 o DSM5 o ICD10--Nosotros presentamos el problema según los mecanismos mentales presentes--Luego el terapeuta procede a dar unas sugerencias en relación a cómo debe proceder con las sesiones y se precisa el contrato verbal de trabajo.

Página 357

Capítulo 38

ENCUADRE ANALÍTICO

El encuadre analítico y el contrato verbal de trabajo--Las normas que se establecen de mutuo acuerdo al iniciar el trabajo de la terapia--Convenio verbal que precisa la forma en que se va a trabajar--La utilidad de las entrevistas preliminares--El conocerse mutuamente--El encuadre y sus detalles--Es necesario definir el propósito del trabajo y la forma de realizarlo-- Lo que se ofrece al paciente y lo que se espera del paciente--Importancia de la confidencialidad y de la sinceridad en el trabajo--Propósito de la terapia: el conocerse a sí mismo--Las reglas de trabajo. **Página 361**

Capítulo 39

EL ASUNTO DEL DINERO

El pago de las sesiones--¿Por qué es conveniente y necesario que un paciente pague para ser escuchado?--¿Por qué es negativo para el proceso analítico tratar a alguien en forma gratuita?--La gratitud y la deuda simbólica--Los sentimientos de culpa del terapeuta por cobrar el trabajo realizado--La desvalorización por parte del analista de su propio trabajo--El dinero y la angustia en el analista--El dinero y Lo Real--El dinero y las necesidades del analista. Consecuencias de un cobro inadecuado--La sesión que cuesta muy poco--¿Cuál es el valor justo de una sesión?--Consecuencias negativas del pago de honorarios reducidos hechos al analista del analista--La práctica del análisis debe ofrecer al analista una vida económicamente: decente, digna y respetable--El valor y el costo de la sesión--los honorarios según el género sexual del terapeuta--El pago de sesiones no asistidas-- La reposición de las horas perdidas -- Cuando se retrasa el pago--El costo y el asunto de la jerarquía

analítica--El pago por vía de terceros--El pago por vía de trueque--
El asunto del recibo. **Página 363**

Capítulo 40

CONFIDENCIALIDAD Y ASIMETRÍA [ALTERIDAD]

La ruptura de la oferta de confidencialidad ofrecida en buena fé—
La angustia del analista—La relación de trabajo asimétrico con plena alteridad--Lo que ocurre cuando se entra en simetría con el analizando--Dialéctica de la simetría y asimetría--La importancia del análisis del propio analista—La asimetría aparece cuando el analista no se identifica con el analizante--La figura del supervisor profesional—Grupos de trabajo llamados: Laboratorios de Psicoanálisis--Supervisión en grupo--El Bloc maravilloso de Freud--El alivio de la angustia del analista--La soledad del analista--La deficiencia narcisista del analista—Cuando el analista amplía los límites de su acto--El síntoma del analista. **Página 373**

Capítulo 41

LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los valores éticos referentes al bien y el mal--Aristóteles y su texto 'Ética a Nicomaco'--El Cristianismo y su nueva moral fundamentada en la existencia de Dios--La nueva moral cristiana--Hegel y su texto la 'Fenomenología del Espíritu' con su diferencia entre ética y moral--Su diferencia entre ética y estética, de tal forma que lo bueno y lo bello, no necesariamente coinciden—Diferencias entre Ética y Moral—El juicio de valor será siempre arbitrario y será llamado 'juicio moral'--El individuo no puede escaparse de la presencia de sus valores éticos personales--Los sentimientos inconscientes de culpabilidad así lo muestran con la ley del Talión--El juicio sensato--La moral en Freud—La crisis ética de Bion: Es el momento crucial cuando el sujeto no soporta su verdad interior y no soporta <ser lo que es>-- Lacan y la ética: (a) La ética del Psicoanálisis (b) La ética del Psicoanalista (c) La ética de la Institución Psicoanalítica—La ética de la búsqueda de la verdad inconsciente—La ética del sujeto que 'actúa en conformidad con su deseo'--La ética del buen decir--Las normas técnicas usadas como una ética en la institución psicoanalítica--Código de Ética de la IPA. **Página 379**

Capítulo 42
ALIANZA TERAPEUTICA

La alianza terapéutica o alianza de trabajo, ha sido siempre un concepto bastante controversial-- ¿Qué diferencia existe entre la alianza de trabajo y la transferencia?—La alianza vista como una relación ‘más racional de consciencia’--La alianza refiere a ciertos aspectos de la mente que colaboran con la terapia— El debate sobre ‘las funciones autónomas del Yo’— La alianza vista como una relación positiva y estable entre paciente y analista que permite llevar a cabo la terapia. **Página 387**

Capítulo 43
LA ESCUCHA DEL ANALISTA

La escucha analítica como algo fundamental—No se trata de cualquier escucha--Es una escucha especial--Es una escucha sin ningún juicio de valor--Es el análisis personal del terapeuta lo que permite la capacitación para ofrecer esta escucha especial--El terapeuta va a ocupar fundamentalmente dos sitios topológicos en el proceso: (1) Lugar del analista es el sitio donde escucha y (2) La Posición del analista es el sitio desde donde habla--El lugar de la escucha es un lugar difícil—El terapeuta es depositario de ciertas proyecciones transferenciales--El trabajo de la terapia exige al terapeuta que contenga todas estas proyecciones del paciente sin identificarse con ellas—Necesidad de mantener la asimetría o alteridad--El que escucha va oír cosas terribles, a veces caen en la categoría del horror—El significante escuchado puede hacer ‘efecto de trauma’ en el terapeuta--El <block maravilloso> de Freud—Este block sirve para ilustrar la capacidad del analista de olvidar a voluntad todo lo hablado en una sesión de análisis y recordarlo en la próxima sesión--Cada paciente encuentra a su terapeuta limpio de pensamientos y sentimientos provenientes de la sesión anterior—La ética y la neutralidad del analista--La ética de sostener la transferencia sin identificarse—La ética de honrar y respetar la confidencialidad ofrecida en buena fé—La neutralidad del terapeuta aparece cuando se escucha sin hacer juicio de valor. **Página 389**

Capítulo 44 INTERPRETACIÓN Y POSICIÓN DEL ANALISTA

La posición del analista: es cuando el analista habla—La interpretación abre un espacio en la cadena significante del analizando para descubrir 'lo no-pensado'--La verdad revelada--Decir lo que no se espera—Abstinencia del analista-- Ética y posición analítica—Lacan decía: 'No hay acto analítico sin ética'--La ética del 'buen decir'--Búsqueda de la verdad inconsciente del sujeto--El analista interviene con su silencio, su palabra y su acto--La abstinencia del analista se define como la ausencia del deseo del analista--La interpretación: 34 observaciones posibles—La interpretación no es el único instrumento de trabajo—Pero es el instrumento de trabajo más importante del analista--La interpretación aspira a revelar al analizando nuevos conocimientos--El silencio del analista y las preguntas analíticas pueden tener efecto de interpretación -- Interpretaciones mutativas--La interpretación transferencial--Las interpretaciones en equívoco y metafóricas son las más efectivas—El límite de la interpretación—Para sobrepasar ese 'punto de ineficacia' se requiere de un acto--La confirmación de que el que interpreta es el analizando--¿La búsqueda de cual verdad?—El problema de la verdad histórica—El peligro de la sugestión--La simetría y la asimetría—La eficacia de la interpretación—La transformación del ser--Los efectos de la interpretación--La interpretación y el peligro de obturar el inconsciente--Cuando 'la palabra desfallece'—El acto del analista y el analista en acto--La interpretación y su formulación--La fuerza de la convicción del analista--La Interpretación y el deseo del paciente--El efecto de lo no-pensado--Abrir la posibilidad a la revelación--El abuso de la interpretación transferencial y su consecuencia--El inconsciente de ambos interpreta y también encuentra el sentido--Presencia e importancia de la no-interpretación--Cuando 'no interpretar' y simplemente hacer holding es lo más importante--La interpretación como una afirmación--Herramientas adicionales de trabajo: (1) La continencia o llamada Holding (2) la importancia de no hacer juicio de valor (3) Usar el reconocimiento, la 'Bejahung' o afirmación. **Página 393**

Capítulo 45
LAS CONSTRUCCIONES

La construcción refiere a una herramienta de trabajo del analista que lo ayuda a explorar el pasado olvidado [disociado] del analizando--En la construcción el analista le narra al paciente una pequeña historia, una reconstrucción de los acontecimientos de la infancia del paciente—En las reconstrucciones o también llamadas construcciones el analista establece nexos y relaciones entre lo histórico y lo actual--Siempre ha existido una controversia teórica entre interpretación y construcción--Algunos analistas defienden la idea de que la interpretación es un decir 'breve' y que refiere a lo ignorado del inconsciente, mientras que la construcción es algo más abundante, extensa y refiere a una conexión entre el pasado histórico y el presente--Muchos analistas no encuentran la utilidad de separarlas teóricamente—Lo importante es la eficacia de articular el pasado y el presente en la mente del paciente—El concepto de la 'verdad histórica' es utilizada en las construcciones--Así aparece la dialéctica que existe entre realidad psíquica y realidad fáctica—Y entre verdad histórica y verdad material--En relación a esto es necesario recordar los planteamientos topológicos—Donde ambas cosas son 'formas subjetivas' de un solo acontecimiento--La verdad histórica válida será la 'verdad subjetiva' tal como fue vivida por cada analizando—Aquí aparece el tema de 'la convicción'--La convicción estaría basada en las raíces del pasado que se encuentran en la verdad histórica de cada uno de nosotros--Freud se pregunta si la fuerza de la convicción de un delirio, no se encuentra en el hecho, de que el delirio contiene un pedazo de verdad histórica del 'sujeto delirante'--Freud plantea en 1939 que la propuesta hecha por Moisés de 'un solo Dios' adquirió tanta fuerza y convicción, no porque corresponda a una verdad eterna, sino porque corresponde a una verdad histórica personal: la raíz se encuentra en el propio 'padre único' de nuestra infancia. **Página 405**

Capítulo 46
OTRO TIPO DE INTERVENCIONES

El Horror del acto analítico--La demanda de bienestar y felicidad--
Los límites del acto analítico puro--Lo insostenible del acto

analítico--El análisis requiere de un analizando que soporte la soledad y la angustia de su análisis—Otros tipos de actos realizados por el analista dentro del proceso analítico: El acto pedagógico ocurre cuando a través de la palabra se educa al analizando sobre un tema para mantener su supervivencia--Acto ortopédico ocurre cuando el analista utiliza a plena consciencia el poder de la transferencia para prohibir u ordenar algo al analizando con el propósito de mantener su supervivencia—El trabajo terapéutico con estructuras narcisistas--El analizando que colapsa--El analista en acto--El analista en síntoma—La crisis personal en la vida del analista. **Página 409**

Capítulo 47

ELABORACIÓN SECUNDARIA

Refiere al proceso de introspección por el cual el paciente invierte tiempo y energía en saber con más claridad lo que ha estado trabajando en el análisis--El proceso de la elaboración secundaria ocurre después de terminada la sesión y refiere a una lucha con las fuerzas que se oponen al conocimiento--Es oportuno mencionar que podrían existir ciertos factores de interferencia con este proceso de conocimiento que proviene específicamente del analista--Desde un punto de vista teórico se piensa que la elaboración secundaria lucha primero con la inercia psíquica, segundo con la característica pegajosa de la libido y tercero con la tendencia a la fijación al trauma infantil, que rehusa ser conocido—La elaboración secundaria y el proceso de duelo tienen algo en común, ambos procesos trataban de tomar consciencia de una realidad dolorosa y además luchaban por lograr aceptar la frustración de no poder modificarla--Freud habla sobre las Resistencias del Ello y se refiere a la atracción que obstaculiza la toma de consciencia. Es una atracción ejercida por la memoria traumática reprimida. **Página 415**

Capítulo 48

LA TRANSFERENCIA Y LA ASIMETRÍA

Toda sesión psicoanalítica transcurre bajo los efectos de la transferencia--La transferencia es la puesta en acto del inconsciente—El analista ocupará el lugar que la estructura de la transferencia le asigne--Instalación de la transferencia--El paciente le otorga al

analista un saber y con esto un poder--El analista es depositario en transferencia [es un señuelo] del amor y el odio proveniente de la historia infantil del analizando—El analista no se coloca, sino que es colocado según haya sido la historia infantil del paciente--Transferencia como repetición de las experiencias e identificaciones tempranas del paciente—Sin embargo la transferencia no es la repetición—La Transferencia como resistencia al proceso terapéutico—Lacan decía que toda resistencia es al final ‘una resistencia del analista’--La banalización de la transferencia--La Interpretación en transferencia y la interpretación de la transferencia. **Página 417**

Capítulo 49

CONTRATRANSFERENCIA Y TRANSFERENCIA DEL ANALISTA

La contratransferencia refiere a un tipo especial de respuesta emocional del analista--Así como el paciente responde a la figura del analista con una respuesta inconsciente que llamamos transferencia, igualmente el analista va a responder de forma automática e inconsciente a la figura del paciente--Freud la denominó en 1910: contratransferencia y la describió como un obstáculo al tratamiento analítico--Heinrich Racker [Buenos Aires] y a Paula Heimann [Londres] tienen el mérito de haber reiniciado el estudio de la contratransferencia. Hoy en día se considera: **Primero**, que la transferencia del analizando y la contratransferencia del analista crean un campo analítico en el cual va a transcurrir el proceso analítico--**Segundo**, la contratransferencia tiene y muestra un aspecto resistencial del analista--Lo importante y novedoso es que la contratransferencia tiene además otro aspecto: la contratransferencia como una ayuda: como un instrumento de trabajo del analista--Racker hablaba de dos tipos de contratransferencia: la concordante y la complementaria--Lacan desde 1951 se opuso a la idea de utilizar la respuesta emocional intuitiva del analista como una guía para la interpretación--Lacan propuso hablar solamente de la transferencia del analista--Por mi parte encuentro útil trabajar con la idea de que existe la posibilidad de que el analista puede reaccionar de dos formas: una la llamada transferencia del analista y la otra, una reacción de contratransferencia del analista. La primera refiere a la respuesta inconsciente, automática del analista a la totalidad de su paciente--. Es una reacción que moviliza sus restos neuróticos in-

fantiles activados por la presencia del paciente en su totalidad.--La segunda, la que he llamado reacción de contratransferencia corresponde a una respuesta del analista a la transferencia del analizando. Esta es una respuesta en el analista que no compromete la totalidad del analista, es trabajable y útil.--Creo necesario presentarles ahora una viñeta clínica breve--. El ejemplo refiere a una transferencia del analista en los inicios de un análisis. **Página 421**

Capítulo 50

TRANSFERENCIA NEGATIVA Y ODIOS DE TRANSFERENCIA

En este capítulo se estudiarán dos aspectos: Primero: Transferencia negativa y segundo: Odio de transferencia--Los sentimientos de amor y de odio son naturales y generalmente son complementarios en el ser humano--Así aparecen amor y odio hacia la misma persona--Pasemos al primer punto: (1) Transferencia negativa: dependiendo de la magnitud de las experiencias negativas que el niño ha tenido en la temprana infancia con la figura materna y paterna, el paciente puede desarrollar una relación negativa de agresividad y desprecio con el imago de una madre mala o padre malo proyectada y luego revivida con el terapeuta en transferencia--El terapeuta debe estar capacitado para recibir estos sentimientos de rabia y rechazo expresados en transferencia--El terapeuta no se identifica con los significantes agresivos expresados por el paciente y por lo tanto no responde con molestia o rechazo a esos sentimientos, así el terapeuta está en asimetría--Entonces los sentimientos negativos o de odio expresados por el paciente, no son tomados como ataques personales--El terapeuta puede tratar de entender el porqué de la presencia de estos sentimientos de rabia y odio--Este entendimiento que logra el terapeuta puede ser transmitido al paciente en forma de 'pregunta analítica' o directamente como una interpretación--La transferencia negativa no es fácil de recibir y puede resultar muy incómoda para el terapeuta--Los mayores progresos en el curso de un análisis se logran cuando se expresa y se analiza la transferencia negativa--Me voy a permitir presentar una viñeta de una paciente con la cual trabajé bastante tiempo en transferencia negativa--(2) Odio de transferencia--Una cosa es la transferencia negativa, algo trabajable y algo moderado. Otra cosa es el odio de transferencia--Este último refiere a inevitables e intensos sentimientos de

odio que se sienten y se expresan al terapeuta--Este odio de transferencia aparece con frecuencia en pacientes limítrofes [borderline] o a veces en estructuras psicóticas compensadas o descompensadas que no pueden evitar establecer un importante vínculo con el otro que se fundamenta en el odio--El odio es lo que permite al sujeto acercarse y percibir la relación con el otro. En esos casos, sin odio no hay vínculo con el objeto. Son personas muy disturbadas que muestran muchas dificultades para la vida familiar y social ya que sus vínculos se fundamentan en la relación de odio al otro. A veces el odio al otro tiene la función de organizar la mente fragmentada del sujeto--Hay un grupo grande de pacientes propensos a reacciones terapéuticas negativas--Estos pacientes a menudo se identifican con un objeto interno sádico y cruel--El apego amoroso al objeto siempre debe ser a expensas del odio--El odio de transferencia amenaza la propia estima del analista--El intenso odio del paciente a veces se recibe como un ataque directo a la persona del analista o al dispositivo analítico. Es posible que el analista desarrolle un odio de contratransferencia que a veces puede llegar a ser intenso--Es importante y necesario que cuando esto ocurre el analista se dé cuenta de este fenómeno--El peligro radica en que el analista puede llegar a negar sus sentimientos de odio hacia el paciente--Los racionaliza o los somatiza, ambas cosas negativas. Pone en peligro la salud mental y física del analista. **Página 425**

Capítulo 51

TRANSFERENCIA EROTICA Y TRANSFERENCIA EROTIZADA

La transferencia positiva refiere a la presencia de sentimientos cariñosos y afectuosos hacia la figura del analista--Freud la llamó 'amor de transferencia'--Este tipo de transferencia positiva no necesariamente incluye deseos sexuales, ni genitales--La Transferencia erótica es otra cosa--Refiere a la aparición en el curso del proceso analítico de fuertes sentimientos de amor y fuertes deseos sexuales hacia la persona del analista--En este punto es necesario preguntarse si se trata de una transferencia erótica o de una transferencia erotizada--Ambas son muy diferentes en su génesis y en sus consecuencias--Por un lado la Transferencia erótica es benigna y es manejable--En cambio la transferencia erotizada es grave y peligrosa--Esta transferencia erotizada muestra la presencia intensa e

irracional del amor y del deseo sexual por la persona del analista-- Sus deseos sexuales pasan a convertirse en actos que arrinconan al analista-- Son deseos que demandan amor y satisfacción sexual completa exigida a la persona del analista-- Hoy en día sabemos que tanto la transferencia erótica como la transferencia erotizada requieren para su aparición de una participación inconsciente del analista-- De alguna forma el analista despierta el deseo erótico y luego no logra desactivarlo-- Por eso la clara negativa del analista a participar en un asunto amoroso con su analizanda o analizando ayuda a desactivar la transferencia erótica---desafortunadamente la Transferencia erotizada no puede ser desactivada ya que el paciente se resiste a tolerar la frustración e insiste en que su amor y su deseo son verdaderos y por lo tanto presiona y demanda para que sean satisfechos-- La transferencia erótica ocurre en analizandos que muestran una organización de personalidad Edípica-- En cambio la transferencia erotizada ocurre en analizandos con una estructura narcisista de personalidad-- En esos casos la única solución es suspender el análisis lo más pronto posible y referir a otro analista.

Página 433

Capítulo 52

EL TRABAJO CON LOS SUEÑOS

Los sueños de una forma aparentemente inocente nos permiten conocer lo que está ocurriendo fuera del área de la conciencia del soñante-- Los sueños soñados durante el curso de la psicoterapia también nos permite conocer aspectos profundos relacionados con la situación transferencial-- Los sueños contienen no sólo el deseo prohibido que pugna por satisfacerse, sino también la censura proveniente de los ideales infantiles-- Es trabajando las ideas reveladas en el sueño y trabajando también las emociones [los afectos] que estén presentes en el sueño que se profundiza aún más el fenómeno regresivo tan necesario para una verdadera posibilidad de cambio dentro de la estructura de la personalidad. La revivencia emocional de los distintos aspectos de la verdad inconsciente que se descubren en el 'trabajo de los sueños' va facilitar y a darle oportunidad a esa posibilidad del cambio psíquico-- Todos los elementos del sueño, es decir: las personas que aparecen en el sueño, las cosas, los ruidos, los silencios, los olores y las sensaciones representan distintas partes de la estruc-

tura mental del soñante--Sabemos que el contenido 'manifiesto' del sueño esta en relación y es producto del contenido 'latente' o 'inconsciente' del sueño. Es el propio soñante el único que puede dar veracidad y sentido a las ideas propuestas por el terapeuta--Es el propio paciente quien nos va ir guiando en este trabajo de 'entender' el sueño—Cuando aparece un significante enigmático y misterioso podemos pedir al paciente que haga asociaciones libres y espontáneas sobre esa palabra o esa frase-- Poco a poco el 'sentido' del sueño se nos va a ir revelando--Algunos cambios en la técnica--importancia de la expresión de emociones que han surgido en el mismo contenido manifiesto del sueño--Un ejemplo: el sueño de Leon. **Página 437**

Capítulo 53

LA REGRESIÓN AL SERVICIO DE LA CURA

La regresión al servicio de la cura es un fenómeno psíquico muy importante que no necesariamente ocurre en todos los análisis. Generalmente ocurren con más facilidad en las sesiones de Grupo-- Para ocurrir la regresión en sesión se requiere de varios factores-- Sin esos factores presentes el análisis prosigue normalmente, pero sin la posible presencia y los beneficios de la regresión intra sesión-- La regresión es un factor muy importante en la profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido, se refiere a la regresión como un fenómeno involuntario automático e inconsciente que lleva al paciente a revivir intensamente estos conflictos reprimidos-- Desde este punto de vista la regresión es bienvenida-- A través de la regresión el paciente se va a retrotraer a momentos anteriores de su vida y a revivir a través de las palabras y de la expresión de emociones ciertos conflictos infantiles reprimidos-- Algunas veces la regresión llega a niveles pre-verbales expresándose las emociones: sólo con ruidos, gritos inarticulados, quejidos y movimientos corporales torpes propios de un bebé-- La capacidad del paciente para establecer una alianza terapéutica efectiva va a permitir que en una misma sesión el paciente se 'deje-ir' y retrotraer a uno de los conflictos infantiles reprimidos, llegando a niveles de regresión profunda con incontinencia emocional para luego reorganizarse y progresar a un nivel adulto al final de la sesión— Los factores que permiten la experiencia regresiva son: Un analista contenedor: el terapeuta funciona como una madre que contiene a su pequeño niño--

Aspectos del encuadre del tratamiento que incluyen la regularidad de las sesiones: los mismos días y las mismas horas cada semana, en la misma habitación, con el mismo mobiliario--La intensidad del tratamiento de alta frecuencia--El trabajo acostado también facilita la disposición a la regresión--Las intervenciones e interpretaciones del terapeuta que traen a la conciencia del paciente material reprimido es uno de los factores que más importancia tiene en la precipitación del fenómeno regresivo--El obstáculo más fuerte que se opone a la regresión está representado por el temor al contacto con el propio mundo interno reprimido--La mayoría de las veces es el miedo a la locura y en otras oportunidades el terror a la muerte-- Ilustración de estas ideas con dos casos clínicos. **Página 445**

Capítulo 54

LUGAR DEL AFECTO EN LA SESIÓN

Realmente comenzamos a sentir mucho antes de que podamos hablar--Durante los primeros dos años de vida el niño es una criatura limitada verbalmente--El bebé solo dispone de sentir las emociones primitivas para comunicarse y para experimentar las satisfacciones y las frustraciones de sus necesidades básicas--Efecto de la verbalización de los afectos en el desarrollo mental de los niños--La función del grito de rabia en el bebé--El grito de furia que produce un bebé en situación de frustración expresa un ataque a la madre mala y a la vez un ataque contra sí mismo--La exigencia de suprimir las emociones de los niños-- La verbalización de emociones en el niño pequeño--En oportunidades ha sido para mí muy revelador, cuando un paciente en el proceso de la terapia, logra rescatar y hacer contacto con aspectos afectivos y emocionales del conflicto pre-genital y Edípico reprimido--Siendo las emociones una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes ya sea del mundo interno y externo, es posible explicar la posibilidad de la represión de las emociones-- Importancia de establecer la conexión entre el afecto y la representación mental--Cambio en la IPA sobre los afectos y la situación psicoanalítica--Se plantea que estos acontecimientos afectivos son vividos por el analista y su paciente en la situación transferencial--He observado tres tipos de dificultades en relación a la capacidad del Yo para dar una respuesta emocional. Me refiero a: (1) Dificultad para sentir las emociones (2) Dificultad

para reconocerlas y (3) Dificultad para expresarlas-- Estos tres tipos de dificultades tienen relación con la estructura de la personalidad y el tipo de patología que presenta—En algunos casos la capacidad del Yo para tolerar las emociones es muy reducida--En otros casos el Yo no puede tomar conciencia plena de la emoción que está presente y hacerse-cargo de ella y procede a cerrar su capacidad de respuesta emocional: es decir deja de sentir—Cuando la persona se desprende o insensibiliza de sus sentimientos y emociones deja de sentir las totalmente—La Teoría de los Afectos considera la existencia de cuatro respuestas emocionales básicas del Yo: (1) Dolor (2) Rabia (3) Miedo y (4) Amor. **Página 459**

Capítulo 55

LA TEORÍA DEL BALUARTE

Concepto introducido al Psicoanálisis por Billy y Madeleine Baranger en 1959 [Buenos Aires y Montevideo]--Para el analizante el baluarte representa un refugio inconsciente de poderosas fantasías de omnipotencia--Es lo que el analizante no quiere poner en juego, ni traer al análisis, porque el riesgo de perderlo, lo pondría en un estado de extrema vulnerabilidad e indefensión--En ciertas personas el baluarte puede ser su superioridad intelectual o moral, su relación con un objeto de amor idealizado, su ideología personal, sus fantasías de aristocracia social, la magnitud de sus bienes materiales, en análisis de su profesión--La conducta más frecuente de los analizantes en defensa de su baluarte consiste en evitar mencionar su existencia-- El baluarte se produce y se mantiene por una complicidad entre analizando y analista-- Se manifiesta como obstáculo al proceso analítico porque sustrae del análisis un sector más o menos amplio del mundo interno del analizante. **Página 469**

Capítulo 56

TEORÍA DE LOS ACUERDOS

En 1973 Luis Yamin [Bogotá] introduce su concepto de los acuerdos en Psicoanálisis—El concepto del acuerdo consiste en una particular alianza inconsciente que establecen el analizando y su analista—Se acuerda en forma no-consciente que ciertos temas no serán tratados en el análisis--El 'acuerdo' les permite a ambos in-

movilizar con fines defensivos el proceso analítico en forma transitoria--Los acuerdos bloquean y hace imposible la toma de consciencia de ciertos temas--Los acuerdos presentes en la situación analítica se presentan como una defensa natural contra el insight--Se le puede considerar como un serio obstáculo a los objetivos esclarecedores del analista y su analizando-- Los acuerdos y el insight son pues opuestos naturales—En el acuerdo el analista pierde su lugar de asimetría--Aquí se presenta una viñeta clínica. **Página 471**

Capítulo 57

ACTING OUT Y PASAJE AL ACTO

Sigmund Freud y el acting out—El Agieren de Freud—Se trata de Repetir, sin saber, asuntos de la infancia, para aliviar la angustia—La vulgarización del concepto—El ‘acting out’ como algo descalificador de la conducta--Los aspectos valiosos del acting out—Un acto sin sujeto—El pasaje al acto—El acto del analista—importancia de la tercera afirmación. **Página 475**

Capítulo 58

REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA [RTN]

En 1923 Sigmund Freud describe el concepto de la RTN—consiste en que algunos pacientes narcisistas lo sorprenden cuando en vez de mejorar ante la novedad interpretativa, estos analizandos muestran lo que podría ser visto como un retroceso-- Algo se opone en ellos al avance--Algo los lleva a ver la mejoría como si ésta fuera un peligro--No se trata de una transferencia negativa, ni de un beneficio secundario de enfermedad--Freud concluye que la explicación se encuentra en un sentimiento de culpa inconsciente que impide al sujeto lograr mejorar su vida--Según Freud se trata de acontecimientos traumáticos ocurridos en la más temprana infancia, los cuales producen este sentimiento de culpa inconsciente, que a su vez da origen a un dolor psíquico intolerable--Este sentimiento de culpa aparece cuando el analizando toma consciencia de lo que el analista le ha mostrado--Aquí observamos la presencia de un SuperYo primitivo cruel y la presencia de una disposición del Yo masoquista a someterse a la punición inconsciente--En la reacción terapéutica negativa existe un factor de sorpresa y otro de parado-

ja--Esta RTN es diferente al vaivén del progreso y el retroceso de todo análisis. **Página 483**

Capítulo 59

REVERSIÓN DE LA PERSPECTIVA [RP]

Reversión de la Perspectiva es un mecanismo mental inconsciente utilizado para no saber y así evitar el dolor psíquico. En este mecanismo el analizando cambia su forma de pensar, por otra contraria. Esto lo hace de manera automática e inconsciente—Esto puede ocurrir en el proceso analítico y también en la vida corriente—La Reversión de la Perspectiva amarra el sujeto a una sola perspectiva, la cual dramáticamente es contraria a la que sostenía antes de la reversión—La Reversión Perspectiva es característica de las patologías narcisistas en donde la capacidad de alteridad está perdida—Aquí se ofrece un ejemplo de Reversión de la Perspectiva con una viñeta clínica-- la reversión de la perspectiva tiene el propósito de evadir el dolor psíquico--trata de impedir el insight por lo doloroso que resulta en esos casos--Este mecanismo fue inicialmente descrita por Wilfred Bion y luego por Herbert Rosenfeld. **Página 485**

Capítulo 60

TEORÍA DEL MALENTENDIDO

En general el sujeto humano tiene la aspiración de ser entendido cuando se comunica con otro sujeto—El concepto del malentendido ha sido revisado en psicoanálisis entre otros por Paul Watzlawik, Roger Money-Kirle, Wilfred Bion y Jacques Lacan, quien repitió una y otra vez que la comunicación [exacta] entre dos personas es una tarea estructural imposible--Al explicarnos su 'Grafo Lambda' en 1950 Lacan deja claro que el diálogo entre dos sujetos es un 'diálogo de sordos'--Lacan plantea que cada sujeto está atrapado en su propia subjetividad--Cuando uno habla, expresa su visión de las cosas--Cuando uno escucha el decir del otro, cada uno de nosotros va a escuchar con el filtro de su propia subjetividad, así siempre se va a mantener un cierto nivel de malentendido--Cada uno de nosotros observa la misma manzana de manera discretamente diferente--El concepto teórico de malentendido describe un particular funcionamiento de las relaciones humanas caracterizado por la ilusión

de compartir iguales entendimientos y significados con el otro-- Esta implica que se tiende a establecer una relación de objeto funcional [se pierde la alteridad]-- Cuando se pierde la alteridad se entra en una relación de simetría con el otro. Ese decir del otro es vivido como un mandato-- Como un algo que se le impone al sujeto-- Es decir aparece el 'discurso de dominio'. Por eso es importante conocer y estudiar esta teoría del malentendido-- El malentendido se desmiente es decir: [no se acepta su existencia consciente] ya que su reconocimiento implicaría la insinuación de diferencias con el otro, que resultan perturbadoras-- Esto genera ansiedades de tipo catastróficas. **Página 487**

Capítulo 61

TEORÍA DEL IMPASSE ANALÍTICO

El impasse en psicoanálisis refiere a la detención del trabajo analítico-- El impasse es la paralización del análisis-- No refiere a ninguna patología mental particular del analizando-- Esta detención del proceso tiende a persistir y perpetuarse-- Las sesiones de análisis siguen adelante, como si nada pasara, pero el proceso analítico se ha detenido-- La existencia del impasse es invisible y difícil de ser detectada-- El impasse aparece como una responsabilidad de ambos miembros de la dupla-- El impasse aparece como una resistencia para evitar el dolor psíquico que provoca el proceso del 'darse cuenta'-- Estos mecanismos que aparecen en la mente de ambos miembros de la dupla analítica son de naturaleza inconsciente-- Cuando se sospecha un impasse es útil recurrir a un supervisor experimentado-- Sigmund Freud pasó por algo similar cuando en 1913 en su análisis del Hombre de los Lobos se encontró después de varios años con un análisis detenido-- Freud pensó que se trataba una fuerte resistencia-- En ese momento Freud no adjudicó al calificativo de impasse a este fenómeno resistencial de naturaleza transferencial y contratransferencial-- Años después se pasó a denominar esto como: impasse psicoanalítico-- El impasse se puede diferenciar de la resistencia incoercible, del simple error técnico del analista y del análisis interminable-- La forma de entender el impasse psicoanalítico se desarrolló en forma progresiva a lo largo de treinta años. **Página 491**

Capítulo 62
TEORÍA DEL CAMBIO PSÍQUICO

Desde el punto de vista fenomenológico el cambio psíquico refiere solo a la evolución de los síntomas--Cambiar los síntomas es algo sencillo y hasta puede ocurrir con la simple sugestión--La terapia analítica también hace que la evolución de la psique permita la desaparición de un síntoma y la aparición de otro nuevo--El verdadero cambio psíquico que nos interesa y al cual nos referimos en la terapia psicoanalítica, refiere a los cambios que ocurren dentro de una de las tres estructuras psíquicas inconscientes--Los cambios sintomáticos o a veces llamados cambios superficiales ocurren en los dominios del Yo. Los cambios estructurales ocurren en la organización íntima de las estructuras clínicas inconscientes--no es posible que por efecto de la terapia analítica el sujeto se cambie de una estructura clínica inconsciente a otra--Se trata de dos tipos de cambios: (1) los cambios superficiales, pasajeros, que corresponden con un cambio visible en la conducta y en la forma de pensar. Wilfred Bion denomina estos cambios superficiales como cambio en <K> (2) Tenemos los cambios estructurales, profundos, permanentes, que Bion denomina cambio en <O>--Existen casos que presentan una patología del vacío y que corresponden con estructuras narcisistas padecen de severos defectos estructurales en la mente del analizando--Estos huecos son consecuencia de carencias tempranas ocurridas en los inicios de la vida--Este tipo de pacientes se mejora mucho con la simple relación transferencial con un analista que 'escucha' y 'no censura'. La psique de este tipo de pacientes coloca por identificación al analista en ese hueco que refiere a un aspecto de la estructura mental que esta faltante--Ocurre lo que Lacan llamaba: una suplencia--El analista [por identificación] suple el objeto faltante de la infancia--Se trata de una suplencia que 'tapon', obtura el 'hueco'. **Página 495**

Capítulo 63
TRANSFORMACIONES: POSIBLES E IMPOSIBLES

Refiere a los cambios en el aparato mental—Efectos del conocimiento de sí-mismo en la mente del sujeto—Los invariantes no cambian: constituyen el armazón de la estructura psíquica—Los

demás mecanismos son susceptibles del cambio psíquico—El bien decir del analista—Bion y la búsqueda de la verdad interior—El alivio del síntoma—Primera transformación: la aparición del síntoma analítico—Los falsos resultados—El análisis interminable—Los mecanismos de la transformación: Insight y revivencia—Cuando la palabra desfallece—Epilogo del proceso analítico: (a) Lugar del Goce en el fin de análisis (b) Lugar del masoquismo moral (c) Lugar de la angustia en el fin de análisis (d) Cruzamiento del Fantasma (e) La identificación con el analista (f) La idealización del analista—Destino de los efectos post analíticos. **Página 498**

Capítulo 64

EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA ANALÍTICA

Plantear el propósito de la terapia implica plantear los objetivos de la cura psicoanalítica—Cuando en 1893 aparece el Psicoanálisis, la cura por la palabra era un nuevo método que ofrecía esperanzas a los pacientes con sufrimiento psíquico—Con el dialogo psicoanalítico los síntomas desaparecían—En el fondo era lo que los pacientes deseaban y esperaban—Con esto quedaron establecidas dos ideas erróneas: (1) La idea de que la terapia psicoanalítica era algo de exclusiva práctica médica y (2) que el psicoanálisis era una forma especial de terapia. En los últimos cien años de práctica psicoanalítica ambas ideas han sido corregidas y modificadas. Primero, el análisis lo puede practicar cualquier persona con talento para trabajar el inconsciente, y que además haya sido entrenado o entrenada correctamente por un Instituto de Psicoanálisis. Y segundo, el Psicoanálisis no se práctica como una forma de terapia—El verdadero objetivo del Psicoanálisis es la búsqueda de la verdad interna del individuo. Como acertadamente plantea Wilfred Bion en 1967, la búsqueda de la verdad es esencial para el crecimiento mental. Tan esencial como los es el alimento que consumimos para lograr el crecimiento físico del cerebro. Sin verdad sobre sí mismo, la mente no se desarrolla muere de inanición—Para que el terapeuta de tipo psicoanalítico logre hacer esta tarea a ayudar al otro a tomar conciencia de su verdad perdida tiene que estar, dentro de lo posible, en una actitud neutral de no deseo, para entonces poder escuchar sin prejuicios el material mental que el paciente le va a ofrecer—Lacan decía que el analista debe tacharse como sujeto deseante

para poder ocupar la silla del analista--La cura de las dificultades neuróticas es importante, pero el objetivo es ayudar al paciente a buscar y encontrar aspectos de su propia verdad interior, que es lo verdaderamente le permitirá evolucionar-- Encontrar aspectos de esta verdad lo lleva a estados de integración mental, estados de mayor desarrollo, de una vivencia de identidad y eventualmente adquirir lo que esa persona en particular considera su propia curación--Como vemos curar, no es el objetivo de la terapia, sino un producto secundario que ocurre gracias a la integración mental y búsqueda de la verdad. **Página 511**

Capítulo 65

TEORÍA DE LOS MECANISMOS DE LA CURA

Es necesario definir primero cual es el concepto de curación que se va a utilizar--Los psicoanalistas evadimos utilizar el concepto de curación en nuestra práctica clínica--¿Curar qué?-- El mismo Freud en 1909 no era partidario de considerar la curación como un objetivo del psicoanálisis—El propósito del psicoanálisis, no es la cura sintomática, ni la adaptación del individuo a su núcleo familiar, ni su adaptación a la sociedad donde vive—El propósito del psicoanálisis es ayudar a lograr que el individuo <sea lo que es>--La cura tiene límites—Las estructuras clínicas inconscientes no pueden ser sustituidas unas por otras—El cambio ocurre dentro de cada estructura—Los Mecanismos de la cura-- considero que podemos reducir a dos los mecanismos fundamentales que intervienen en la transformación del sujeto: Primero el insight, el darse-cuenta. Segundo: la revivencia, el hacerse-cargo. El insight refiere a la capacidad del sujeto de llegar a conocer lo desconocido. Es decir hacer conciencia de algo que hasta entonces no era conocido. En relación al problema de la revivencia, el hacerse-cargo: Refiere a la presencia del afecto y las emociones en la cura-- El recostarse, el silencio y la interpretación de ciertos aspectos transferenciales permite y facilita la regresión y la experiencia emocional en la sesión. Por esta vía de la re-vivencia la intervención del analista deja de ser una simple idea--La re-vivencia intensifica la experiencia emocional. Por eso la regresión al servicio de la cura, es bienvenida y muy necesaria para hacer posible ciertos cambios psíquicos dentro de la estructura presente en un caso dado. **Página 515**

Capítulo 66
TEORÍA DEL FIN DE ANALISIS

Es necesario precisar la diferencia que existe entre la interrupción del análisis, la terminación del análisis y el fin del análisis--La interrupción va a referir a la simple interrupción por cualquier motivo: resistencias, mudanzas o impasses--La terminación refiere al 'deseo de terminar' del analizando a sabiendas de que aún quedan muchas incongruencias dentro de su vida actual, así se llega a una terminación, sin llegar al fin--El fin del análisis generalmente es un fin teórico--Refiere a llegar a <ser lo que se és>--Tanto la terminación, como el fin de análisis permiten revisar varios aspectos de la vida del analizando: (a) Lugar del Goce en el momento de la terminación. (b) Cruzamiento del Fantasma y su significación en el fin de análisis. (c) El problema de la identificación con el analista en la cura y en el fin del análisis. (d) El analista como un desecho. (e) Identificación con los ideales del analista. (f) La cura instantánea transferencial (g) El destino de los efectos post-analíticos.

Página 521

Capítulo 67
ANÁLISIS DE NIÑOS

Procedimiento para la evaluación de niños--La primera entrevista--Precisar la naturaleza del problema--La segunda entrevista, la tercera y cuarta entrevista--las conclusiones en relación a las dificultades del niño--las conclusiones con respecto al nivel de funcionamiento de la familia--Las Alternativas Terapéuticas: (1) Psicoterapia individual del niño--(2) Psicoterapia del niño a través de la madre--(3) Psicoterapia individual a la madre--(4) Grupo Terapéutico de madres--(5) Grupo Terapéutico de Parejas--(6) Terapia de Familia--Un caso clínico: el caso de una niña de cuatro años en terapia individual. **Página 527**

Capítulo 68
ANÁLISIS DE ADOLESCENTES

La particularidad del proceso analítico con adolescentes--El lugar y la posición analítica en adolescentes--Técnicas de juego--¿Quién es

adolescente?--La transformación adolescente--El objeto exogámico--La bisexualidad del pre púber--Actualización de los ideales--Vivencia de inadecuación--La descalificación de los padres--La contradicción adolescente--La rebeldía adolescente--La nueva vida sexual--Mecanismos mentales de la familia--Los ideales de la familia--Los valores familiares en relación a la dependencia--Los valores en relación a la dialéctica de la verdad y la mentira--Sobre el manejo de la capacidad de frustración en la familia--Capacidad de control de impulsos en la familia-- Particularidades en la técnica con adolescentes— Indicación de análisis--La asociación libre--Importancia de la confidencialidad-- Material de trabajo en la sesión--Transferencia en el adolescente--Idealización del analista--Las intervenciones del analista--Acting out del adolescente—La contratransferencia—Algo en relación a la reconstrucción--Ética de la práctica con adolescentes--Terminación del análisis en adolescentes. **Página 551**

Capítulo 69

EFICACIA DEL ANALISIS EN ADULTOS MAYORES

En los comienzos del Psicoanálisis Freud recomendó no analizar personas mayores de 50 años—Decía que no tenían suficiente elasticidad mental—Diferencia entre los adultos mayores con y sin patología mental orgánica—El análisis en adultos mayores sin daño cerebral--Un caso clínico: el caso de Isolda quien inicia su segundo análisis a los 82 años de edad—Descripción del análisis—Este historial fue aprobado previamente por Isolda para su presentación en la Sociedad de Psicoanálisis. **Página 563**

Capítulo 70

REVOLUCIÓN Y SUS EFECTOS EN LA TECNICA ANALITICA

Los cambios políticos inesperados—Los disturbios sociales y el encuadre—La toma de posición ideológica de los ciudadanos—El analista afectado en su práctica—La neutralidad del analista—La abstinencia del analista—La atención flotante del analista—La transfe-

rencia del analista—El encuadre y el pago de sesiones—La tyché y lo Real—Otras observaciones históricas procedentes de Latinoamérica: APA y APdeBA--¿En estas circunstancias qué acción corresponde a los analistas? **Página 577**

Capítulo 71
BIBLIOGRAFÍA

Página 585

Capítulo 72
ÍNDICE DE PALABRAS Y CONCEPTOS

Página 595

PRIMERA PARTE CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Capítulo 1 CONTROVERSIAS EN LA CLINICA

He encontrado que el tipo de enseñanza impartida en los Post-Grados de Psiquiatría y Psicología Clínica actuales se divide en dos tipos. Unos, son aquellos Post-Grados que mantienen en su enseñanza las ideas de la llamada Psiquiatría Dinámica², la cual se fundamenta en la existencia de los procesos mentales inconscientes. Los otros Post-Grados llamados de Psiquiatría Biológica, son aquellos que rechazan la propuesta dinámica y fundamentan su práctica psiquiátrica en la neuropsiquiatría, las neurociencias, en la teoría de la consciencia y en la etiología que pudieran ejercer los trastornos neuroquímicos, los neurotransmisores en el sistema nervioso central. Este último tipo de Post-Grado ha producido un nuevo paradigma psiquiátrico que describo en la siguiente página. En estos Post-Grados de psiquiatría biológica el ejercicio de la psicoterapia no es recomendado y lo consideran algo de muy poca utilidad.

Por otra parte los egresados de las Escuelas de Psicología y de los Post-grados de Psicología Clínica, también se encuentran con diversos caminos a seguir. Unos, se orientan por la psicología de la consciencia. Son aquellos que trabajan con la sugestión, el consejo, la orientación, la pedagogía y el esclarecimiento, las cuales tienen su particular efectividad. Es necesario admitir que estas son herramientas útiles que ayudan a superar diversos tipos de problemas. Otros psicólogos se orientan por otro camino y prefieren ejercer otro tipo de psicoterapia. Me refiero a aquellas psicoterapias que busca aumentar el conocimiento que de si-mismo tiene el sujeto. Esta última propuesta se basa en la existencia de los procesos

² Propuesta original de Adolf Meyer psiquiatra de origen Suizo quien en 1930 acepta la existencia de los mecanismos mentales inconscientes con efecto en los diversos post grados en USA. A esta orientación la llamó: Psiquiatría dinámica. También fue el fundador del concepto de 'Higiene mental' y de la 'Laborterapia' en los hospitales.

mentales inconscientes. Es decir se basan en la Teoría y en la práctica psicoanalítica. Por eso creo útil ofrecer este resumen actualizado que traigo a todos ustedes en este libro.

Clínica psiquiátrica biológica

La clínica psiquiátrica de tipo biológica es diferente de la clínica psicoanalítica. En cambio la clínica psiquiátrica de tipo dinámica es muy similar a la clínica psicoanalítica, ya que se fundamenta en los mecanismos mentales inconscientes propuestos por la teoría psicoanalítica. La diferencia entre estas dos últimas está en el énfasis que los psiquiatras dinámicos ponen en el diagnóstico psiquiátrico, el cual no existe en la clínica psicoanalítica. Por otra parte la clínica psiquiátrica biológica se interesan muy poco por la historia de vida del paciente y muy poco por la historia de su familia. Para este tipo de Psiquiatras lo novedoso es el estudio de los valores sanguíneos de los diversos neurotransmisores que están presentes en ese momento en la sangre del paciente. Toda esta información ayuda para poder clasificar y ubicar en la taxonomía psiquiátrica la patología en cuestión.³

El nuevo paradigma del trabajo psiquiátrico biológico establece que la enfermedad mental es causada por un desbalance de los neurotransmisores que operan en las sinapsis cerebrales. Por lo tanto la salud mental se evalúa según el estado de los neurotransmisores medidos en sangre. La ayuda para normalizar estos neurotransmisores ofrecida por el psiquiatra biológico, es fundamentalmente de tipo farmacológica. No es de tipo psicoterapéutica. Esta ayuda farmacológica es parcialmente efectiva pero tiene sus inconvenientes. Tiene sus grandes limitaciones y sus efectos indeseables. Muchos investigadores se preguntan por el desequilibrio mental causado por el uso excesivo de fármacos psicoactivos que afectan el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro.⁴

³ Actualmente se utiliza el Manual de Diagnostico Estadístico del DSM4 publicado por la APA [American Psychiatric Association]. Algunos utilizan el Código Internacional de Enfermedades de la WHO el llamado ICD 10.

⁴ Son muchísimos los profesionales del mundo preocupados por la nueva epidemia de enfermedades mentales que han aumentado después de la introducción de los psicofármacos en el mercado. Muchos proponen la idea de que ese aumento es-

La verdadera realidad es que lamentablemente esta ayuda psicofarmacológica no produce conocimiento, ni produce desarrollo mental. La persona no descubre las causas de sus problemas, ni el origen de su sufrimiento. Así pues este tipo de ayuda inevitablemente y en el mejor de los casos, es simplemente paliativa. Se trata de ofrecer un alivio transitorio sintomático a los estados de angustia o depresión. Tiene el beneficio de que es accesible a las masas necesitadas de ayuda. No requiere de un esfuerzo personal de introspección, ni de reflexión sobre sí mismo, ya que solo basta con tomar, ingerir por vía oral o vía parenteral, un medicamento. Otro aspecto negativo de este tipo de ayuda es que el alivio producido por el medicamento no es sostenible a lo largo del tiempo. Sin embargo es lo único disponible en muchos casos y eso lo hace útil desde el punto de vista de política sanitaria. Es saludable y bueno entender que siempre será un alivio transitorio de los síntomas con la inevitable presencia de serios efectos colaterales indeseables.

Clínica psicoanalítica

Por su parte, la clínica psicoanalítica no se fundamenta en los síntomas psíquicos. Se fundamenta en el tipo de mecanismos mentales inconscientes que utiliza el sujeto en su diario vivir. Esta clínica se fundamenta (1) en el tipo de relación con el objeto (2) en el tipo de angustia que está presente (3) en el tipo de relación que el sujeto tiene con la metáfora del Falo.⁵

tadístico de nuevos enfermos mentales ha sido causado por el uso de psicofármacos. Aquí cito a tres autores actuales: (1) Irving Kirsch con su libro: *La nueva droga del Emperador* [2009] de la editorial Basic Books, NY. (2) Robert Whitaker con su libro: *Anatomía de una epidemia* [2010] de la firma editorial Crown editor y (3) Daniel Carlat con su libro: *El problema con los psiquiatras: revelaciones de una profesión en crisis* [2010] de la editorial Free Press, NY.

⁵ La teoría del Falo en Psicoanálisis refiere a una metáfora. Fálico es cualquier atributo que muestra poder. El Falo es un significante. Este significante de poder se puede mostrar en la belleza, dinero, sabiduría, fama, etc. El Psicoanálisis propone que el Falo circula entre ambos sexos. Todos lo tienen y nadie lo tiene. Así la madre es el falo para el bebé, pero el bebé es el falo para la madre. La madre es el Falo para su hombre [o su pareja] y el hombre es el falo para su mujer [o su pareja].

Esta clínica no se basa en los diversos síntomas que inevitablemente produce el sujeto a lo largo de la vida. Se fundamenta en una teoría del aparato mental en donde las partes de la psique están en relación unas con las otras. Esa relación entre las partes determina diferentes formas de relación del sujeto con el mundo. Estas diferentes formas de relación con el mundo que inevitablemente producen un sufrimiento al sujeto, ciertamente van luego a constituir las estructuras mentales y luego los síntomas. Pero un mismo síntoma puede provenir de distintas estructuras mentales en la cual el sujeto se ha organizado. Así el síntoma, no diagnóstica, la estructura. Es decir un mismo síntoma puede ser producido por las diversas estructuras. Por lo tanto el síntoma por sí mismo, no es suficiente, para entender lo que está pasando y mucho menos para diagnosticar una enfermedad. Por ejemplo un pensamiento delirante o una alucinación visual o auditiva [como síntoma] pueden provenir de una estructura psicótica desestabilizada esquizofrénica, o provenir de una estructura histérica de tipo narcisista angustiada que esté por colapsar. Lo que más interesa en clínica psicoanalítica: es escuchar, en confianza, al otro, sin ejercer ningún juicio de valor y tratar de entender qué es lo que pasa con su persona y con su vida.

El discurso del paciente inevitablemente nos hablará de sus síntomas y de sus dificultades. Al escucharlo podremos deducir el tipo de mecanismos mentales que está usando, deducir el tipo de angustia que está presente, el lugar que ocupa la metáfora del falo en las relaciones entre las partes y con el objeto, luego entender el tipo de relación de objeto que está presente. Con esta información que es de naturaleza invisible y que está basada en una teoría, construimos entonces, una hipótesis diagnóstica de la estructura psíquica inconsciente en cuestión. Por eso decimos que las estructuras clínicas inconscientes se organizan siguiendo la lógica del Falo, el tipo de angustia y el tipo de relación de objeto. Esos son los mecanismos psíquicos que en clínica psicoanalítica moderna o llamada estructural nos orientan en el diagnóstico de la estructura.

Clínica psicoanalítica estructural

En la clínica psicoanalítica estructural⁶ se propone que solo existen tres estructuras psíquicas inconscientes. Cada una de ellas con sus correspondientes mecanismos psíquicos constitutivos. Me refiero a las estructuras psicótica, neurótica y perversa. (a) La estructura psicótica que está fundamentada en el mecanismo de la forclusión [o no inscripción del nombre del padre] refiere a la esquizofrenia estabilizada [sin síntomas psicóticos] o desestabilizada [con la presencia de crisis psicótica visible]. (b) La estructura neurótica que está fundamentada en el mecanismo de la represión, refiere a la Histeria y a la Obsesión, ambas con sus correspondientes variantes. (3) La estructura perversa que está fundamentada en el mecanismo de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos. Refiere a una estructura psíquica inconsciente cuyo acceso a la vida sexual es exclusivamente a través de actos perversos verdaderos. Digo esto porque hay que diferenciarlas de los rasgos y actos perversos sexuales que aparecen como síntomas en la vida sexual de las estructuras neuróticas y psicóticas.

Ciertas entidades nosológicas de la clínica psiquiátrica, tales como: las fobias, los antisociales, las personalidades psicopáticas o sociopáticas, las depresiones y los fenómenos bipolares, en sus diferentes variantes, todos ellos, van a aparecer como síntomas en cualquiera de las tres estructuras fundamentales que he mencionado. Por lo tanto, las fobias, las psicopatías y las depresiones, no se consideran en psicoanálisis estructuras psíquicas, en sí mismas. Son simples síntomas de alguna de las tres estructuras inconscientes posibles ya mencionadas. Así pues, una neurosis [ya sea histérica u obsesiva] o una psicosis esquizofrénica, puede tener manifestaciones fóbicas, depresivas o psicopáticas.

⁶ Esta clínica psicoanalítica está basada en las enseñanzas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Jacques Lacan y de todos los analistas post-Lacanianos de Europa y Latinoamérica.

Dos formas de organizarse las estructuras

Estas tres estructuras clínicas inconscientes fueron organizadas según la historia de infancia de cada persona y se constituyen en la mente de dos formas fundamentales. Estas dos variantes van a producir un enorme efecto en la forma como el sujeto se relaciona con el mundo y por lo tanto con el tipo de síntoma que producirán.

(a) Organización narcisista [imaginaria]: Esta forma de organizarse la mente consiste en el uso de mecanismos narcisistas también llamados mecanismos imaginarios. Es decir funciona con mecanismos mentales primitivos, propios de esa época temprana de la vida. Tales como: proyecciones masivas y rápidas, identificaciones proyectivas exageradas, adhesión y fusión al objeto, pobreza en la discriminación sujeto/objeto, presencia de angustia de aniquilación y muerte [angustia oral]. Es decir de los mecanismos propios de la posición esquizoparanoide descrita por Melanie Klein. Por eso este tipo de organización mental [estructura] es llamada a predominio narcisista.

(b) Organización Edípica [simbólica]: La otra forma se organiza a predominio de los mecanismos Edípicos o también llamado mecanismos simbólicos propios del período Edípico. Se trata de algo más evolucionado. En este tipo de organización mental, existe el predominio del mecanismo de la represión, el tipo de angustia es de separación y pérdida [angustia anal] o puede ser de fracaso [angustia de castración]. Estos sujetos muestran tener una capacidad de discriminación clara con el objeto. Así encontramos, que no es lo mismo una Histeria a predominio narcisista, que una histeria a predominio Edípico. La primera, a predominio narcisista, corresponde a lo que en clínica psiquiátrica se llama patología Borderline. La segunda, a predominio Edípico, corresponde a una histeria mas evolucionada, clásica con mayor estabilidad mental. Puede presentar sus síntomas dramáticos conversivos o disociativos, que aparecen como efecto de un desbordamiento de la angustia de fracaso [castración simbólica].

El problema de la causalidad

Existe otro punto que nos obliga a una reflexión adicional. Es necesario agregar que en este punto se muestra una diferencia profunda entre las teorías Psiquiátrica y Psicoanalítica. Esta diferencia está en cómo se entienden las causas o llamada también etiología de las enfermedades mentales. Es decir el problema de la causalidad de las estructuras. La clínica psiquiátrica actual moderna como ya he dicho se apoya en el Manual de Diagnostico Estadístico. Ese manual diagnostico define los requisitos mínimos para catalogar correctamente las entidades nosológicas. Estos requisitos se refieren principalmente al tipo de síntomas presentes en las diferentes patologías. Se han utilizado recursos estadísticos epidemiológicos modernos, como es el uso de diversas bases de datos internacionales computarizados. Con un mayor número de datos se logra una mayor precisión estadística de los síntomas. Es importante señalar que estos manuales nosológicos, no toman y no pueden tomar en cuenta, la causa de las enfermedades para el diagnóstico. En psiquiatría aún hoy en día, se desconoce o existen algunas propuestas imprecisas de las diversas causas de las enfermedades mentales. Solo hablan en forma genérica e imprecisa, de ciertos aspectos sociales, familiares y biológicos, sin ninguna argumentación convincente: me refiero a la propuesta vaga e imprecisa, tan divulgada de los factores genéricos 'psicobiosociales' en la etiología de las enfermedades mentales, que incluye el 'problema genético hereditario', el cual el Psicoanálisis desestima.

Como ya he mencionado un nuevo paradigma psiquiátrico se ha impuesto en la práctica clínica psiquiátrica en los últimos veinte años. Este paradigma o modelo de trabajo se impuso por su conveniencia y facilidad de administración, dando origen al tratamiento psiquiátrico psicofarmacológico. Esto ocurre al establecerse una relación invariable y fija, llamada unívoca, entre el diagnóstico psiquiátrico y las variaciones en los neurotransmisores. Estas variaciones de los neurotransmisores son cuantificables en la sangre. Ambos aspectos quedan así unidos artificialmente en forma específica unívoca. Los neurotransmisores pasan a ser considerados erróneamente la causa última de los trastornos mentales. Como todos

sabemos esto se encuentra abierto a un intenso debate científico teórico y clínico.⁷ Sin embargo a pesar de la insistencia de la psiquiatría biológica de mantener este paradigma, podemos decir que no existe una causa psiquiátrica convincente para esos trastornos neuroquímicos. La propuesta de la Psiquiatría dice que a cada entidad nosológica le corresponde una alteración neuroquímica particular, la cual es corregida por un psicofármaco específico. Esta forma de pensar que está presente en este nuevo paradigma es lo que se debate intensamente, ya que tiene consecuencias en las decisiones terapéuticas y en el destino de las personas. La clínica Psicoanalítica como ya he explicado utiliza el concepto teórico de las estructuras psíquicas inconscientes, e incluye una propuesta diferente de causalidad para las estructuras mentales. Aparece una nueva propuesta psicoanalítica llamada el paradigma psicoanalítico, el cual plantea que existen tres formas de instalarse una patología en la psique. Es decir, tres formas de enfermarse: por vía de un trauma psíquico, por vía de un conflicto psíquico, o por vía de un déficit estructural [carencias] o también llamado defecto estructural el cual es adquirido temprano en la vida. Esto lo veremos con detalle y será estudiado en los capítulos siguientes en este manual.

Algo más sobre la clínica Psicoanalítica

1. Según el enfoque de la fenomenología, los fenómenos observables hacen clínica. Lo observable, son los síntomas y los signos clínicos. Esto es algo indispensable en la práctica de la Psiquiatría. Hay que recordar que en psiquiatría el acto médico requiere de un

⁷ El debate de la importancia de los neurotransmisores se centra en otra cosa: ¿Son los neurotransmisores alterados los que causan las ideas y los síntomas mentales? o viceversa: ¿Son las ideas y los síntomas de la mente, los que luego causan, la alteración de los neurotransmisores en sangre? El Psicoanálisis propone y argumenta a favor de la segunda alternativa. Un ejemplo: El miedo como respuesta emocional a algún peligro, se caracteriza por la presencia de cambios neurofisiológicos, tales como taquicardia, erección pilosa, dilatación de pupila, diuresis, sequedad de la boca, etcétera. Estos cambios neurofisiológicos son producidos por la nor-epinefrina llamada también adrenalina, el cual es un neurotransmisor muy conocido y potente. Sin embargo la adrenalina es producida por una orden involuntaria de la sub corteza cerebral a través del eje: <corteza, sub-corteza, hipotálamo, hipófisis, tiroides y suprarrenales. Es decir, la cantidad de la adrenalina en sangre, depende de la presencia de un estímulo psíquico emocional [el miedo] y no a la inversa.

diagnostico preciso, para lograr un tratamiento adecuado. Todo esto basado en la correcta observación fenomenológica por vía de la semiología psiquiátrica. Naturalmente que será correcta según el manual de diagnósticos que apliquemos. Aquí el criterio personal de salud mental es algo muy importante.

2. En Psicoanálisis tenemos también una clínica, pero es una clínica de lo no-observable. La clínica psicoanalítica se deduce de lo dicho por el analizando. Así el analista puede deducir sobre la causa y los efectos, que se muestran en lo que el analista escucha. En este caso se trata de una semiología psicoanalítica. El texto de lo que dice el paciente va a adquirir una gran importancia. Sigue siendo observación fundamentalmente auditiva, que incluyen reacciones corporales y los actos, que el paciente puede mostrar. Pero lo auditivo predomina. Lo importante es que toda esta semiología psicoanalítica nos lleva a detectar, a presumir, los mecanismos psíquicos presentes en ese caso particular. Estos mecanismos psíquicos son invisibles y es lo que nos va a permitir entender lo que ocurre en la mente del paciente.

3. Aquí surge un problema. En psicoanálisis no diagnosticamos entidades clínicas, como ocurre en la psiquiatría. Diagnosticamos estructuras psíquicas inconscientes y mecanismos mentales, que usualmente son invisibles. Este diagnóstico psicoanalítico va a resultar de suma importancia en la dirección de la cura, ya que no es lo mismo, tener en análisis una histeria grave (tipo narcisista), que una estructura psicótica estabilizada, que se muestra tal como una neurosis grave, sin serlo.

4. Hasta aquí estamos en un nivel de diagnóstico psicoanalítico. Esto puede ocurrir y de hecho ocurre en el periodo de sesiones preliminares o de evaluación diagnóstica.

5. Cuando el analizando cesa de pedir ayuda y felicidad, al analista, quien es el portador del falo, [sujeto supuesto saber] es cuando el sujeto comienza a cuestionarse a sí-mismo. Se pregunta a sí-mismo porque le pasa, lo que le pasa. Ahí se abre espacio para el acto analítico. Pasa de ser un paciente, a ser un analizando. Puede decirse que se ha iniciado el análisis. Algunos dicen: <ha pasado al

diván>. En los años cincuenta, antes de la era de Lacan, se decía: <el paciente pasó a una posición analítica>. Wilfred Bion hablaba de la posibilidad de un <no-proceso analítico>. Es decir, aquellos casos que nunca pasaron de un modo de trabajo similar al periodo inicial de sesiones preliminares, con predominio de una demanda de auxilio al analista, aún con varios años de tratamiento. Casos que nunca entraron en análisis, aún cuando se aliviaron enormemente con la ayuda del analista y terminaron muy agradecidos.

6. ¿Existe una cura, sin clínica? Sabemos que el acto analítico, no es fenomenológico. No tiene nada que ver con la fenomenología. La cura es proceso. Tiene que ver con lo subjetivo de la relación transferencial y con la posibilidad del descubrimiento de los contenidos inconscientes, por efectos de la misma transferencia y de la interpretación y señalamientos del analista. A lo largo de la cura se vuelve sobre la observación clínica. Me refiero al acto de re-evaluación del proceso. Esto permite, en caso de necesidad, reubicar el entendimiento del analista. La introspección del analista y los beneficios de la constante supervisión clínica, ayudan a ubicar los puntos ciegos del analista y reordenar la cura.

Capítulo 2

SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Para estudiar el delicado problema del concepto de salud mental visto desde el Psicoanálisis es necesario estar abierto a cambios en nuestra forma de pensar y a estar dispuesto a actualizar nuestros conceptos previos. Esto va a causar molestia al sujeto. Es inevitable esa molestia. Empecemos por el principio. Todos sabemos que el concepto de la normalidad del funcionamiento de la mente humana es algo controversial. Me voy a permitir presentarles unas ideas que deben ser tomadas como algo muy personal. Muchos otros analistas podrían estar en desacuerdo conmigo.

El Psicoanálisis promueve el cambio psíquico y la salud mental a través de un trabajo del inconsciente. Este trabajo abre la posibilidad al sujeto para que se conozca a sí mismo y se acepte tal cual es. Este trabajo es logrado con el diálogo psicoanalítico que ayuda a la toma de consciencia. Esta toma de consciencia es también llamada el darse-cuenta o insight. Este insight ocurre conjuntamente con una experiencia emocional, dentro del sujeto, que va a ser llamada el hacerse-cargo. Ambos mecanismos llevan a cada sujeto a modificar la crueldad natural de su propio SuperYo infantil. Esta modificación lograda por el dialogo psicoanalítico le da al sujeto la fortaleza necesaria para tolerar emociones dolorosas como la angustia y tristeza y buscar soluciones a los problemas cotidianos de la vida, sin incapacitarse. Por otro lado, está claro que el concepto de normalidad y de salud, ofrecido por la Medicina y la Psiquiatría en los Manuales de Diagnóstico [que son estadísticos] se sostienen solamente como una propuesta genérica y universal. Es un algo que sería igual para todos según el listado de los síntomas.

Estos manuales de diagnóstico evalúan los síntomas psíquicos desde una perspectiva epidemiológica de base estadística. Me refiero a que en relación al capítulo de la salud mental se considerarían enfermas o anormales a todas las conductas y maneras que quedan fuera de la dispersión estadística de la campana de Gauss.⁸ Este

⁸ Curva estadística típica, también denominada <campana de Gauss> en honor al matemático alemán Carl Friedrich Gauss quien la describió. Refiere a la distribu-

concepto de salud mental y de normalidad en la Medicina, se sostiene en lo general y no se sostiene en lo particular de cada uno. Entendemos que estos diagnósticos médicos psiquiátricos de Códices o Manuales basados en síntomas, los cuales están definidos por la dispersión estadística campana de Gauss, no son más que una guía general para los psiquiatras médicos y para las necesarias estadísticas psiquiátricas hospitalarias. Hay que admitir que esta guía de diagnósticos es necesaria para ser utilizada en las decisiones financieras de los diversos sistemas públicos y privados de salud mental y además en las decisiones de inversión de las transnacionales farmacéuticas.

Pero está claro que no son útiles para la comprensión de lo que pasa en lo particular de cada uno de nuestros pacientes y son menos útiles en el manejo del proceso analítico. Para eso se necesita de la comprensión dinámica que incluye el trabajo del inconsciente y de todo aquello que ocurre con esa persona en particular incluida naturalmente la específica historia de infancia de cada sujeto. Aquí es útil presentar un ejemplo clínico. Sabemos que la envidia temprana es la base del resentimiento en los seres humanos.⁹ Todo esto, dentro de la diversidad del ser, ya que todos hemos padecido en los primeros seis meses de la vida algo de hambre y por lo tanto aparece la envidia en intensidad variable. El monto de esta envidia hace la diferencia en relación al monto de resentimiento particular que tenemos cada uno de nosotros. Esto no es medible en la campana de Gauss.

Estas involuntarias experiencias infantiles producen diversas conductas y para el enfoque psiquiátrico estas se pueden ver como síntomas o como presencia de cierta patología. En Psicoanálisis pensamos que estas conductas son formaciones de carácter y no

ción media o promedio de las características de una data determinada cuya dispersión gráfica produce una figura tipo acampanada.

⁹ El concepto de la envidia como un mecanismo mental primitivo fue originalmente propuesto en psicoanálisis por Melanie Klein. Ella presentó la idea de que durante el primer año de la vida el bebé produce con el pecho alimenticio tres tipos de vínculos emocionales: <envidia celos y rivalidad> según sea la relación de objeto: monádica, diádica o triangular. La envidia se define por su inevitable componente destructivo. No así los celos y la rivalidad.

son formaciones de síntomas. Ninguna de estas diversas formas de evolución en la vida de una persona tiene que ser considerada patológica o enfermiza por el simple hecho de que su conducta cae fuera de la dispersión estadística de la campana de Gauss, es decir fuera de la normalidad. Es útil aclarar que existen ciertas patologías cerebrales orgánicas que pueden y producen síntomas en el campo de lo mental. Es decir existen patologías psiquiátricas cerebrales [no mentales] que tienen una causalidad orgánica. Esos casos de etiología orgánica, no son a los que se refiere la teoría psicoanalítica. Generalmente [no siempre] el Psicoanálisis teoriza y trabaja con personas que no tienen una patología orgánica cerebral.

De todo esto se desprende que para el psicoanálisis la salud mental no es definida por la presencia o ausencia de los síntomas. La salud mental se define por el grado de la aceptación que el sujeto tiene de sí mismo.

Ciertas conductas extravagantes y raras llamadas psicóticas, pueden terminar violando el código social vigente resultando en conductas inaceptables para el común de la sociedad. La sociedad es clara en su código de conducta cívica, e igual de clara es el código de conducta religiosa. Si la conducta de un individuo, viola las expectativas de su propia familia, de los códigos de conducta social de su comunidad, de los códigos de conducta religiosa o incluso los códigos de conducta de un régimen político, el problema es con la familia, con la sociedad, con la institución religiosa o con el régimen político. Pero de ninguna manera esto significa que la persona carece de salud mental. Sencillamente ese sujeto no desea seguir esos códigos de conducta pre-establecidos según la cultura, la religión o la política de su comunidad, y decide seguir, los códigos propios según lo dicte su propia ideología. Su ética se fundamenta en seguir los dictámenes de su propia conciencia, de sus propios valores. Entiendo que es inevitable que esta decisión del sujeto, lo coloque en situación de ser un excluido social, pero estemos claros, eso no significa que carece de salud mental. Aparecen los seres excéntricos y los llamados presos de conciencia. Aparecen las conductas radicales producidas por ideologías, que no significan la presencia de enfermedad mental.

Ubicación del Examen Mental

El cerebro es un órgano biológico y la mente no lo es. Es necesario insistir en que el psicoanálisis propone que la mente es un aparato virtual llamado 'aparato mental'. El cerebro es un órgano de la biología. Por eso entiendo que cuando hablamos del examen mental en Psiquiatría nos referimos al examen de ciertas 'funciones cerebrales' que están asentadas en el funcionamiento cerebral. Tal como ocurre cuando se evalúan las funciones de la orientación temporal-espacial, las características de la memoria, de la atención, de la concentración, del pensamiento, las funciones sensorio-perceptivas, la capacidad de síntesis y de juicio crítico y de otras funciones cerebrales más. A esas 'funciones cerebrales' al igual que otras, tales como las características funcionales de los órganos de los sentidos [como la visión y la audición], agregando la evaluación de las funciones motoras, funciones del equilibrio, capacidades de sensibilidad corporal. Está claro que a esas funciones cerebrales se les puede aplicar la lógica de la 'dispersión estadística' de la campana de Gauss. Por esta vía estadística se puede conocer la respuesta promedio ubicadas dentro de la dispersión de la campana de Gauss y que en el examen mental van a representar la norma. Al tener definida la norma, por contraste vamos a tener 'lo que no es la norma', es decir la anormalidad. En biología esto puede ser aceptable. Así pues el examen mental es un examen de funciones biológicas cerebrales.

Hasta ahí se puede hablar de la normalidad basada en el promedio de las respuestas estadísticas que miden esas funciones cerebrales. Pero intentar aplicar esos criterios estadísticos de normalidad al funcionamiento de la mente, que repito no es el cerebro, resulta ser equivocado y por lo tanto es inaceptable.

Normalidad, sin campana de Gauss

Así, ese razonamiento de la lógica de Gauss no aplica para el estudio de los mecanismos de la mente. Intentar evaluar por este método la normalidad, el promedio, de por ejemplo la dialéctica del deseo humano o la ambivalencia del amor y el odio hacia un objeto,

no es posible. Ernest Jones¹⁰ en 1931 termina por decir que la mente normal es una utopía, es decir no existe. Se anticipó a la opinión que Sigmund Freud expresara en 1937 cuando este dijo, que un Yo normal, es como la normalidad en general, no es más que un ideal, es decir no existe.¹¹ Melanie Klein decía en su último texto, escrito días antes de su muerte, titulado <Sobre la Salud Mental> [1960] lo siguiente: ‘El equilibrio no significa evitar conflictos, implica la fuerza para tolerar emociones dolorosas y poder manejarlas. Si disociamos excesivamente las emociones dolorosas restringimos la personalidad y provocamos inhibiciones variadas. De esto se desprende que la salud mental no es compatible con la superficialidad, puesto que ésta se vincula con la negación del conflicto y la desmentida de las dificultades externas. Se utilizan estos mecanismos de manera excesiva, porque el Yo no es suficientemente fuerte para tolerar el dolor’. Este punto de vista, expresados por los autores citados, es lo que mantiene y postula la teoría psicoanalítica actual.

Aparte de eso, puedo decir, que ciertamente se puede determinar en forma estadística el promedio y dispersión estadística del peso de un cerebro humano, en tal o cual edad. Aquellos cerebros que están fuera del promedio y por fuera de la dispersión de la campana de Gauss, serían simplemente anormales. Pero ocurre, que la mente es un fenómeno virtual, a la cual, como ya hemos visto, no aplica esta lógica estadística. Por lo tanto todo sujeto en su inmensa diversidad es un ser natural. Con esta palabra natural quiero decir que es un ser normal en relación a sí mismo aunque sea único en la infinita diversidad de lo humano y su conducta sea extravagante y rara. Es decir alejada de la realidad ordinaria y que hasta podría ser catalogada de ser una conducta excéntrica que en el fondo no significa más que ‘una conducta distinta al resto de la comunidad’.

En conclusión: la presencia o ausencia de una patología mental o llamada anormalidad mental en un sujeto, va estar determinada, por la aceptación que el sujeto tenga de sí mismo. Si no se acepta a sí mismo, en su diversidad, entonces algo anda mal, en él o ella, y

¹⁰ Ernest Jones (1931): The concept of a normal mind. *International Journal of Psychoanalysis* Vol. 23:1-8

¹¹ Freud, Sigmund (1937): Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*. Amorrortu Editores B.A.

seguramente pedirá ayuda. En ese caso podría hablarse de tal o cual patología mental. Si el sujeto 'se acepta a sí mismo' se podría decir que 'disfruta de salud mental' y si su conducta extravagante crea disrupción social, religiosa o política, entonces el problema es municipal y de sus correspondientes códigos sociales, religiosos o políticos, pero no constituyen enfermedad mental.

En los Estados Unidos de América [USA] y en toda Europa se ha desarrollado en los últimos diez años un movimiento de alerta, impulsado por médicos muy conscientes de este problema. En latinoamérica Juan Pundik en Argentina, forma parte de una campaña para ofrecer información y favorecer la toma de consciencia a los padres, los psiquiatras, otros médicos y a los psicólogos de este problema de sobre-diagnostico y del excesivo uso indiscriminado de medicamentos.¹²

¹² Marcia Angell: *The illusions of psychiatry* publicado en el *The New York Review of Books*. Marcia Angell es médica especializada en medicina interna, autoridad reconocida en el campo sanitario, defensora de la necesidad de una reforma médica y farmacéutica en Estados Unidos, directora de la prestigiosa revista médica *The New England Journal of Medicine* y docente de medicina social en Harvard. Es autora de numerosos libros, entre ellos *La verdad acerca de la industria farmacéutica* y tiene entablada ya una batalla contra el excesivo poder de las casas farmacéuticas y su capacidad de influir funestamente en la práctica psiquiátrica y médica en general.

En diciembre de 2006, en una pequeña localidad cerca de Boston, moría Rebecca Riley, una niña de cuatro años. La causa del fallecimiento fue la combinación de fármacos que le habían sido prescritos para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad y el trastorno bipolar, que le diagnosticaron cuando tenía sólo dos años de edad. ¿Cómo pudo haber sucedido que a una paciente tan pequeña se le prescribieron fármacos que la 'Food and Drug Administration' (FDA) no ha aprobado, ni para el supuesto trastorno de déficit de atención e hiperactividad, ni para un uso de largo tiempo en el trastorno bipolar, ni para niños de la edad de Rebecca? El suceso es emblemático de lo que la combativa doctora estadounidense Marcia Angell (1939) denuncia desde hace años. A raíz de ello en 2010 escribió *FDA: Esta Agencia puede ser peligrosa*, en el que Marcia Angell, aun partiendo del presupuesto de que la FDA tiene «una misión importantísima» denunció sin tapujos que el 'Center for Drug Evaluation and Research' la división de la agencia que regula la prescripción de fármacos, «se ha convertido en servidora de la industria que regula». «*The New York Review of Books*» publica ahora en dos entregas: *Why There Is an Epidemic of Mental Illness*, el 23 de junio del 2013 y *The Crazy State of Psychiatry*, el 14 de Agosto del 2013, son dossiers [artículos] en los que la doctora denuncia la degeneración de la psiquiatría estadounidense. Como muestran los datos pareciera como si se hubiera desencadenado una auténtica epide-

Capítulo 3

EL SÍNTOMA EN PSICOANÁLISIS

Según la enseñanza de la medicina un síntoma es la manifestación visible, perceptible, de algún tipo de trastorno. De algún mal funcionamiento, de alguna patología presente en la persona afectada.

mia. Si en 1987 un estadounidense de cada 184 presentaba una discapacidad vinculada a trastornos mentales, en 2007 se cuenta uno de cada 77. Entre los niños el aumento es aún mayor. Desde los años cincuenta la psiquiatría estadounidense ha cambiado su quehacer por la convicción de que la enfermedad mental se debe achacar en su totalidad a razones químicas. Se dejó de escuchar el historial del paciente, teniendo ya como única preocupación eliminar con fármacos los supuestos síntomas. La industria farmacéutica ha asumido la psiquiatría como un terreno de conquista, especialmente apetecible ya que, más que en otras ramas de la medicina, en psiquiatría no existen elementos objetivos con los que catalogar la enfermedad mental, lo cual hace posible ensanchar infinitamente los confines de un diagnóstico o crear nuevos. Se ha llegado a tal punto, escribe Angell, que son las mismas casas farmacéuticas las que deciden qué constituye un trastorno mental y cómo se ha de tratar. Las ventajas, por lo demás, son inmediatas para los mismos médicos: si hoy, en una hora, el psiquiatra logra visitar a tres pacientes por un total de ciento ochenta dólares, con la terapia tradicional en los mismos sesenta minutos sólo hubiera podido visitar a un paciente, ganando menos de cien dólares. Inicialmente el diagnóstico de TDAH [déficit de atención e hiperactividad] se manifestaba como hiperactividad, falta de atención e impulsividad, en los muchachos en edad escolar, pero a mediados de los años noventa se avanzó la idea de que muchos niños afectados por este síndrome tenían en realidad el trastorno bipolar ya desde muy temprana edad, lo cual llevó a la multiplicación de diagnósticos de trastorno bipolar infantil. Pero, ¿pero acaso es posible encontrar un niño de dos años que no sea irritable en ocasiones? ¿O un niño del tercer curso de primaria que no se distraiga a veces? El dato dramático es que el diagnóstico no es objetivo. Depende de quiénes sean los niños, de su familia, de las presiones que los psiquiatras ejercen sobre los padres. Para agravar este asunto se suma el hecho de que en la crisis económica actual, para muchas familias estadounidenses, el hecho de que su hijo sea clasificado como discapacitado mental significa su supervivencia, ya que pueden beneficiarse de subvenciones de la Seguridad Social. Para el economista David Autor esta subvención se ha convertido en parte del nuevo bienestar. Debería dejarse de creer que los fármacos constituyen el medio para resolver las manifestaciones incómodas de la infancia. Es urgente dejar de buscar las causas del malestar en el cerebro de los pequeños cuando con mucha frecuencia el verdadero problema es el hecho de que viven en familias deterioradas, conflictivas o sumamente pobres. Sobre todo, concluye, deberíamos recordar siempre el sencillo imperativo médico: <lo primero es no hacer daño>. Versión libre del extracto efectuado por Giulia Galeotti, publicado en Italia, en el diario: *L' Osservatore Romano*, el 25 agosto de 2013. Traducido y divulgado por Juan Pundik, Presidente del grupo: Plataforma Internacional contra la Medicalización de la Infancia.

Las enfermedades en medicina se detectan por sus síntomas [quejas] y signos [evidencias corporales]. Los pacientes muestran sus quejas [síntomas] a través de la palabra. Es un axioma conocido que cada síntoma médico está relacionado y unido a cierto tipo de enfermedades. De tal manera que estudiando los síntomas y signos, se pueden diagnosticar correctamente las enfermedades y la afección que aqueja a determinada persona. Así las diversas enfermedades médicas obligatoriamente producirán ciertos síntomas y signos y no otros. De esa forma podemos decir que en medicina, un síntoma es Lo Real ya que no está relativizado, ni es subjetivo.

Desafortunadamente en la clínica psiquiátrica se entiende el síntoma psiquiátrico en una forma muy similar a como se hace en la medicina. Así el síntoma psiquiátrico es fundamental para diagnosticar las llamadas enfermedades psiquiátricas, las cuales se van a encontrar agrupadas en los manuales estadísticos de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud [ICD-10] o en el manual de diagnósticos estadísticos de la Asociación Psiquiátrica Americana [DSM4 y ahora el nuevo DSM5].

El síntoma como significante

En Psicoanálisis un síntoma es otra cosa. Indudablemente refiere a las quejas, a las molestias que el sujeto padece y las presenta al psicoanalista a través de la palabra o a través del acto. Sin embargo su significación es muy diferente. Los síntomas, producidos por la mente, no están ligados ni unidos, a ningún tipo de patología mental específica. Con el solo estudio de los síntomas no se puede llegar a entender lo que le ocurre al sujeto. En 1953 en su famoso discurso de Roma, Lacan presenta el síntoma como un significante, organizado como un lenguaje en el inconsciente. Es un mensaje opaco que no convoca a la interpretación, ya que no tiene un significado unívoco [o preciso]. El síntoma clínico es una demanda de ayuda al Otro. En cambio el síntoma analítico no constituye una llamada al Otro y en esencia tiene un importante lado de Goce dirigido a nadie. Los síntomas para el psicoanalista son significantes producto del efecto de lo real en el simbólico. El síntoma tiene otro lado en el cual se satisface parcialmente la pulsión. Así encontramos el lado de Goce y el lado de satisfacción de pulsión. Lo radical del síntoma

para el Psicoanálisis está en la función de Goce que tiene el síntoma.

Síntomas y la estructura

Los síntomas para el Psicoanálisis son productos de la estructura psíquica y no de una enfermedad específica. Así podemos tener síntomas histéricos en estructuras obsesivas y viceversa. Manifestaciones histéricas en pacientes psicóticos con una estructura esquizofrénica y viceversa. De ahí, que el propósito del análisis no es el alivio de los síntomas, ya que unos síntomas van a ser substituidos por otros. El propósito del análisis está en la búsqueda de la verdad interior del sujeto y por esta vía lograr la aceptación de sí mismo: 'ser lo que se es' según Bion y 'no ceder en el deseo' según Lacan.

Un síntoma es lo que no anda en Lo Real

Lacan afirma con Freud, que los síntomas son formaciones del inconsciente y que representan soluciones parciales, incompletas a la satisfacción de pulsión. Es decir son soluciones de compromiso. Son una transacción entre deseo y censura. Cuando en 1953 Lacan afirma que los síntomas son significantes del sujeto esto implica que no existe un significado universal para cada síntoma ya que cada síntoma expresa la particularidad subjetiva de cada sujeto. Las estructuras clínicas inconscientes se organizan según la lógica de la relación de objeto, el tipo de angustia y según metáfora del falo. Por lo tanto queda claro que cada estructura psíquica tendrá su particular producción de síntomas. En 1955 Lacan afirma que 'un síntoma es lo más real que una persona tiene' ya que el síntoma dispone de una verdad que no depende de la significación. El sujeto no conoce la naturaleza íntima de su síntoma, pero su inconsciente sí lo sabe. El sujeto sabe, pero no sabe, que sabe.

El síntoma como algo opaco

En 1958 [Seminario 6] y en 1960 [Seminario 8] al igual que en el trabajo del síntoma en su trabajo del 'Grafo del Deseo' Lacan plantea que el síntoma analítico se muestra al sujeto como un mensaje

enigmático y opaco proveniente de Lo Real. Esto quiere decir que el sujeto no lo reconoce como proveniente de sí mismo. En 1975 en el [Seminario 23] Lacan dice ‘un síntoma es lo que no anda en lo Real’ y repite ‘es una verdad que no depende de la significación’. Un poco más adelante dice: ‘un síntoma solo puede ser definido por la forma particular en que cada sujeto tiene Goce¹³ de su inconsciente’.

Síntoma y semblante

El sufrimiento [en función de goce] expresado en el síntoma va a otorgar un poder al otro del cual se espera una ayuda. Por eso decimos que el analizando otorga en su eje imaginario un saber al otro y por esta vía un poder: el poder de curarlo. Lacan decía que ese lugar asignado por el analizando al analista, es el lugar del supuesto saber. Además el analizando le va a otorgar al analista otro lugar privilegiado según hayan sido las experiencias de su propia infancia: el lugar del semblante.

La instalación del síntoma

Cuando se inicia un análisis, el sujeto que demanda análisis, establece una relación especial con el analista que él mismo ha escogido. Esta relación inicial coloca en transferencia al analista en el lugar del supuesto saber. El sujeto espera del analista que este con su sabiduría lo cure y le de la felicidad. En su discurso va a pedir soluciones, consejos y guía. Por eso decimos que al inicio del análisis el sujeto es un paciente. Progresivamente este paciente se va a dar cuenta de que su demanda no es satisfecha, que el analista le invita una y otra vez a buscar dentro de sí mismo sus propias respuestas.

Cuando el sujeto cuestiona algo de sí mismo y está dispuesto a investigar dentro de sí mismo, los vericuetos de ese asunto propio, decimos que ha instalado un síntoma. Al hacerlo, pasa de ser un paciente a ser un analizando. El síntoma clínico pide ser descifrado por el otro [el analista], le pide buscar el sentido perdido del síntoma.

¹³ Recomiendo revisar el concepto de Goce que aparece más adelante en los próximos capítulos. El Goce refiere a una forma de sufrir, algo particular y necesario para el sujeto.

ma. Pero resulta ser que este sentido del síntoma estará ubicado dentro del imaginario o en su intersección con el orden simbólico, en la mente del propio analizando. Cuando se instala el síntoma analítico aparece lo que no cesa de inscribirse pero no hace signo al otro [al analista]. Así el analizando pasa a buscar dentro de sí mismo sus propias respuestas. Al final del análisis se llega a un enigma y a una paradoja: el sentido del sin-sentido. Por eso al final de la cura aparece el sintasma: lo que no hace más signo a nadie, lo que no se puede descifrar más, el límite del no-todo del psicoanálisis.

Síntoma clínico y síntoma analítico

Mientras el paciente se mantiene en una demanda al analista de orientación, consejos y guía, sus quejas son entendidas dentro del estatuto del síntoma clínico, lo cual se ubica dentro de la clínica psiquiátrica. Cuando el paciente cesa en su demanda de consejo y guía al analista, pasa a ser un analizando. Se establece una búsqueda interior, se instala lo que he explicado anteriormente y que llamamos el síntoma analítico.

El tiempo y el síntoma

El síntoma no aparece en el sujeto de forma instantánea. El síntoma se constituye en el transcurso del tiempo lógico y puede luego continuar hasta la muerte o incluso más allá de la muerte. Esto ocurre cuando el sujeto escribe o dibuja sus síntomas y así sus síntomas lo sobrevive.

Destino del síntoma

(a) En el neurótico el insight [el darse-cuenta] produce cambio rápido del síntoma. Aparece un síntoma sustituido por otro. Se mantiene la propuesta de que en el neurótico el síntoma representa al sujeto.

(b) En el Psicótico, la metáfora delirante, no constituye síntoma. El delirio es una síntoma-grapa o también llamado un cuarto-nudo. En el algoritmo esa grapa va a ocupar el vacío del síntoma, algo propio de la estructura psicótica, sustituye lo forcluido [lo no ins-

crítico]. Por eso decimos que en el psicótico, <el síntoma es el sujeto>. Esta grapa es lo que Lacan va a llamar posteriormente en su vida el <sinthome>.

Lógica del Sinthome

Desde 1975 en adelante [Seminario 23] Lacan introduce un nuevo concepto derivado del estudio del síntoma. Se trata del <Sinthome>. Lacan encontró que existen ciertos síntomas que funcionan como absolutamente necesarios para mantener la cohesión y la operatividad mental. Sin ese síntoma especial, los tres órdenes se separarían y ocasionarían un colapso mental, llamado un breakdown, un surmenage o una crisis psicótica. Todos son lo mismo. Este particular síntoma funciona como una prótesis, que puede ser simbólica o imaginaria, dependiendo del caso por caso. A este particular síntoma, que como prótesis, amarraría a la manera de un cuarto nudo, los tres órdenes [RSI] Lacan lo denominó <el sinthome>.

James Joyce y el sinthome

En el Seminario 23 Lacan estudia este sinthome utilizando la obra escrita y material biográfico del célebre escritor irlandés James Joyce. Concluye que la extraña escritura sin puntuación de Joyce, es su particular sinthome. Este sinthome, llena para el sujeto Joyce, la función ausente forcluida del <nombre del padre> y le permite mantener la cohesión mental y continuar funcionando como sujeto. Esto le permite a Lacan decir que el sinthome es la naturaleza propia de la realidad humana. A diferencia del síntoma que cae y aparece otro, el sinthome <es lo que no cae>, lo que debe permanecer. Lacan llega a decir, que al final del análisis el sujeto conoce su sinthome y se identifica con él. Se acepta a sí mismo.

El síntoma como una prótesis

En nuestra práctica psicoanalítica podemos encontrar en nuestros analizandos algún síntoma que podemos calificar como un verdadero sinthome. Siguiendo la enseñanza de Lacan este sinthome funcionaría como un cuarto nudo que mantiene unido los tres aros

del nudo Borromeo. Este cuarto nudo o también llamado síntoma grapa permite evitar el colapso mental. Esto nos obliga a estar muy alerta en nuestra práctica clínica y reconocer la presencia de un sinthome cuando esto está presente. Además entender que este sinthome o cuarto nudo debe preservarse durante el análisis. En algún momento en el ambiente local caraqueño, en el interés de aclarar este complejo concepto, he propuesto llamar al sinthome: síntoma-grapa¹⁴. Este síntoma-grapa puede ser conceptualizado también como una prótesis. Esta prótesis puede tener características imaginarias o simbólicas. En el caso de James Joyce su sinthome, su síntoma grapa era de naturaleza simbólica.

¹⁴ La palabra 'Grapa' refiere a un recurso de la papelería. Es un alambre de metal mínimo que une a voluntad varias hojas de papel. En inglés le llaman: staple.

Capítulo 4

EL FANTASMA EN PSICOANÁLISIS

La teoría del Fantasma es una importante contribución de Lacan a la clínica psicoanalítica. Aparece en su obra como una propuesta clara después de 1957. Con sus ideas sobre el fantasma Lacan profundiza la propuesta original que Freud había hecho en 1895 sobre la naturaleza de la fantasía sexual de las histéricas.

Para Freud phantasie es una representación. Se puede decir que es un guión escénico que implica a uno o varios personajes y que pone en escena el deseo del sujeto. Freud planteaba la idea de las fantasías sexuales como una cicatriz del complejo de Edipo. Podemos decir que es un efecto de lo ocurrido en los primeros años de la vida. Lacan le da importancia al aspecto defensivo de estas fantasías y afirma que estas fantasías son algo construido ante la angustia de castración. Cada persona construye su propio fantasma. En el Seminario 14 de 1967 titulado La lógica del Fantasma, Lacan precisa que el fantasma es de naturaleza sexual y debido a que su función principal es velar la castración este fantasma será siempre de naturaleza perversa. Llega a llamarlo el tesoro de la sexualidad. Como es una escena perversa que excita al sujeto muchas veces le produce vergüenza o culpa. Por eso Lacan decía en relación al fantasma: que el fantasma <es una flor en la rama espinosa de la culpa>.

La escena sexual

El fantasma es definido como una escena sexual a predominio de imágenes con presencia de texto y que tiene una cualidad inicial inconsciente o pre-consiente, que puede devenir parcialmente o totalmente consiente. El fantasma pone en acto el deseo arcaico que funciona como la matriz del deseo actual. Existe un carácter circular entre fantasma, deseo y vida sexual. Los fantasmas inconscientes solo se vuelven conscientes por efecto de revelaciones de la vida o por efecto de la cura analítica. Lo más importante para la práctica clínica de esta contribución de Lacan, es cuando afirma, que el fantasma, que es una fantasía sexual perversa no es un síntoma y tampoco convoca a ninguna interpretación por parte del analista. No es algo para ser curado, sino al contrario para ser dis-

frutado. Aún cuando el fantasma representa al deseo inconsciente del sujeto, este mismo sujeto puede estar representado en el guión del fantasma.

Constitución del fantasma

El fantasma es construido por cada sujeto en su más temprana infancia. Es una construcción de predominio imaginaria y establece desde entonces esa relación subjetiva y única, entre el sujeto y su pequeño otro [pequeña-a]. Se realiza un acoplamiento exclusivo entre cada uno. Es necesario aclarar que esta imagen se encuentra entrelazada con el orden simbólico. Lacan decía en los Escritos-1 en La dirección de la cura de 1958, que <la imagen está allí para hacer un efecto en la estructura significante, orden simbólico>.

El fantasma va a proteger al sujeto de la inevitable: la falta en el otro. Así le ofrece una ilusión de completud. También podría decirse, ofrece un alivio de la angustia de castración. La forma como cada sujeto organiza su fantasma [que siempre es sexual y perverso] nos indica la modalidad del sujeto de organizar su Goce¹⁵, en francés: su Jouissance. Así el fantasma satisface ambas circunstancias: ofrece un Goce particular y sostiene el deseo del sujeto. Lacan decía en el Seminario 11 de 1964, que <en el fantasma el sujeto se sostiene a sí mismo, en la dimensión del deseo, que se desvanece>. Ese fantasma sexual es por lo tanto perverso, pero no tiene naturaleza de síntoma. Es una construcción inconsciente, precoz e inmodificable.

Síntoma y fantasma

Sabemos que el neurótico acepta su incompletud y asume su castración. Está inscrito en la ley del deseo y marcado por la ley del padre. Se somete a la prohibición del incesto y del parricidio. Como acabo de explicar, su fantasma es una tentativa de velar la castración. Sin embargo el neurótico puede desarrollar una actividad sexual en pleno desconocimiento de su fantasma. Una actividad

¹⁵ El término Goce refiere a un concepto Lacaniano que se relaciona con un monto de sufrimiento especial que el sujeto del inconsciente necesita para mantener su armonía mental.

sexual movida por la pulsión sexual sin incluir al fantasma reprimido. Produce un goce fálico en el puro registro pulsional. En la cura analítica el analizando hablará de su vida sexual, de sus formas de acceder al orgasmo, hablará de sus deseos, temores y culpas en relación a sus fantasías sexuales. El analista puede mal entender estas manifestaciones del Goce y del deseo expresado en la narrativa sexual que incluyen su fantasma. El analista puede creer que son síntomas neuróticos o perversos e intentar instalarlos como síntomas para ser trabajados. Sin embargo se trata del fantasma que es algo que no requiere de trabajo analítico, solo requiere de lograr conocerlo, de tenerlo consciente.

Travesía del fantasma

Atravesar el fantasma [su travesía] representa para mí, la posibilidad del sujeto en análisis, de conocer y aceptar su fantasma sexual, sin presentar sentimientos de culpa, ni temores. Para que esto ocurra se requiere primero de una amplia modificación de los ideales del sujeto, cosa que se logra durante la cura analítica. En una época (1960) Lacan decía que el sujeto advenía al fin de análisis cuando lograba realizar la travesía del fantasma. Hoy en día el concepto de fin de análisis se ha ampliado a otros objetivos adicionales, como es el concepto de <no ceder en el deseo> y lograr <ser lo que se es>. La histérica en su anhelo fantasmático busca en el Otro, a ese Otro completo, no marcado por la falta y se identifica con el objeto del deseo del Otro. El Obsesivo busca al Otro en falta, para en ficción completarlo. Estos Otros del obsesivo son intercambiables y muy erotizados. En los sujetos perversos estructurales, el sujeto se convierte en el objeto del Otro y convierte a ese Otro en un sujeto, ilusión de ser el mismo en el lugar del otro. Es decir invierte los lugares y eso va a sostener su ilusión de ser objeto de su deseo.

Capítulo 5

EL SÍNTASMA EN PSICOANÁLISIS

Es necesario aclarar algo previo sobre el fantasma fundamental. Lacan introduce claramente en 1957 su relectura de las propuestas de Freud de 1895 en relación a las fantasías sexuales reprimidas de sus pacientes histéricas. Lacan prefirió llamarlas en francés: *Fantasme* y que en español llamamos Fantasma. Luego en 1967 en el Seminario 14, sobre La lógica del Fantasma, establece que el Fantasma es sexual y de naturaleza perversa, ya que su propósito es velar [tapar] la castración. Cada sujeto construye en la temprana infancia su propio fantasma sexual. Lacan años después, muy posterior al estudio del fantasma, estudiando el trabajo de Freud titulado <Pegan a un niño>, introduce una lógica adicional: comienza a hablar de un fantasma no-sexual.

Posteriormente a su muerte Jacques Alain Miller desarrolla aún más la propuesta de Lacan, de lo que Lacan llamó entonces el <fantasma fundamental>. Se trata de una construcción fantasmática que se encuentra en la base de la constitución del sujeto y que no es de naturaleza sexual. Esa construcción fantasmática no es un síntoma y se aparta del concepto original del fantasma sexual presentado por el mismo Lacan en el Seminario 14. Por eso he utilizado otro nombre para este fantasma fundamental y me he permitido llamarlo <síntasma>¹⁶. El síntasma no es un síntoma y tampoco es un fantasma. Sin embargo está a medio camino entre ambos y además es estructural e inmodificable. La palabra <síntasma> une las dos palabras anteriores en una sola.

Constitución del síntasma

El tiempo lógico de la constitución del síntasma se ubica en la inevitable experiencia de la <falta en ser> y del <vacío interior> que ocurre en los inicios de la vida de cualquier sujeto. Son como decía Lacan marcas indelebles gravadas a fuego, que permiten al sujeto

¹⁶ Esto ocurrió en la ciudad de Caracas durante el año 1998 en el <Laboratorio de Psicoanálisis> que se realizaba todos los días lunes en mi consultorio.

ordenar el caos original. Es una identificación al <rasgo originario>. Ocurre en el momento donde el sujeto del inconsciente se constituye en objeto. Donde la cadena significativa ordena las experiencias, fundamentalmente con la circularidad propia del falo imaginario [circularidad de la función fálica].

El síntasma y lo Real

Este significante fálico también representa un punto de Real. El objeto perdido [pequeña-a] representa otro punto de Real. Su inclusión en el fantasma sexual nos permite afirmar, el decir de Lacan: allí este <objeto-a> es la única ventana que el sujeto tiene a lo real. Aquí lo Real parece desdoblarse. Por un lado en el fantasma gracias a su [pequeña-a] y por otro en el significante fálico del síntasma. Así como la [pequeña-a] es inevitable causa de deseo, también aporta con su aspecto de objeto perdido [el resto] su componente de inevitable Goce¹⁷. El ordenamiento fálico imaginario del caos inicial y del vacío interior, deja una huella de inevitable ambigüedad e incompletud que da entrada al inevitable Goce en la constitución del sujeto por el lado del síntasma. El síntasma se origina en un <ello goza> y no concierne al Otro. Por lo tanto no introduce el <yo soy> del síntoma.

Primer matema del síntasma

El sujeto del inconsciente produce un decir. Su decir está en función de algo, en función de Goce. Durante la cura analítica la libre asociación ofrece la oportunidad al analizando de examinar su producción mental. Algunas de ellas construidas a la manera del síntoma pueden abrir la posibilidad de una mayor exploración a lo reprimido. Otras, construidas a la manera del fantasma van a permitir la exploración de la sexualidad reprimida <la flor en la rama espinosa de la culpa> como decía Lacan. Algunas otras producciones del inconsciente se encuentran más allá del síntoma. Son parte del carácter constituido del sujeto. A la vez muy enraizado con lo

¹⁷ El término Goce refiere a un concepto Lacaniano que se relaciona con un monto de sufrimiento especial que el sujeto del inconsciente necesita para mantener su armonía mental.

fundamental del Goce del sujeto. Este aspecto sintasmáticos del sujeto se muestra con el ropaje de un síntoma que no hace signo a nadie y no se puede descifrar más. Por eso, en este matema, la ypsilon del síntoma se encuentra a la derecha, y no a la izquierda, como en el matema del síntoma. Lacan decía y Jacques Alain Miller también lo mantiene, que al analizando al fin de la cura se identifica al síntoma. Yo lo entiendo de la siguiente manera: Al final del análisis el sujeto conoce y acepta su síntasma. El sujeto se re-conoce en su primer significante [original] el (S1).

Lacan decía que al final teórico del análisis <el sujeto se identifica a su síntoma>. Para mí esto quiere decir que cuando el sujeto se identifica a su síntoma, acepta y conoce el ropaje, algo que está ubicado más allá de su síntoma y su fantasma y que he llamado <síntasma>. Las marcas originales de la constitución del sujeto, rasgos originarios, que podemos llamar identificaciones tempranas imaginarias, tienen una inevitable producción de Goce y se expresan en el <ello goza>. Desde el lugar del goce el sujeto puede decir y habla sobre su <yo soy>. Este <yo soy> significa que no corresponde al decir del síntoma. El síntasma obtiene su empuje en la validez de su presencia del Goce y no de la dialéctica del deseo como ocurre en el síntoma.

Síntasma y rasgo unario

El sujeto entra al mundo como objeto del deseo del otro, eso le otorga una marca inicial, un rasgo especial que Lacan llamó <unario>. Esta marca, no es un síntoma, no es un fantasma. A través de los orígenes del sujeto, este rasgo va a quedar incluido en el síntasma. Visto desde el final del análisis, el síntasma es lo que queda de la destitución subjetiva de ciertos elementos del sujeto, expresado en la pulsión, luego de atravesado el fantasma. Lo pulsional se relaciona con una nueva construcción cerca del rasgo originario, que no es síntoma, tampoco es fantasma y se sostiene en el objeto(a). Es el síntasma: <Soy lo que soy>.

SEGUNDA PARTE ELEMENTOS DE CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Capítulo 6 CLÍNICA DE LAS NEUROSIS

En la clínica psicoanalítica actual que se fundamenta en el estudio de las estructuras mentales, encontramos que el tipo de la relación que el sujeto tiene con el objeto, con la metáfora del falo y con el tipo de angustia, es lo que va a organizar la constitución de la psique en tres tipos fundamentales de estructuras inconscientes: La estructura neurótica, la psicótica y la perversa. La estructura neurótica es aquella estructura mental que se organiza bajo los efectos del mecanismo de la represión. Esto da origen a dos tipos fundamentales de neurosis: la Histeria y la Obsesión.

Sobre la Histeria

La estructura histérica se organiza [se constituye] temprano en la vida, alrededor de un otro castrado con quien el histérico se identifica¹⁸. Esto significa que el histérico se identifica con el objeto castrado. Tanto es esto así que la estructura histérica se siente incompleta y desea [a fin de sentirse completa] el falo del otro. Jacques Lacan solía decir que la 'histérica es un esclava que busca un dueño sobre quien reinar'.

Fenomenología de la histeria

(a) La personalidad histérica muestra una necesidad de seducir en sentido amplio y también en sentido sexual específico a personas de ambos sexos que tengan alguna posición de importancia según la metáfora del falo. La histeria ve en ese objeto deseable, una figura con algún poder, poseedor de un señuelo fálico, al cual desea conquistar. Necesita lograr lo más importante: su atención y más profundamente su deseo. Por eso muestran gran interés por arreglar sus propios atractivos físicos, el arreglo seductor, los adornos

¹⁸ Rómulo Lander (2004) *Experiencia Subjetiva y lógica del otro*. Ed. Psicoanalítica, Caracas (2004)

físicos y los abalorios. La constante demanda de atención, reconocimiento y aprobación. Esto transcurre con cierta inocencia e ingenuidad en donde el sujeto histérico no se da plena cuenta del intenso erotismo que es capaz de irradiar a su alrededor.

(b) La inevitable tendencia de mostrarse atractiva, de lograr ser el centro de atención, de conquistar la atención de todos y en especial de algún personaje que sostenga alguna forma de semblante fálico, portador de algún semblante imaginario de poder: fama, dinero, belleza y saber esto provoca en la personalidad histérica una tendencia a la exageración emocional o al recurso de la teatralidad mostrando un dominio natural de la escena y un dominio del como-si.

(c) El verdadero interés de la personalidad histérica no está en sí misma, ni en sus cuidadosos arreglos seductores, sino en el campo del otro, en donde se encuentra el portador de ese poder, del semblante fálico tan deseado, que sería lo que la va a hacer sentir finalmente completa y valorizada. Así, la personalidad histérica le otorga a este Otro una importancia y como consecuencia un poder sobre ella. Este objeto tiene lo que ella desea, ser atendida, querida y deseada por este Otro, portador del semblante fálico. La necesidad de la histeria es conquistar a muchos, a todos los que detentan ese falo imaginario. Por eso son exitosas en seducir hombres y mujeres. Testimonio de una tendencia natural a la bisexualidad en la histeria.

La histérica al otorgar toda esta importancia al Otro va a quedar bajo su influencia, mucho antes de que el Otro haga nada. Se encuentran completamente sometidas <al deseo del Otro> y por lo tanto se hacen sugestionables. <Una esclava que busca un amo sobre quien reinar> decía Lacan. Su relación con un Otro idealizado coloca a la histérica frente un Otro poderoso Fálico del cual anhela la atención y el afecto. <Desea ser deseada por ese otro> cayendo así inevitablemente en posición de esclava sugestionable de ese Otro fálico.

(d) La histeria tiene conflictos con sus deseos sexuales. Inicialmente a comienzos de siglo 20 la incapacidad e inhibición sexual del

sujeto histérico era mayúscula. El contraste entre sus capacidades de seducción y su no disponibilidad, ni capacidad de entrega sexual, eran dramáticos. De allí los diversos clichés de seduce y frustra y 'tengo y no te doy'. Este aspecto de su personalidad testimonian sólo a un grupo de las histerias: aquellas con una represión de la pulsión sexual.

Otro grupo de histerias más frecuentes hoy en día son capaces de seducir y entregarse al acto sexual, aunque con ciertos temores y ciertas limitaciones en la habilidad y la capacidad de esa entrega sexual. Aparecen problemas de dolor en la penetración sexual, frigidez y dificultad en la excitación. A veces aparece la falta de orgasmo.

(e) La característica principal que tienen tanto la histeria masculina y femenina consiste en estar identificada desde muy temprano en la vida con un objeto castrado de su mismo sexo. Esto va a sostener el sentimiento de ser incompleta o incompleto. Le atribuye a la ausencia del falo un significado humillante e inaceptable. A pesar de esto, la identificación sexual con su mismo sexo no es ambigua, pero se establece sobre un objeto desvalorizado. De allí que trate de disimular su falta a través de la nueva búsqueda identificatoria con un modelo ideal, valorizado y fálico. Encontrar un ideal de mujer en el caso de las mujeres. Por lo tanto la escogencia de objeto sexual de predominio heterosexual es por lo tanto ambivalente en las mujeres con presencia de elementos homosexuales reprimidos. Este elemento es más fuerte en las histerias de predominio narcisista. Por eso encontramos con frecuencia en la clínica que el semblante fálico que podría ser un hombre o una mujer, las puede conducir a una actividad sexual que llamaríamos bisexual muy común en nuestros días.

Los aspectos estructurales

(a) Las características de búsqueda de aprobación y reconocimiento, la conducta de seducción, la preocupación exagerada por los atractivos físicos propios que va dirigida a figuras de aparente importancia fálica, poder, fama o dinero, se sostienen porque la estructura propone que el sujeto de histeria desea ser deseado por un

otro fálico que es el otro portador del falo idealizado. La riqueza, la fama, el poder y la belleza, representan el falo imaginario. Por eso el sujeto de la histeria cuida su cuerpo, su dieta, su piel, su apariencia, desarrolla su habilidad seductora y de teatralidad. En este sentido no tolera la frustración sin caer en desesperación.

(b) Otra característica del sujeto histérico es la sugestionabilidad. La estructura sostiene que el sujeto de histeria está constituido en la identificación con un otro castrado, de allí que desea ser deseado por un otro portador del falo idealizado que en ficción lo completaría. Su deseo de ser deseado por ese otro fálico es tan imperativo, que se somete a la voluntad de un amo, el otro fálico quedando en posición pasiva de sugestionabilidad inevitable.

(c) Sobre la represión de la pulsión sexual visto desde la estructura: La condición del otro imaginario castrado con el cual se va a identificar el sujeto histérico en el eje narcisista, está dada por la represión del trauma Edípico sexual infantil. La figura del falo en negativo que representa a la castración y la falta, está relacionada en la histeria con la sexualidad reprimida. La puesta en acto de la falta desencadena la angustia. El despliegue histérico de la seducción, teatralidad, emocionalidad y sugestión taponan la falta y así alivia la angustia. Manteniéndose exitosamente reprimida la sexualidad.

(d) En la histeria hay un cierto déficit en la identificación sexual narcisista con el objeto del mismo sexo que percibe como castrado. La solución histérica a este drama es crear en el campo del otro un falo idealizado del cual desea ser deseada. La escogencia de objeto sexual en este cierto defecto identificatorio narcisista que generalmente es heterosexual, deja un resto de duda con el objeto del mismo sexo. Se abre así la posibilidad de los aspectos bisexuales en la histeria, con algunos empujes a la homosexualidad latente. Recordemos el caso de Dora y su deseo reprimido por la Señora K. Cuando en diversos momentos cede la represión, allí aparece el conflicto y la angustia.

Los dos tipos de histeria: (N/e) y (n/E)

Si introducimos ahora la teoría de los dos ejes de la constitución del sujeto: eje narcisista o imaginario y eje Edípico o simbólico¹⁹ podemos teorizar sobre la estructura histérica. Estos dos ejes van a producir una alternativa constitutiva con un predominio de funcionamiento de un tipo o de otro. Esto implica la presencia de mecanismos mentales propios de uno u otro eje. Si uno de estos ejes se constituye en la temprana infancia con ciertas carencias o traumas serios, estos acontecimientos infortunados pasan a hacer un efecto en la constitución de la psique. En ese caso el eje narcisista se va a hacer el eje dominante de funcionamiento en la vida. A diferencia de que la psique que se constituya a predominio del eje Edípico cuando el sujeto no tuvo tantas dificultades o traumas históricos en ese periodo tan temprano del desarrollo.

Si utilizamos la letra [N] para denominar el predominio del eje narcisista y la [n] para denominar el no-predominio de dicho eje y utilizamos la letra [E] para denominar el predominio del eje Edípico y la letra [e] para denominar el no-predominio dicho eje, podemos decir entonces, que el caso Dora que fue una histeria de predominio narcisista, se puede formular así: [N/e]. Es decir una histeria donde existe un predominio del <eje narcisista> sobre el <eje Edípico>. En otro caso podemos encontrar: [n/E]. Lo cual quiere decir una histeria con predominio Edípico.

La Locura histérica

Cuando el sujeto estructurado como histérico con un predominio narcisista [N/e] y con esto quiero decir: que debido a su historia infantil y a la presencia de serias carencias y traumas en la temprana infancia, va a funcionar principalmente en el <eje narcisista>. Entonces ese tipo de histerias narcisistas responde a ciertos tipos de situaciones traumáticas de la vida con un estado de impotencia, en donde opera con la ley del todo o nada. Con la identificación

¹⁹ La teoría de los dos ejes se encuentra referida con detalle en la descripción del Grafo Lambda. Aparece en el tomo 1 de los Escritos de Jacques Lacan en la página 47. Una versión simplificada se encuentra en el capítulo 3 sobre <La constitución del Sujeto> que aparece en el libro: <Experiencia Subjetiva y lógica del otro> de Rómulo Lander publicado en Caracas en el 2004.

masiva con el Otro y con el predominio de un funcionamiento mental con los ideales más primitivos: [yo-ideal].

El Otro en posición de amo

Con esto quiero decir lo siguiente. El predominio narcisista de este tipo de personalidad va a colocar el falo metafórico en la figura del Otro. Este otro queda así en posición de <amo>. Esta posición se mantiene en una forma muy rígida, como si fuera permanente. Si por las circunstancias de la vida el sujeto histérico es expuesto a una situación de imperfección y fracaso de ese amo, este <amo> queda entonces castrado. La doble castración, del sujeto histérico y del amo, desata un ataque de angustia inmanejable. Se pierde la capacidad de discriminación entre el sujeto y el objeto. Se pierde el sentido de la adecuación con la realidad social con su consecuente pérdida del juicio de realidad. La omnipotencia se instala en acto y pueden aparecer alucinaciones visuales y auditivas. Este estado de locura histérica en la década de los años cincuenta se llamaban <psicosis funcionales> para diferenciarlas de las psicosis de proceso o llamadas esquizofrénicas.

Crisis disociativa

Las crisis disociativas histéricas pertenecen a esta estructura clínica histérica y son muy similares a las locuras histéricas con una clínica menos dramática y una duración más breve. La lógica de la estructura es la misma y no tiene nada que ver con la estructura de la psicosis esquizofrénica que como veremos corresponde a otro orden de fenómenos, con la presencia de otros mecanismos mentales.

Sobre las Obsesiones

La estructura obsesiva se organiza temprano en la vida alrededor de un otro no-castrado. El obsesivo se identifica con un otro fálico. De esta manera la estructura obsesiva se siente completa y en el control de su vida, ellos sienten que tienen las cualidades poderosas de falo. El deseo del obsesivo será generoso ya que desean completar la carencia en el otro. Pero ellos viven en una paradoja: El sentimiento obsesivo de completud cierra, obtura, su falta, por lo tanto cierra el campo de deseo. Nosotros debemos recordar que el deseo

se origina en la experiencia de una falta. Para las estructuras obsesivas las promesas dadas en buena fe, acaban en la nada. Jacques Lacan solía decir que 'el obsesivo es un amo que no puede evitar de ser un esclavo'.

La histerización en el obsesivo

La clínica obsesiva incluye un fenómeno llamado de histerización de la obsesión. Esto se explica porque la metáfora del falo, ser el falo, presente en la constitución de la estructura obsesiva, ocasionalmente se negativiza por identificación con el Otro castrado. Así estando en falta, el obsesivo mantiene la dialéctica del <deseo del deseo del otro>. Las manifestaciones histéricas más comunes en la clínica del obsesivo son las fobias y las preocupaciones psicósomáticas. El fenómeno de la histerización cae sobre el síntoma porque para devenir analizable el síntoma debe tomar una envoltura histérica. Por esa vía, entra en la dialéctica del diálogo analítico. El analizante acepta que algo no está bien y comienza a hablar de su síntoma. Histerizar el síntoma obsesivo quiere decir que el obsesivo entra en falta comprometiéndose frente a otro, a quien le otorga un saber. Así aparece el analista. El obsesivo quien es el poseedor del falo, resiste esta posición histerizada de falo negativo, es decir castrada. Solo después que se histeriza es que puede instalarse el dispositivo analítico, mientras tanto, será solo un paciente que resiste instalar el síntoma y resiste analizarse. Es el sujeto que dice no necesitar nada y mucho menos a un analista. Hasta que se histeriza.

Fenomenología de la neurosis obsesiva

La personalidad obsesiva es descrita como de inteligencia superior, presente en los sujetos hombres o mujeres fálicos, descritos como ordenados, controlados y muy en secreto sensibles a la frustración. Expresan opiniones claras y fuertes a pesar de mostrar indecisión en ciertas áreas. Su necesidad de perfeccionismo se completa con una preocupación por los detalles. El cuadro clínico, fenomenológico del carácter y de las neurosis obsesivas, cubre una amplia gama de manifestaciones:

(a) Presenta ideas obsesivas que consisten en la intrusión en la conciencia de pensamientos que no son bienvenidos. Ejemplo de esto lo encontramos en las ideas de temor a la muerte de un ser muy cercano. O el pensamiento de una madre de matar a su hijo querido. O de un esposo de matar a su esposa amada. Estas ideas o deseos, producen angustia y por tanto las tratan de rechazar infructuosamente. Individuos religiosos sufren de pensamientos obscenos en medio de una oración. Estas ideas obsesivas tienen tres características: <No son deseadas, no son comprendidas y no pueden ser rechazadas>.

(b) Presentan ideas cabalísticas que testimonian la presencia de supersticiones, en la cual el temor a una desgracia se neutraliza con un pensamiento o acto de naturaleza mágica: contar tres veces tres, hacer el signo de la cruz, rezar alguna oración, etc. Este síntoma se sostiene en el mecanismo psíquico de la anulación. Muchos de los amuletos y de los rituales religiosos tienen que ver con este mecanismo, en donde lo maligno, lo destructivo y lo agresivo, queda neutralizado, impedido o deshecho, gracias a un pensamiento, un acto ritual religioso, cabalístico o a un amuleto.

(c) Las dudas obsesivas aparecen en el campo del pensamiento como una indecisión. Dudas repetidas de haber efectuado bien o mal una actividad cualquiera. Dudas sobre haber cerrado la puerta, apagado la luz, o cerrado el gas. Estos actos a veces son llamados rituales de seguridad compulsiva. La duda es ocasionalmente tan intensa que puede obstaculizar el desempeño de un trabajo cualquiera. En el pensamiento aparece la procrastinación o rumiación, que consiste en darle vuelta y vuelta a las mismas ideas.

(d) Los rituales compulsivos se refieren a actos que no pueden dejar de realizarse porque aparece un pequeño ataque de angustia. El acto en sí, alivia la angustia: aparecen los rituales de limpieza, actos ceremoniales, actos mágicos y cabalísticos y la exageración de la rigidez en la rutina diaria. Ideas de que las manos están sucias y necesitan lavárselas repetidamente. A veces consideran sucios sus trajes o sus muebles y se ven obligados a realizar operativos de limpieza larga y complicada.

(e) La necesidad de control aparece como una posesión de la conducta del otro, que está relacionada con el perfeccionismo y necesidad de imponer un orden, que en caso de perderse aparece la angustia. El obsesivo va a invertir mucha energía para que al Otro no le falta nada. El universo del Otro debe permanecer ordenado. El obsesivo dice: <a ella no le falta nada, lo tiene todo> <pide y serás complacida, mi amor>. En la medida en que el obsesivo se ocupa de todo y al encontrarse satisfecho el otro, ya no tiene nada que demandar.

Es conocido por todos, la importancia que tiene para el obsesivo el asunto de la pérdida. Perder algo, lo remite a la lógica de la falta es decir al falo negativo o ausente, que le es insoportable. Por lo tanto es muy importante no perder nada. Para evitar enfrentarse con la pérdida se hace necesario satisfacer el deseo del Otro, produciendo su plenitud. Por eso la demanda del histérico que testimonia su falta, es satisfecha inevitablemente y satisfactoriamente por el obsesivo.

El obsesivo se ajusta a normas rígidas de conducta y a un orden estricto de todo lo que le rodea. Los muebles de una habitación deben estar colocados en cierta forma, a veces en forma simétrica. En las paredes no puede haber cuadros inclinados. Al caminar no pueden pisar la unión de las baldosas. Todos estos ejemplos son metáforas de la falta, de lo imperfecto. A veces no pueden deshacerse de objetos inservibles por el apego al objeto y el temor a perder algo. Padecen de un apego al dinero y a las cosas. Muestran una dificultad para la generosidad, relacionado con la analidad, en su aspecto anal retentivo y de control de las pérdidas.

(f) Muestran sentimientos de culpabilidad relacionados con la necesidad de perfección y a una moralidad de tipo exagerada, a veces primitiva. Cuando falta a sus principios en lo cotidiano, aparece la angustia y la culpabilidad. El empuje incesante a reparar el daño fantasmático produce lo que se ha llamado <la deuda impagable>.

(g) En la neurosis obsesiva la actividad sexual no se encuentra impedida. Al contrario, los obsesivos sienten cierto orgullo por su gran capacidad sexual de satisfacer una y otra vez a la pareja, a la

que en metáfora se encuentra en falta. Hablan de sus habilidades y de sus éxitos sexuales.

En algunos casos los rituales de limpieza del obsesivo, su inevitable necesidad de orden o de realización de actos ceremoniales interfiere parcialmente con la realización del acto sexual. El obsesivo satisface la falta en el Otro, por eso goza con el goce del Otro. Goce neurótico, muy diferente al goce del perverso que goza en el lugar del Otro.

El obsesivo entra en una paradoja: desea satisfacer al Otro en su falta, pasando así a ser todo para el Otro. Al ser todo para el Otro, cierra el campo de la falta y por lo tanto, cierra el campo del deseo en sí mismo, ya que el deseo siempre va a surgir de la falta. Si no hay falta, no hay deseo. Con el objeto de abrir un espacio al deseo, lo cual implica darle un espacio a la falta, el obsesivo termina no siendo nada. Se descalifica a sí mismo en la dialéctica del deseo. De nada valen los juramentos y las ofertas, todos ellos ofrecidos en buena Fe. El obsesivo tiene que abrir un espacio a la falta, para luego obturarla. Esa es su paradoja. <Es un Rey que no puede dejar de ser un esclavo>.

(h) Así como los histéricos son muy temerosos de hablar o de estar en presencia de la muerte, porque esta representa al falo negativo, los obsesivos toleran la presencia de la muerte, e incluso hablan libremente sobre ella, y piensan sobre su propia muerte sin temor. Lacan decía que el obsesivo que cree poseer el falo, cree tener mil artimañas para engañar a la muerte.

Estructura de la neurosis obsesiva

Al igual que en la histeria, la estructura del obsesivo se organiza dependiendo de su posición ante el problema de la lógica del falo y de la castración. El obsesivo cree tener un falo. Cree tener el poder y sus virtudes. Así la proposición de la estructura obsesiva dice así: 'Sujeto del inconsciente constituido por la identificación narcisista imaginaria con un otro completo no-castrado, es decir fálico. Así este sujeto obsesivo es portador de un falo positivo. Se dirige a un otro castrado quien le demanda cosas, las cuales este sujeto no

puede resistir de complacer. La angustia aparece en cualquier momento en que ve amenazada su ilusión de tener el objeto fálico’.

Aplicación y validación clínica

Insisto en que toda propuesta estructural, que en el fondo siempre es teórica y arbitraria: debe validarse en el campo de la clínica.

(a) La angustia: La angustia en el obsesivo aparece toda vez que en su relación con el otro aparece por identificación como un ser castrado. Al perder la ilusión de amo, fálico y poderoso entra en angustia: angustia de fracaso, también llamada de castración. La estructura propone que el sujeto obsesivo está constituido sobre la ilusión de completud, portador del falo positivo. La castración va a estar ubicada por proyección en la figura del otro.

(b) El síntoma: El síntoma como una construcción del inconsciente se propone disminuir la angustia de castración y lograr satisfacer ciertos elementos de pulsión. Los síntomas de rituales compulsivos, como son los actos ceremoniales y actos mágicos, al igual que los síntomas que implican control del objeto, son producidos por la necesidad de restituir el falo perdido. El síntoma coloca al sujeto en posición de poder y por lo tanto de falo positivo. Es el sujeto de poder fálico el que puede controlar el mundo con las ideas cabalísticas, actos mágicos y ceremoniales obsesivos, es decir restituye su posición de poseedor del falo. Esto a la vez atrapa al obsesivo en la enfermedad de la duda, porque al realizar el ceremonial obsesivo o el acto mágico y restituir así la posesión del falo positivo, vuelve de nuevo a dudar de su eficacia. La duda lo lleva de nuevo al acto de reasegurar la posesión del falo, a través de la realización una y otra vez del acto obsesivo.

(c) La culpa: Los sentimientos de culpabilidad están relacionados con la identificación a un yo ideal con un otro no castrado. La imperfección en el ejercicio de lo cotidiano aumenta la tensión con el ideal, produciendo agudos sentimientos de culpabilidad. En la estructura obsesiva la constitución del sujeto por identificación con un ideal fálico da cuenta de este sentimiento agudo de culpabilidad. Durante el período Edípico este ideal de conducta es vulnerado por

el componente incestuoso y parricida del niño. Se instala una deuda con el padre proveniente del deseo parricida. Es una deuda en ficción que nunca podrá pagarse.

(d) La estabilidad: Mientras el sujeto obsesivo se mantiene en la posición de Amo, sabiéndose completo y portador del falo, el sujeto se encuentra neuróticamente estabilizado.

La relación con el otro va a romper esta estabilidad. Esta relación con el otro es una relación en el campo subjetivo del otro. Es una posición relativa topológica del sujeto con el objeto, es decir el otro. Por lo tanto es un otro del inconsciente que por proyección se coloca en un objeto externo. La relación del sujeto obsesivo con este otro no fálico, que sí lleva la marca de la castración y que le pide amor, sexo y ayuda, el obsesivo no puede por razones de estructura, negarse, y así va a poner al sujeto obsesivo a prueba. Lo que está a prueba es su posición de portador del falo. Si falla en la prueba aparece la angustia de castración y se precipitan los síntomas.

(e) La vida sexual: La actividad sexual del obsesivo generalmente es abundante. El sujeto obsesivo está orgulloso de su capacidad sexual. La estructura da cuenta de esto al proponer al sujeto obsesivo como identificado con un falo positivo, que estructuralmente lo obliga a colocar la castración en el otro. Si el otro está castrado puede pedir y si pide es porque está castrado. Por lo tanto para mantener la castración en el otro y sostener su posición de amo fálico, el sujeto obsesivo tiene forzosamente que satisfacer el pedido del otro, el que se encuentra en falta.

Capítulo 7
CLÍNICA DE LAS PSICOSIS

Así como las neurosis se constituyen a través del mecanismo metal básico de la represión, las psicosis esquizofrénicas se constituyen, utilizando otro mecanismo mental básico llamado la forclusión. En este capítulo presentaré brevemente diversas ideas a tener en cuenta, cuando se trabaja en Psicoterapia Psicoanalítica de forma ambulatoria, con los pacientes psicóticos recuperados. Los psicóticos que se atiende a nivel ambulatorio, son aquellos psicóticos esquizofrénicos ya recuperados del colapso mental producido por la inmensa angustia psicótica. O bien son aquellos que nunca han tenido aún un colapso metal psicótico. Estos casos cuando asisten a nuestra consulta lucen tal como un neurótico pero muestran en su conducta ciertos síntomas que llamamos mínimos, que nos hacen pensar en los fenómenos elementales propios de la estructura psicótica. Por eso es necesario mostrar en este Manual las características del psicótico compensado en condición ambulatoria y mostrar las posibilidades de ayuda que nos deja abierto el dialogo psicoanalítico con este tipo de pacientes.

El diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial es necesario distinguir entre la clínica psicótica de la histeria y la clínica psicótica de la esquizofrenia. La histeria en su momento psicótico puede producir alucinaciones auditivas y visuales. Igualmente puede presentar pensamiento delirante franco. El cuadro de personalidad previa y el desencadenante del episodio psicótico ayuda a establecer la diferencia entre una y otra clínica. Lo más difícil de diagnosticar en la clínica psicoanalítica es la presencia de una estructura psicótica esquizofrénica compensada. Es decir, previa a la crisis psicótica, estas personas se muestran estabilizadas y con una apariencia sintomática neurótica. Distinguir esta estructura psicótica disfrazada de neurosis, de una estructura neurótica verdadera, no es nada fácil. Solo se nos aclara la diferencia cuando conocemos los mecanismos psíquicos que corresponden con la estructura psicótica esquizofrénica.

Forclusión del nombre del padre

Refiere a la no-inscripción del significante del nombre del padre. Es decir, se forcluye su inscripción. Lacan decía que en la infancia, es la madre, la que introduce al niño en la metáfora paterna. Para hacer esto la madre necesita tener inscrita ella misma, una estructura triangular en su mente. Si la madre es dual narcisista en su estructura, ella no podrá ofrecer la metáfora paterna en la psique de su hijo. Esto no tiene nada que ver con la presencia encarnada del padre en el hogar. Este encuentro metafórico ocurre con o sin la presencia del padre encarnado. Lo que va a permitir la inscripción es la estructura psíquica materna, o quién haga las veces de sustituta. En oportunidades el niño inscribe el <nombre del padre> gracias a la presencia de otra figura sustitutiva materna. Otras veces la mente del padre es dual narcisista y reemplaza a la madre en el lugar materno.

La afirmación: Bejahum

Corresponde a un mecanismo temprano descrito por Freud y retomado por Lacan, que refiere a la afirmación, que en el alemán de Freud se denominó: Bejahum. Cuando el niño con su llanto encuentra al mundo y viceversa, este llanto es transformado en mensaje por el otro. Esto ocurre cuando el niño es entendido y atendido en su necesidad afectiva y primitiva. Esta acción del llanto es la primera afirmación, primera Bejahum. En esta primera afirmación se inscribe el primer significante y se inaugura la vida psíquica del sujeto.

Posteriormente el niño pasa a una segunda afirmación, la llamada segunda Bejahum, que refiere a la oposición que desarrolla el niño pequeño. Se trata del <periodo del no> que en el fondo es un 'no' afirmativo. Es cuando el niño de quince meses dice 'no' a todo. Esto ocurre cuando aparece en su mente la figura de otro y la capacidad de discriminación sujeto-objeto. Esta segunda afirmación es muy importante porque rescata al niño y a la madre del atrapamiento dual materno. Esta triangularidad solo es posible cuando quedó inscrito el significante del nombre del padre y el sujeto se inaugura en la neurosis. Si esto no ocurre en su momento oportuno de la constitución psíquica del sujeto, entonces no va a ser posible que se inscriba en un momento futuro. La estructura con su correspon-

diente forclusión estaría gravada a fuego y no se transforma en otra estructura.

La tercera afirmación ocurre en la estructura neurótica cuando el sujeto utiliza el pasaje al acto o el acting out, para lograr afirmar la presencia de sus alegatos. Corresponde a los actos de rebeldía que son una tercera forma de lograr la importante afirmación del sujeto. El conocimiento se adquiere no solo con la conciencia de la experiencia sino también con el reconocimiento que el otro hace de la experiencia del sujeto.

Fenómenos elementales

Estos fenómenos elementales corresponden a la marca esquizofrénica. Es el fenómeno mínimo que caracteriza a la estructura psicótica esquizofrénica estabilizada. Son detectables en la entrevista. Son de difícil lectura y reconocimiento ya que son casi imperceptibles y requieren de una habilidad clínica especial para detectarlos. En lo personal he aislado seis tipos de fenómenos elementales: (a) El empuje a ser el otro sexo, al cual Lacan le decía: <empuje a la mujer> (b) La ausencia del shifter (c) El otro como <la cosa en sí> (d) La genitalidad sin sujeto (e) El mar de Goce (f) La ambigüedad en la escogencia de objeto sexual

(a) El empuje al otro sexo

El sujeto constituido con una estructura psicótica esquizofrénica va a tener dificultades en establecer su identidad sexual. Sabemos que la identidad sexual humana es precoz ya que se adquiere temprano en la vida. Es aprendida por identificación al discurso de los padres que nominan al niño en su género sexual. Esta identidad sexual adquirida tiene convicción y certeza y es irreversible después de cierta época. Esto ocurre entre los cuatro y los cinco años de edad. El sujeto psicótico esquizofrénico compensado o estabilizado va a tener dificultades en esta certeza y presenta ambigüedad en su identidad sexual. A veces sujetos varones refieren que partes o aspectos de su cuerpo son de mujer. No es un problema transexual. Conocen y aceptan su sexo, pero aseguran tener en su cuerpo aspectos del sexo opuesto. Esto es observable en la clínica del psicótico estabilizado que funciona con una envoltura neurótica.

Un analizando mío afirmaba que al caminar la parte posterior de su cuerpo, <que él no podía ver> era de mujer. Supe de otro analizando que al correr estaba convencido <que corría como una niña> es decir como una mujer y no podía evitarlo. Estos fenómenos tienen que ser cuidadosamente evaluados, sin concluir apresuradamente ya que la presencia en la clínica de uno u otro fenómeno elemental puede llevar al analista al error de creer que está trabajando con una estructura psicótica cuando no es así.

(b) Ausencia de shifter

La idea del Shifter fue tomada por Lacan de una propuesta del lingüista ruso Roman Jakobson. Originalmente es una figura de la sintaxis gramatical. Lacan la toma libremente para referirse a una dificultad en la producción del discurso en el psicótico esquizofrénico. Yo la entiendo y la utilizo de la siguiente manera: Es una capacidad del yo de deslizar, de hacer metonimia en el discurso, en la relación con el otro. La presencia del shifter que en español significa 'embrague' va a permitir que el sujeto neurótico no esquizofrénico pueda bromear, vacilar en el decir, zafarse del discurso del otro, e incluso pueda mentir. La ausencia del shifter introduce una rigidez en el discurso, con escasa o nula flexibilidad. Muestran una marcada dificultad de relacionarse con el otro. Dificultad de establecer un <lazo social>. Constituye lo que Lacan llamó un fenómeno elemental en la estructura psicótica.

Lacan decía, que estas estructuras son incapaces de mentir. Lo cual dificulta la relación social al impedir la necesaria hipocresía social. Para mentir se necesita el shifter. Precisamente el neurótico se caracteriza por su capacidad de mentir. La rigidez de discurso debido a la ausencia de shifter no tiene nada que ver con la rigidez de las ideas obsesivas. Por eso ha sido llamada <la marca esquizofrénica>. Muy difícil de detectar en la entrevista. Solo se detecta en la espontánea descripción de la relación con el otro, donde existe la tiranía o dominio del discurso del otro del inconsciente, escenificado en el vínculo social. Un analizando pasaba enormes dificultades para pedir una café marrón en medio de una abundante clientela del café donde solía asistir. Finalmente se indignaba y la pedida del café, en medio de tanta competencia, se convertía en un acto de violencia inapropiado.

(c) El otro como un amo

Esta dificultad tan especial con el deslizamiento del significante por la dificultad en el uso de 'la metonimia' en el lenguaje, provoca una tiranía del otro sobre el sujeto. El sujeto con una estructura psicótica se relaciona con el otro sin relativizar la relación social. Percibe al Otro como si fuera su amo. El sujeto queda atrapado en un discurso tiránico o también llamado por mí <discurso de dominio> que no es el <discurso del amo> que Lacan describiera en sus ya clásicos cuatro discursos²⁰. Muchas veces el <discurso de dominio> instala en la transferencia un vínculo tiránico donde el analista es percibido como inflexible y dominador. A veces provoca un impasse psicoanalítico.

(d) Genitalidad sin sujeto

La organización sexual del sujeto que tiene una estructura psicótica esquizofrénica: es precaria. Como ya vimos, la identidad sexual es deficiente y extraña. Existe como ya vimos el empuje a ser el sexo opuesto en donde el sujeto cree tener partes físicas del otro sexo. La escogencia del objeto sexual también puede ser deficiente lo cual produce una cierta ambigüedad en el objeto sexual que excita. Las dificultades en la relación con el otro aparecen dentro del orden del lenguaje. Como ya he descrito dificulta la relación de amor que es generalmente unidireccional, platónica y autista.

En esta estructura psicótica existe la capacidad para la entrega pulsional sexual con orgasmo. Sin embargo viven la experiencia sexual como un autómata. El partenaire, la pareja, refiere haber tenido una experiencia sexual rara, como tener sexo con un robot. A estos sujetos les es muy difícil mantener una relación de romance, precisamente por la ausencia del shifter y viven su vida sexual utilizando encuentros ocasionales con profesionales del sexo, con las cuales tienen una sexualidad orgásmica de tipo robótica.

²⁰ En el <Discurso del Amo> el sujeto aparece después que ha hablado. El sujeto que ya habló, aparece en su decir, como un amo. Es el <efecto> de su discurso lo que lo ubica como un Amo. En el <discurso de dominio> antes de hablar, el sujeto percibe al <otro social> como un amo, sin mediar el efecto del decir.

(e) El mar de goce

El Goce es concepto introducido por Lacan, refiere a <un monto de sufrimiento> en el sujeto. No tiene nada que ver con el masoquismo Freudiano. El sujeto al estructurarse en el lugar del otro y en una falta constitutiva, no podrá evitar participar durante toda su vida de un cierto monto de sufrimiento o goce. Este goce tiene como fin mantener la estabilidad psíquica. Lacan lo llamó <Goce> inspirado en el texto freudiano que plantea un 'Más allá del Principio del Placer'.

La estructura psicótica con todas sus insuficiencias constitutivas, tiene un incremento enorme en el monto de goce necesario para mantener su homeostasis o equilibrio psíquico. Lacan lo denominó <el mar de Goce del psicótico>.

(f) Ambigüedad en la escogencia de objeto sexual

Este tipo de sujeto muestra serias dificultades en su capacidad de establecer un sentimiento de identidad sexual que tenga estabilidad y convicción. Igual dificultad va a encontrar con su escogencia de objeto sexual. Así pues en estos casos vamos a encontrar que no hay convicción, ni certeza en la identidad sexual, ni tampoco en la escogencia de objeto sexual. Es cierto que disfrutan del sexo, si se cumplen ciertas condiciones particulares para cada caso. Además disfrutan de una capacidad orgásmica. Sin embargo su funcionamiento sexual dependerá mucho de la demanda del otro. Sus sentimientos de ser hombre o mujer pueden variar según sea el pedido del otro. Sus actos homosexuales o heterosexuales también dependerán de la demanda del otro. Por lo tanto encontramos en la clínica actividad bisexual explicable por una ambigüedad en la escogencia del objeto de deseo sexual.

La producción psicótica

Cuando el sujeto estructurado como psicótico pierde su estabilización, aparecen los síntomas propios de la psicosis esquizofrénica. Aparecen trastornos profundos en la sensopercepción con alucinaciones y trastornos en el pensamiento con la aparición del delirio esquizofrénico. Las alucinaciones representan un regreso desde lo

real, de aquello que para el psicótico no es simbolizable. El delirio son síntomas curativos, síntomas de restitución, que tienen el propósito de aliviar la angustia de desintegración y de caos. Lacan decía que en ese episodio se habían soltado los tres órdenes de la proposición del RSI, es decir tres anillos RSI del nudo Borromeo. El delirio intenta anudarlos de nuevo. Es decir el delirio como algo curativo es visto como una prótesis o suplencia imaginaria, que al actuar como un cuarto nudo, anuda de nuevo los tres órdenes [RSI].

El fuera de discurso

El delirio es un lenguaje que se encuentra <fuera de discurso>. Un lenguaje donde la letra se puede tomar como cosa. En ese caso la angustia del fuera de discurso se calma con la aparición de la metáfora delirante. El delirio que se caracteriza por su certeza y que representa un intento de restitución del <fuera de discurso> y trata de lograr una cierta estabilidad psíquica.

Los dos tipos de suplencia

La suplencia refiere a una fabricación psíquica a un constructo que a veces luce como un síntoma que pretende mantener unido los tres órdenes [RSI]. La suplencia en el imaginario son creencias fundamentalistas que sirven de grapa o cuarto nudo, entre el imaginario y el simbólico. Lo llamamos la prótesis imaginaria. La prótesis imaginaria <sujeta la palabra al lenguaje>. La construcción delirante con su correspondiente certeza, que se encuentra ubicada entre el simbólico y el imaginario, va a funcionar como una suplencia y la llamamos <la metáfora delirante>. Los síntomas dentro del orden de la compulsión: bulimia, anorexia y drogas pueden estar ejerciendo la función de suplencia. Por lo tanto es necesario tener cautela en el momento de trabajar analíticamente con estos pacientes que esconden una estructura psicótica esquizofrénica. Si se libera del síntoma grapa, es decir se elimina la suplencia, se puede desencadenar el cuadro clínico psicótico esquizofrénico.

Desencadenante de la crisis psicótica

Las crisis de angustia de un psicótico estabilizado no representan un peligro de desestabilización. A veces se hace difícil precisar el desencadenante. En lo personal he encontrado dos factores desen-

cadena de la crisis psicótica esquizofrénica>: (a) La <sensibilidad al rechazo> que tiene la estructura psicótica (b) <La imposibilidad> de ocupar dentro del orden simbólico el lugar del padre. Lacan hablaba de los episodios de paranoia desencadenados por sentimientos de culpabilidad. Aquí es necesario aclarar que la <paranoia lúcida> no es y no corresponde con una estructura psicótica esquizofrénica. Además la paranoia lúcida psicótica tiene algo inscrito en el lugar del nombre del padre y propongo que corresponde con una doble inscripción de la función materna. La figura paterna surge como un objeto asesino.

(a) Intolerancia al rechazo

El neurótico tiene una particular capacidad en tolerar la frustración de su deseo y el rechazo del otro. En cambio el psicótico tiene la particular dificultad de no poder tolerar ninguna forma de rechazo proveniente del otro social. El psicótico va a equiparar al otro de su inconsciente con el otro social. La presencia del rechazo hace que el otro social fálico, lo deja en la nada. El rechazo puede ser directo o indirecto, explícito o implícito. El sujeto psicótico tiene una particular sensibilidad para detectar la aceptación y el rechazo. La angustia de estar en la nada, puede producir el desencadenamiento de un episodio psicótico esquizofrénico.

(b) Ocupar el lugar del padre

El neurótico anhela poder ocupar el lugar del padre. Anhela su recién adquirido falo simbólico. Su temor será siempre de perderlo. El sujeto psicótico esquizofrénico, compensado y estabilizado, cuando ocupa en el fenómeno social el lugar fálico [lugar de autoridad] que es el lugar del padre, se le hace intolerable. Por estar forcluido [no inscrito] ese lugar en su mente, el sujeto psicótico no puede funcionar en ese lugar. La angustia es tan grande que desarma cualquier suplencia imaginaria que tenía instalada antes de la crisis psicótica. Recordemos que el Presidente Schreber inicia su episodio psicótico esquizofrénico, cuando es ascendido a la Presidencia de la corte de Justicia de Dresden, es decir cuando asciende al lugar del padre.

Sentido de la cura

Sabemos que la estructura psíquica inconsciente del sujeto, no cambia de una estructura a otra. No es posible pensar, que una estructura neurótica, cambie a ser una estructura perversa o a una estructura psicótica esquizofrénica y viceversa. El 'sentido de la cura' en el análisis está en lograr que el <sujeto se realice a sí mismo dentro de su propia estructura>. Wilfred Bion decía que el objetivo del análisis es <ser lo que se es>. Lacan decía: <actuar en conformidad con el deseo>. Lo cual es lo mismo. En el sujeto con una estructura psicótica, no puede escapar de ser lo que es. Puede aspirar a la compensación, a la estabilización, a funcionar con un ropaje neurótico. Llegar a ser, un ser que funciona socialmente, algo excéntrico o raro, pero funcional.

Por lo tanto el sentido de la cura está en ayudar al sujeto a restituir una prótesis imaginaria, y por esta vía de la suplencia, llegar a una nueva estabilización. La estrategia del analista es especial en estos casos en los cuales se supone tienen una estructura psicótica estabilizada. En estos casos es necesario interpretar la transferencia muy poco, o nada. Si se hacen interpretaciones el analizando 'estabilizado' se pueden sentir acusado o algo peor: rechazado.

Es preferible estar muy atento a las necesidades de reconfirmación de sus actos de afirmación que lo mantienen estabilizados. Hacer intervenciones que <reordenan y en cierta forma repiten> lo que el analizando ha tratado de decir. Por ejemplo: <Ud. me dice que está muy disgustado con su madre> que en cierta forma es lo mismo que el paciente acaba de decir. Esta estrategia afirma su decir.

Capítulo 8

CLÍNICA DE LAS FOBIAS

Presentaré una visión personal de este problema clínico psicoanalítico. Pienso que las fobias pueden aparecer en cualquiera de las tres estructuras clínicas inconscientes. La mayoría de las fobias no son una estructura psíquica por sí misma. Las fobias son un síntoma y expresan la forma como la mente se defiende y logra adquirir un cierto equilibrio psíquico, llamada la homeostasis. Por lo tanto las fobias no pertenecen en forma exclusiva al capítulo de las histerias, a pesar de que es común observarlas en estructuras de personalidad histérica y obsesiva.

La fobia como síntoma refiere a la evitación de situaciones debido al miedo y angustia que esta situación produce. Es oportuno mencionar que la presencia del objeto fóbico o de la situación fóbica, puede producir un estado de pánico en el sujeto. Podemos encontrar estados fóbicos en las obsesiones, psicosis y perversiones. En ese sentido se pueden entender las fobias como un síntoma o las fobias como una estructura. Con esto quiero decir que a mi manera de ver este problema, existen al menos dos tipos primarios de fobias: las fobias narcisistas <como una estructura> y las fobias Edípicas <como un síntoma>.

(a) Las fobias de predominio narcisista [fobia como estructura] son las que se encuentran presentes en sujetos que su personalidad funciona a predominio del eje narcisista: [N/e]

(b) El otro tipo de fobias Edípicas [fobias como síntoma] serían las que aparecen en sujetos con un funcionamiento de predominio Edípico: [n/E].

Fobias del eje narcisista tipo: N/e

Resultan de la presencia de una patología temprana originada por un trauma temprano o por una carencia. El efecto será la aparición de una falla o deficiencia estructural en la constitución del sujeto. Esta falla obliga al sujeto a buscar un método de supervivencia. Por

esta vía va a construir un objeto que obture o repare la falla. Este objeto construido es el objeto fóbico, que por lo tanto va a curar o reparar la presencia de esa falla estructural. Ese objeto le va a servir al sujeto de guía evitativa o conducta evitativa. Es decir, ese objeto que reparó la falla constitutiva restituye la calma, pero hay que evitarlo. Se podría llamar el objeto fóbico.

En la presencia de este objeto fóbico reaparece la angustia, testimonio de la deficiencia narcisista. Esta angustia de castración también podría llamarse temprana, narcisista o imaginaria. La angustia fóbica reaparece ante la reaparición de la falla estructural, es decir, ante el vacío interior sin nombre. El objeto claustrofóbico presente en algunos casos de fobia narcisista, que según su narración del sujeto fóbico, está en los espacios cerrados, se ubica por ejemplo, en el ascensor y el avión al ser un objeto que se cierra como una nevera [hermético]. Estos objetos claustrofóbicos terminan siendo los objetos a evitar, aunque inicial y paradójicamente estos eran los objetos que rescataban, por desplazamiento de la ficción original de un atrapamiento materno, es decir de un atrapamiento narcisista, imaginario, claustrofóbico con la madre.

Este tipo de fobias son muy difíciles de erradicar por la vía del diálogo psicoanalítico, ya que tienen una función estructural de obturación y supervivencia. Dicho de otra manera, la construcción de ese objeto fóbico, fue la cura del atrapamiento materno. A pesar de no ser curables, estas fobias narcisistas pueden minimizarse o desaparecer temporalmente, siempre y cuando aparezca una nueva manera sustitutiva de obturar la falla. Me refiero a la posible aparición de los múltiples objetos de amor que aparecen como obturadores de la falla o del hueco estructural.

Fobias del eje Edípico tipo (n/E)

Aparecen como una solución a una patología de la relación triangular Edípica. En este tipo de fobias la figura del padre introduce un montante exagerado de angustia de castración. Se trata de otro tipo de angustia diferente a la narcisista, que refiere a la amenaza de pérdida de algo por vía de la presencia de un otro paterno. Se podría llamar angustia de castración Edípica o castración simbólica, ya

que es la función paterna al prohibir el incesto la que va a introducir la ley y un nuevo orden. Es oportuno aclarar un detalle topológico. Primero, que es la madre la que va a introducir al niño en la relación con el padre, al introducir la metáfora del padre. Segundo, que a su vez, el padre va a rescatar al niño del atrapamiento especular materno.

Ante esa supuesta angustia exagerada de castración del orden Edípico simbólico, la solución para el sujeto está en construir un objeto fóbico. Por desplazamiento, se le va a colocar en ficción, a ese nuevo objeto fóbico la amenaza y el peligro de la castración. Este objeto tendrá en el futuro que ser evitado. Esta construcción fóbica no es consecuencia de una falla estructural, sino se debe a la presencia de un conflicto Edípico, en donde el deseo Edípico prohibido y la angustia propia de castración, juegan un papel importante. Por lo tanto, la construcción de ese objeto fóbico caería dentro del concepto de lo que en psicoanálisis llamamos conflicto. Este conflicto psíquico y su consecuencia, el síntoma, serían accesibles a la cura analítica y ese síntoma podría erradicarse, en la medida en que aparece la re-significación de los personajes del romance Edípico y la re-significación del supuesto peligro subjetivo de estas figuras internalizadas.

Lo curable y lo incurable

El primer tipo de fobias no caería dentro de esta lógica mencionada del conflicto. Por lo tanto, no es curable, en el sentido de erradicable y por eso propongo que esas fobias del eje narcisista [N/e] se podrían considerar como una estructura psíquica reparatoria: sustituible, pero no erradicable.

Así aparece la diferencia que existe entre las fobias como estructura propias del eje narcisista [N/e] y las fobias como síntoma, propias de eje Edípico [n/E]. Es oportuno aclarar que en un sujeto se pueden presentar ambas fobias. Las unas tendrán un destino y las otras tendrán otro destino.

Capítulo 9

CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN

Desde un punto de vista de la clínica psiquiátrica fenomenológica, la depresión se considera una entidad clínica definida. En la clínica psicoanalítica la depresión es vista de otra forma. No es una entidad clínica, ni es una estructura psíquica como pueden ser las neurosis o las psicosis. La depresión se considera un síntoma que se instala en la estructura clínica inconsciente de un sujeto en particular. Por lo tanto podemos tener síntomas o manifestaciones depresivos en estructuras inconscientes neuróticas de tipo histérica y obsesiva o en las estructuras psicóticas propiamente dichas.

Ahora bien, existen una serie de estados mentales que tienen algunos rasgos en común con lo que comúnmente se llama la depresión. Me refiero a la tristeza, el llanto y el decaimiento, pero que sin embargo no corresponden a una depresión. Por lo tanto es necesario diferenciar el síntoma depresión de otras manifestaciones psíquicas como son: (a) Estado de duelo (b) La Clínica del vacío (c) La clínica del Masoquismo moral y (d) La Clínica del Goce, las cuales no corresponden con la depresión. También es importante estudiar el acto suicida, el cual no siempre corresponde a una clínica depresiva.

Estado de duelo

El duelo es un estado afectivo normal, producido por la pérdida de un objeto de importancia. Este objeto tiene investidura [catéxia], puede ser un objeto de amor o su equivalente metafórico como puede ser la pérdida de la libertad o de los ideales u otros objetos valiosos para el sujeto. Se caracteriza por la presencia de tristeza, llanto, dolor psíquico y retraimiento. En el proceso del duelo el Yo del sujeto tiene que hacer un doloroso trabajo de aceptar la pérdida del objeto. Esto significa lograr paulatinamente el retiro de la investidura libidinal [catexias] que están colocadas en el objeto perdido. A su debido tiempo cuando el duelo sigue un curso normal, el sujeto podrá hacer investidura [catéxia libidinal] en un nuevo objeto de importancia o de amor. Por esta vía termina el duelo y el sujeto sigue adelante con su vida. Existen pérdidas naturales que originan duelos normales que son inevitables y forman parte de los hechos

de la vida. Se podrían llamar las pérdidas necesarias. Por ejemplo: A lo largo de la vida el sujeto tendrá que enfrentar progresivamente la separación y pérdida del objeto valiosos. Así el bebé se tendrá inevitablemente que separar del pecho alimenticio o el biberón, para seguir su desarrollo. Se separará de la madre o de su substituta de quién está apegado, para lograr adaptarse al inicio de su vida pre-escolar más independiente. Así también sufrirá la pérdida por la pérdida del colegio y de sus compañeros. Luego la pérdida de la universidad. Y así sucesivamente a lo largo de toda su vida. La dificultad o incapacidad para aceptar y tolerar las pérdidas necesarias solo tendrán como consecuencia la detención del desarrollo y la permanencia de un estado mental infantil.

El duelo patológico

Cuando la relación previa con el objeto perdido ha sido ambivalente producida por la presencia de intensas pasiones de amor y odio, el sentimiento inconsciente de culpabilidad hacia el objeto perdido va a dificultar o entorpecer gravemente el proceso del duelo normal. Se establecen mecanismos de auto-castigo y de penitencias auto-impuestas para calmar los sentimientos inconscientes de culpabilidad. Entramos así en lo que podemos llamar la patología del proceso del duelo.²¹

Como todos sabemos las manifestaciones clínicas de un duelo patológico varía según el principio del caso por caso. Es útil aclarar que la patología del proceso del duelo, se puede originar por otras razones diferentes a la producida por los sentimientos inconscientes de culpabilidad. Me refiero a los casos en que la relación con el objeto amado ha tenido características simbióticas o de fusión con el objeto. En esos casos el sujeto sobreviviente siente que la pérdida del objeto es intolerable. Siente que el mundo se acaba, que ya no tiene piso sobre el cual pararse. Desean morir y desaparecer junto al objeto de amor. Cuando el objeto de intensa dependencia o de relación simbiótica ha desaparecido, el sujeto abandonado siente que sin ese objeto, sencillamente ya no le es posible vivir. La experiencia muestra que luego de un breve período, el sujeto establece

²¹ Tal como lo describe Sigmund Freud en su célebre trabajo sobre el duelo, escrito justo al terminar la primera guerra mundial, titulado 'Duelo y Melancolía' de 1917.

bastante rápido, una nueva relación simbiótica que va a permitir la sobrevivencia.

La clínica del vacío o del hueco psíquico

La experiencia analítica actual nos muestra repetidas veces la existencia de nuevas patologías. Es común escuchar el síntoma de la presencia de un vacío interior. Un algo indefinible, un vacío en el pecho, acompañado de un malestar sin nombre, a veces con angustia y con la sensación de no tener un propósito en la vida. A veces estos pacientes se preguntan ¿para qué vivir?

Algunos pacientes lo califican equivocada y espontáneamente como un problema depresivo crónico. Cosa que no es. El estudio de este síntoma, cada vez más frecuente, nos ha llevado a interesantes descubrimientos. El sujeto en cuestión es capaz de establecer relaciones objetales significativas y establece transferencia con el analista, lo cual nos deja ver que no se trata de un núcleo autista neurótico.²² Sin embargo en estos casos que presentan una clínica del vacío encontramos que a pesar de establecer vínculos de amor y odio y tener una vida familiar y profesional activa, refieren la presencia a lo largo de toda su vida de este vacío interior y de la sensación de no tener un propósito en la vida. Lo que han hecho y tienen lo han logrado pasivamente empujados por los ideales y propósitos de la familia. Es importante mencionar que estos analizandos no presentan una disminución de la autoestima, ni una dialéctica intensa de odio a sí mismos. Aún cuando la esperanza aparece cuestionada, no hay una clínica depresiva verdadera. En el estudio de la historia infantil de estos sujetos encontramos sujetos muy inteligentes, capaces de luchar por la supervivencia, pero con una particular dificultad en la relación temprana con la madre. Madres presentes, pero frías y distantes. Más que la presencia de un objeto materno odiado, encontramos la presencia de un objeto ausente. Así la psique de estos sujetos se constituye con un hueco estructural. Un hueco que puede variar de dimensiones según haya sido la magnitud de la percepción subjetiva de la ausencia del objeto materno.

²² Tal como lo presenta Francis Tustin, analista inglesa, en sus trabajos de 1965 en el IJPA.

Masoquismo Moral

Sigmund Freud ya había introducido sus ideas sobre el masoquismo humano en los <Tres Ensayos sobre una teoría sexual> de 1903 que luego amplió en <La teoría económica del Masoquismo>.²³ Allí Freud distinguió tres tipos de masoquismos: el masoquismo sexual, el moral y el femenino. Allí el masoquismo moral es descrito como un producto de un <conflicto inconsciente de culpabilidad> del cual naturalmente el sujeto no tiene consciencia. Este conflicto de culpabilidad inconsciente empuja irremediabilmente al sujeto a buscar formas de sufrir y obtener una expiación inconsciente. La paradoja nos muestra como este sufrimiento representa a la vez un alivio para el sujeto. Es necesario precisar que en esta clínica del masoquismo no encontramos ninguno de los elementos de la clínica depresiva. Por ejemplo, no existe un desencadenante de fracaso, ni existe un predominio de vínculo de odio con el objeto, ni una autoestima disminuida, ni la desesperanza típica del depresivo. Al contrario el masoquista muchas veces muestra su gran autoestima, su posición de afirmación en la vida y su capacidad de tolerar el dolor y el sufrimiento.

Clínica del Goce

En clínica psicoanalítica actual existen sujetos que no pueden escapar de la necesidad de sufrir.²⁴ Es más, para mantener su equilibrio psíquico necesitan sufrir. Al estudiar estos casos encontramos que no corresponden al masoquismo clásico freudiano donde generalmente encontramos indicadores de sentimientos inconscientes de culpabilidad. Sin embargo la permanente búsqueda de sufrimiento se mantiene presente. Lacan introduce su teoría del Goce como un fenómeno estructural del cual ningún ser humano puede escapar. Siguiendo a Freud, Lacan plantea que es un algo implícito en la lógica de la pulsión. Se ubica en un más allá del principio del placer freudiano (Freud, S. 1920). Toda persona tendría un montante de goce en su vida cotidiana. Este goce está <más allá del placer> es decir se plantea como una forma especial de <regodeo en el sufri-

²³ En su <Teoría económica del masoquismo> de 1924 Sigmund Freud describe con detalle las diversas formas de masoquismo.

²⁴ Jacques Lacan en su seminario de la Ética de 1960.

miento>.²⁵ Cuando el montante de goce es elevado el analizando se nos presenta, sin serlo, con una clínica similar a la depresiva. Muestra una situación de vida que inevitablemente le conduce al sufrimiento. Una incapacidad de resolver las situaciones, porque en el fondo no desea resolverlas. La paradoja nos muestra al mismo sujeto con un deseo de no seguir viviendo de esa forma ya que se encuentra atrapado, una cierta desesperanza a veces con llanto y otras veces no y una ausencia de la alegría de vivir. La historia de infancia revela la presencia de serias dificultades en los primeros años de vida. Así encontramos historia de abandonos, carencias y pérdidas graves. Historia de guerra, muerte y pobreza. Separaciones traumáticas de los padres con abandono afectivo. Drogadicciones y patología mental grave de los padres. Este panorama patológico de la temprana infancia, introduce un montante cotidiano de sufrimiento que queda inscrito en la estructuración temprana de la personalidad.

Lo importante es que este goce [sufrimiento] es necesario para el equilibrio psíquico de estos sujetos. Por lo tanto no puede ser curado ya que no hay nada que curar. Muchos de estos analizandos durante el proceso analítico aumentan el conocimiento que tienen de sí mismos. Abren nuevas oportunidades para vivir mejor, rescatan mucho de la capacidad de placer, ubicada en su vida sexual, pero no logran deshacerse de su necesidad de sufrir, algo que no es del orden masoquista. Su necesidad de goce es parte de su ser y necesario para su equilibrio psíquico. Es útil aclarar que estos analizandos no presentan una dinámica de odio al objeto, ni a sí mismos. No presentan una disminución de la autoestima. Así pues el estado de goce, no es un estado depresivo per se, ni un estado masoquista.

El verdadero estado depresivo

Como dije anteriormente se trata de un síntoma que se instala en la estructura neurótica o psicótica cuando se cumplen cuatro requisitos: (a) cuando previamente en la historia del sujeto existe un predominio del vínculo de odio con el objeto. (b) Este odio al objeto va

²⁵ Para profundizar en el estudio del goce pueden referirse al libro: <Experiencia Subjetiva y lógica del otro> en su capítulo 23 titulado: <Lógica del Goce> de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, 2004.

devenir posteriormente en odio a sí mismo y aparece la baja autoestima (c) la aparición azarosa de una experiencia de fracaso y (d) La pérdida de la esperanza.

(a) Sobre la lógica del odio al Objeto

El odio al objeto es algo inevitable en el ser humano. Es inevitable porque la relación temprana del niño pequeño con su madre implica la doble experiencia con el pecho: <satisfacción y frustración>.²⁶ La experiencia de satisfacción va a producir la introyección de un objeto amado llamado también el objeto bueno y la experiencia de frustración conlleva la introyección del objeto odiado llamado objeto malo. Esta dialéctica es inexorable e inevitable. Por lo tanto si todos nosotros tenemos en mayor o menor grado un vínculo de amor y odio con el objeto, teóricamente todos tenemos la posibilidad de instalar un síntoma depresivo. Lo cual es cierto. Pero para que se instale en forma patológica se necesita que previamente exista un predominio del vínculo de odio, sobre el vínculo de amor. Además se necesita del desencadenante de la experiencia de fracaso.

(b) El odio a si mismo

El predominio del odio al objeto en el infante va a provocar excesivas introyecciones identificatorias con el objeto odiado. Este objeto interno odiado provoca una disminución del amor o de la estima por sí mismo. Cuando el odio al objeto se convierte en odio a sí mismo se da inicio a las manifestaciones sintomáticas de un estado depresivo. Si la historia del desarrollo temprano del sujeto ha mostrado un predominio de mecanismos mentales primitivos que provocan serias dificultades en la capacidad de discriminación del sujeto con el objeto, aparecerá una persistencia del síntoma depresivo.

Estos mecanismos primitivos llevan a la pérdida de la capacidad de alteridad y a la tendencia a la fusión o simbiosis objetal. Lo cual unido a la ausencia o disminución de la autoestima, nos explica la intensidad y fijeza de algunos estados depresivos.

²⁶ Tal como lo plantea Melanie Klein en su libro sobre <Psicoanálisis de niños> de 1932.

(c) La experiencia del fracaso

Las experiencias ulteriores de la vida que incluyen las experiencias subjetivas de éxito y de fracaso en cualquiera de sus formas: escolar, amoroso, profesional, familiar, financiero, pérdida de la belleza y mutilación de órganos, introducen en la escena la experiencia de castración.

El fracaso vivido como una experiencia subjetiva puede contribuir a desencadenar la presencia del odio que ya pre-existe en el sujeto. Por vía de la envidia y de los celos el sujeto va a odiar al objeto. En mi opinión la energía para el odio que en último caso puede provocar la muerte del sujeto proviene de la pulsión de vida y no de la pulsión de muerte. Por lo tanto siempre me encuentro en desacuerdo con el cliché repetido una y otra vez, de que un acto suicida no es más que la pura expresión de la pulsión de muerte.

(d) La desesperanza

La desesperanza refiere a la renuncia del sujeto de ser amado por el otro. Si el odio al otro, que debido al mecanismo del regreso de lo proyectado, termina siendo odio y desprecio a sí mismo. Y este mecanismo coincide o es simultáneo con el sujeto en estado de desesperanza que refiere como hemos visto a la renuncia de ser amado por el otro, entonces este odio a sí mismo va a ofrecer la energía necesaria para mantener este estado depresivo. El sujeto que renunció a ser querido por el otro y el otro como objeto odiado que deviene objeto internalizado, mantiene esta dialéctica de desesperanza.

El acto suicida

El suicidio es un acto, pero no todo acto suicida surge de un sujeto con clínica depresiva. La lógica del acto suicida nos permite diferenciar al menos dos tipos fundamentales de actos suicida. Primero el acto suicida como síntoma y segundo el acto suicida radical.

Abordaré el estudio del acto suicida desde dos vértices diferentes. Primero el acto suicida que se origina en un acting out del sujeto. Me refiero específicamente al acto suicida como síntoma. Segundo,

el acto suicida originado en un pasaje al acto. En este último me refiero al suicidio radical. La ética y la estética de ambos actos estarán determinadas por la dinámica del odio y la dinámica del sacrificio que incluye a los ideales del sujeto. Fundamento la diferencia de estos dos actos suicidas en los conceptos psicoanalíticos del acting out y del pasaje al acto.

(a) El suicidio como síntoma

Provoca una muerte equivocada. Se trata de una muerte que no ha debido ocurrir. El sujeto potencialmente suicida en medio de un serio conflicto neurótico o psicótico puede poner en escena su violencia suicida sin saber con claridad el motivo por el cual busca la muerte. Es una escena donde alguien resulta muerto, sin saber las razones de su propia muerte. Refiere al acto realizado por el sujeto sin conocimiento de lo que motiva dicho acto. No hay conciencia de la razón, ni del propósito del acto realizado. En este caso del acting out, el deseo se impone y el acting habla por sí mismo, fuera de conciencia. <Se trata de un acto sin sujeto>.

(b) Acto suicida radical y heroico

Lo llamo así porque en este acto suicida existe una buena razón para morir. No se encuentra la clínica de la desesperanza, ni el vínculo dramático de odio al otro y a sí mismo. El deseo de ser el deseo del otro está intacto. El deseo de ser amado está satisfecho. No hay desesperanza, ni desvalorización personal. Incluso puede existir una intensa catéxia objetal libidinal con vínculo de amor al objeto. Sin embargo el sujeto tiene un claro deseo de morir y una lógica de la muerte.

El empuje al suicidio, como síntoma

(a) Presencia de un predominio del vínculo de odio con el otro.

(b) Borramiento de la alteridad y de la capacidad de discriminación del sujeto. Al perder la alteridad se permite la instalación de los mecanismos primitivos de proyección y luego identificación en la cual el vínculo de odio: <yo odio al otro> es proyectado: <el otro me odia> y termina con la identificación de lo proyectado: <me odio a mi mismo>. La muerte circula y regresa al sujeto: el otro

desea mi muerte y luego yo deseo mi muerte. Es oportuno recordar que estos mecanismos psíquicos son automáticos e inconscientes.

(c) Presencia de un factor desencadenante que actualiza en el momento de realizar el acto suicida el vínculo de odio. Del odio al otro, pasa al odio a sí mismo. El desencadenante puede ser una experiencia personal de fracaso, o algo que puede ser subjetivado como fracaso. Los ideales primitivos del Yo <Yo-ideal> que son tiránicos e inflexibles, facilitan la intensidad relampagueante de la ficción del fracaso. Al final se muere por nada, todo ha sido una ficción.

¿Qué hacer ante el riesgo suicida?

(a) Entrar en el conflicto: Hablar sobre la muerte, hablar explícitamente sobre las ideas y el deseo suicida. Admitir en el diálogo con el suicida potencial la existencia de estas ideas.

(b) Explorar el origen y las razones aparentes de estas ideas. Cuestionar y denunciar la presencia de la desesperanza y del vínculo de odio.

(c) Precisar el desencadenante subjetivo de fracaso: Lograr que el sujeto suicida hable de eso. Y tratar de romper la convicción del supuesto <callejón sin salida> en el cual se ubica el suicida. Ofrecer en este diálogo la posibilidad para una re-significación a posteriori.

(d) Permitir y estimular la posibilidad de abreacción: Se trata de ayudar a que el sujeto exprese fuertemente por vía de <catarsis> la desesperanza, el odio al otro y el odio a sí mismo.

(e) En última instancia al sujeto suicida en acting out repetidos, ¿se le debe o no, reconocer su derecho a la muerte? ¿Se le debe o no confrontar con su propia muerte? Este es un punto ético fundamental para el psicoanalista, no para el suicida. El suicida en acting out no ha escogido a la muerte como opción, porque no sabe lo que está haciendo, cree conocer las razones de su odio y desesperanza, pero no conoce con claridad las razones de su muerte. Y si lo sabe no se trata de un acting out. Se trata de caso de suicida radical, lo cual plantea un acto suicida completamente diferente. Planteo que la ética del psicoanalista está en discriminar al suicida sintomático del suicida radical.

Que hacer ante el peligro inminente suicida

El alto riesgo suicida lo determinan los factores de empuje al suicidio. El suicidio sintomático se decide en el relampagueo de un instante. Si se logra pasar unas horas, la regresión patológica producida por la subjetividad ficcional del fracaso o pérdida <deja de tener efecto> y el riesgo suicida <disminuye> y hasta desaparece. Ahora bien ¿Qué se puede hacer en ese momento de alto peligro?

(a) Eliminar los medios suicidas al menos por unas horas. Esto significa eliminar las armas de fuego, la altura, el automóvil, los medicamentos, sogas y otros medios que pudiera utilizar el sujeto en crisis.

(b) No dejar solo al sujeto que está en alto riesgo suicida. Hacerle compañía por varias horas.

(c) En algunos casos utilizar el recurso de la hospitalización cuyos objetivos serán los siguientes:

1. Sacar al sujeto del ambiente familiar, social, laboral que ha provocado la subjetivación de fracaso sin salida. Prohibir totalmente las visitas ayuda a desconectarlo de ese ambiente.

2. Al hospitalizarse se favorece la regresión infantil. El paciente queda en manos de otro. Se entrega al otro. Esto podría calmar al SuperYo primitivo cruel que pide castigo.

3. Aprovechar el momento para entrar, a través del diálogo, en el conflicto suicida. Explorar la relación con el objeto odiado, su supuesta experiencia de fracaso o pérdida etc.

4. Para que estos objetivos se cumplan es necesario no medicar al paciente. Soy de los que piensan que la medicación no va a eliminar la desesperanza, ni el odio al objeto. Al contrario van a enredar más los mecanismos mentales primitivos. Es en el poder de la palabra y del diálogo donde pongo todas las esperanzas.

Acto suicida radical y heroico

Lo llamo así porque en este acto suicida existe una buena razón para morir. No se encuentra la clínica de la desesperanza, ni el vínculo dramático de odio al otro y a sí mismo. El deseo de ser el deseo del otro está intacto. El deseo de ser amado está satisfecho.

No hay desesperanza ni desvalorización personal. Incluso puede existir una intensa catéxia objetal libidinal con vínculo de amor al objeto. Sin embargo el sujeto tiene un claro deseo de morir y una lógica de la muerte. Esta lógica de la muerte se puede describir de la siguiente forma:

(a) Cuando el sujeto padece de una enfermedad crónica incurable: Este tipo de enfermedades ya sea invalidante, asfixiante, deformante o dolorosa, hacen que el sujeto arrastre la vida en condiciones de incapacitación y dolor físico. Provoca lo que el sujeto podría considerar en su subjetividad: una pésima calidad de vida. Este tipo de enfermedades por su condición de incurable no ofrece ninguna posibilidad de regreso al estado de salud. Podría mencionar las más conocidas y frecuentes: Alzheimer, arterioesclerosis cerebral, enfisema pulmonar avanzado, cáncer diseminado, Sida avanzado, etc. El sujeto puede llegar a considerar que <vivir de esa manera no vale la pena>. Esa es su opción. Muchos prefieren seguir viviendo así, pero otros no lo desean.

(b) Incapacidad física por simple senectud: Esta incapacidad puede aparecer sin presencia de enfermedades crónicas. La vejez según sean sus condiciones personales, ambientales y familiares puede llegar a ser indigna. Igualmente el sujeto que aún puede mantener una ética y una estética de su condición de vida, puede llegar a considerar que la vida en esas condiciones <ya no vale la pena de vivirla>. Esa es su opción.

(c) Incapacidad mental crónica: Este punto es controversial y delicado. Existen patologías mentales con componentes orgánicos y psíquicos que son de características incurables. La gran mayoría no conocen otra forma de vivir y están adaptados y conformes con su vida. Esos sujetos no desean morir. Al contrario esperan una mejoría ilusoria. En otros casos, sujetos que conocieron otra forma plena, afirmativa y extraordinaria de vivir, no piensan así. Sus condiciones mentales dañadas e irrecuperables, lo condena a una forma de vivir indigna que no desean aceptar. Ese tipo de pacientes en momentos de lucidez hablan sobre su deseo de morir. El conflicto existente entre los ideales y valores de esa persona y la realidad patética en que se transcurre su vida actual. Eso puede llevarlos a

plantearse el deseo de morir por su propia voluntad. Ese acto suicida radical estaría planteado como un acto legítimo del sujeto. Para mí está claro que no se trata del alegato de un suicidio sintomático, en donde la dialéctica de la pérdida del amor a sí mismo y el odio al otro y a sí mismo esté presente. Al contrario puede haber un intenso vínculo amoroso con la vida plena y lo trágico está en liberarse a sí mismo y al otro, de ese estado de incapacitación que no desea aceptar. Generalmente tienen vínculos de amor con alguien, quién podría estar de acuerdo con su alegato de muerte digna, este sufrirá el dolor de la despedida y la pérdida de su amado, pero respeta la voluntad del sujeto suicida radical.

(d) El sujeto que en su acto suicida radical muere por sus ideales: No espera recibir méritos. Se trata de sujetos de una alta sensibilidad muy identificados con los más altos ideales personales, de patria y de amor a la humanidad y que en su impotencia e inconformidad con el absurdo y lo deshonesto del fenómeno social, optan por una declaración radical que afirman con su propia muerte. En esta situación hay un acto con sujeto. Yo me pregunto si al final estos héroes son oídos. ¿Y por quién? ¿A quién va dirigido su alegato?

El suicidio heroico puro

De forma clara digo que respeto el derecho a vivir y a morir de cualquier persona. El acto suicida absurdo tiene la ética del desquite y la venganza. El acto suicida heroico tiene la ética del morir por un ideal y la estética del saberlo hacer.

Cuando Mishima en forma muy pensada decide hacer una declaración final sobre su inconformidad radical con la sociedad moderna del Japón y procede a realizar el acto suicida en la forma honrosa tradicional japonesa, podría no estar sufriendo de un estado depresivo, sino ejerciendo el derecho a expresar y afirmar sus ideales de patria hasta el límite de su muerte. Al igual que el monje Budista que se inmola en una bola de fuego en Saigón (Vietnam, 1967), para hacer una declaración final y dramática. Una declaración que hace de acuerdo a sus propios ideales religiosos y de patria. No estoy diciendo que estoy de acuerdo o en desacuerdo con ninguna de esas declaraciones. Lo que estoy diciendo es que <respeto el derecho> a

que cualquier persona, pueda hacer al costo de su vida, la declaración de ideales que mejor le parezca.

Los suicidas en masa

Existen en la actualidad y en la historia diversos ejemplos. Tomaré solo dos, uno de cada tipo. Uno del suicidio sintomático y otro del suicidio radical. Comenzaré por un suicidio reciente ocurrido en la ciudad de Los Ángeles (USA), en Agosto de 1997. Un grupo de ambos sexos y variadas edades, llamado <Heaven Gates> realizó en la sede del grupo un suicidio colectivo. Los cuerpos fueron encontrados días después de su muerte. Cada uno limpio y ordenado en su cama. ¿Qué ocurrió allí? ¿Por qué se suicidaron? Según la información que leí en la prensa, entiendo que este grupo tenía la certeza de que detrás de un cometa llamado Haley que pasó cerca de la tierra durante esa semana de 1997, venía una nave espacial que los llevaría a otras galaxias. Para eso era necesario <desprenderse del cuerpo>. El cuerpo era concebido como una simple caja que contenía el espíritu. Para liberar el espíritu y unirse a la nave espacial necesitaban liberarse del cuerpo. Eso fue lo que hicieron. Entonces este suicidio en masa está basado en lo que para mí es una idea falsa delirante. Su intención no es la muerte. Es vivir en otra galaxia. Se trata de <un acto suicida sin sujeto>. Un acting out psicótico. Un suicidio en masa sintomático.

El otro caso es el suicidio radical y heroico. Me referiré a un acto suicida en masa ocurrido hace aproximadamente dos mil trece años. Se trata del suicidio en masa de los guerreros hebreos de Masada que se habían refugiado, después de la caída de Jerusalem, en la colina de Masada. Este sitio histórico ubicado en una alta colina a cincuenta kilómetros al sur de Jerusalén, fue rodeado en aquella época, por las tropas romanos. No había escape posible. El acoso a la fortaleza demoró dos años. Los guerreros zelotes dieron una resistencia firme a pesar de que sabían que estaban perdidos. Sin embargo resistieron hasta el último día. Sabían que al entrar los romanos en la fortaleza, los vencidos serían asesinados, violados, humillados y masacrados. Sus esposas e hijos serían esclavizados. Decidieron morir por su propia espada. Utilizando su elocuencia y su presencia carismática Eleazar el comandante Zelote del grupo de

judío, aupó a sus correligionarios a cometer el suicidio en masa. Flavio Josephus historiador del siglo uno (DC) dice en su libro <La guerra de los judíos> página 443 del libro VII, lo siguiente en relación a la arenga de Eleazar: <Permitamos morir libres, no esclavizados por nuestros enemigos y dejar este mundo como hombres libres, en compañía de nuestras esposas e hijos. La muerte liberará nuestro espíritu>.

Cuando finalmente las tropas romanas entraron en la fortaleza, ubicada en la cima del monte Masada, de un mil personas, encontraron solo a siete con vida. Los guerreros de Masada murieron por sus ideales. En un acto voluntario decidieron morir por su propia mano. Fue <un acto suicida con sujeto>, por lo tanto un suicidio masivo radical, un acto heroico.²⁷

²⁷ Masada es conocida por su destacada importancia en los compases finales de la Primera Guerra Judeo-Romana, también conocida como la Gran Revuelta Judía, en el año 70 después de Cristo. El asedio de la fortaleza por parte de las tropas del Imperio romano condujo finalmente a sus defensores a realizar un suicidio colectivo al advertir que la derrota era inminente. En la actualidad, Masada es un destacado sitio turístico, a la vez que posee una importante carga simbólica para el nacionalismo judío, como uno de los postreros episodios de afirmación y resistencia nacional, antes de la definitiva diáspora. La fortaleza de Masada y su entorno fueron declarados Parque Nacional de Israel en 1966, formando parte de la Reserva Natural del Desierto de Judea desde 1983 y del Patrimonio de la Humanidad de la Unesco, desde el año 2001.

Capítulo 10

CLÍNICA DE LOS BIPOLARES

La Psicosis Maníaco Depresiva [PMD] llamada hoy en día Trastorno bipolar tiene una historia que se remonta a una época muy anterior. Desde los comienzos del siglo 20, cuando un célebre Psiquiatra alemán llamado Emil Kraepelin, había identificado un grupo de pacientes que presentaban por varios meses una conducta agitada, acelerada de tipo maniaca, con trastornos del pensamiento caracterizados por delirios de grandeza y que alternaban con periodos de meses de duración, donde estos mismos pacientes, presentaban una conducta de excesiva quietud, melancolía y tristeza, con presencia de delirios de desvalorización, los llamó Psicosis Maníaco Depresiva [PMD]. Como su patología oscilaba en dos polos: excitación maníaca por un lado y quietud depresiva melancólica por el otro, se ha llamado en los manuales actuales de diagnóstico psiquiátrico: Trastorno Bipolar.²⁸

Resulta que este cuadro fenomenológico de agitación maniaca y quietud melancólica, se confunde con otro cuadro clínico psiquiátrico, que se caracteriza por mostrar altibajos con etapas de grandiosidad, elocuencia y exceso de energía, para luego ser alternadas con periodos de desvalorización de sí mismo, pérdida de energía y presencia de angustias variadas, muchas veces aniquilatorias. Esta segunda patología recibe el nombre en Psiquiatría de Estados fronterizos y los llaman en su versión americana: Borderlines [ver capítulo 20]. Se debe a Otto Kernberg distinguido analista de New York haber hecho el esfuerzo de conceptualizar estos trastornos.

Son dos patologías muy distintas y ambas comparten la característica de oscilar en dos polos. Es decir ambas son bipolares. Una de

²⁸ Emil Kraepelin (1856-1926) fué un psiquiatra alemán, considerado por muchos, como el padre de la nosografía psiquiátrica moderna, padre del trastorno PMD actualmente denominado 'bipolar'. Fue quien categorizó y estudió el curso natural de pacientes bipolares, que no estaban siendo tratados, tiempo antes de que se descubrieran los estabilizadores del humor. Al describir a estos pacientes en 1902, él acuñó el término 'Psicosis maníaco-depresiva'. Notó que sus pacientes bajo observación tenían unos intervalos de enfermedad, maníaca o depresiva y generalmente después venían intervalos libres de síntomas, en los que el paciente podía funcionar normalmente.

naturaleza horizontal: polo maniaco y polo depresivo, representando los extremos de un eje arbitrario horizontal. Y el otro de naturaleza vertical: polo alto grandioso y un polo bajo desvalorizado, como los extremos de un eje arbitrario vertical.

Desde el punto de vista del Psicoanálisis estas dos maneras de funcionar la mente pueden ser comprendidas en sus mecanismos mentales. La primera mencionada, es decir la maniaco-depresiva [PMD] corresponde a la combinatoria simultánea de identificaciones al objeto de amor y luego identificación al objeto de odio. Ambos relacionados con el objeto materno original. Allí en donde predomina la pérdida del juicio de realidad [PMD] se va a utilizar el mecanismo mental de la escisión horizontal [represión]. El segundo llamado Fronterizo o Borderline, con sus altos y bajos polarizados, utiliza el mecanismo mental de la escisión vertical [splitting].

Procederé en los párrafos siguientes a explicar estos dos modos de presentarse la bipolaridad. Presentaré el detalle de sus mecanismos mentales y el tipo de relación de objeto que ambos presentan. Primero haré un resumen breve de las ideas sobre la constitución temprana de la psique y la aparición del objeto amado y del objeto odiado.

Amor y odio al objeto

La relación del bebé con el objeto pecho va a estar influida por las experiencias inevitables de satisfacción y frustración. Estas experiencias dan origen a la representación de un objeto bueno y otro malo. Según sean las diversas experiencias de la vida algunos seres van a sufrir de negligencia parental en diversas magnitudes. Esto va a provocar experiencias de carencias afectivas en el sujeto. Las carencias dejan fallas o huecos en la constitución del Yo [Ego].

La vida temprana del bebé, es decir los primeros seis meses, periodo esquizo-paranoico, se caracterizan por una relación de objeto que está limitada a una percepción parcial del objeto. Se trata de la presencia de objetos parciales, incompletos. Las ansiedades en este periodo son de tipo aniquilatoria y las defensas para estas ansiedades son primitivas. Aparecen defensas de tipo fundamentalmente

proyectivas, que colocan la representación de todo lo displacentero afuera y además se usan otras defensas primitivas como las defensas de negación y omnipotencia. A los seis meses suele ocurrir dos cosas. Una, el destete y dos, la aparición de la capacidad de memoria. En esa época aparece la ansiedad al extraño, ya que el bebé puede recordar la cara, el olor y el sonido de su madre. Aparece la capacidad de una representación del objeto más completa, lo cual se ayuda con la recién adquirida capacidad de memoria. Esta etapa del desarrollo es integradora. La ansiedad es más evolucionada y es de tipo de separación. Los mecanismos de defensa son más evolucionados y corresponden con la represión. Estas dos etapas en el desarrollo del bebé se han denominado: Esquizoparanoide y depresiva.²⁹ Estas etapas no son de naturaleza sucesiva, sino que son oscilantes. Esto quiere decir que si posteriormente en la vida, la circunstancias producen intensas ansiedades no manejables por el Yo [Ego], entonces la mente de forma espontánea y automática pasa a funcionar con mecanismos esquizoparanoide. Si posteriormente las circunstancias de la vida son favorables y la ansiedad aniquilatoria disminuye o desaparece, entonces la mente pasa a funcionar nuevamente con mecanismos más evolucionados llamados arbitrariamente por Melanie Klein: depresivos. Esta palabra no refiere a un estado depresivo fenomenológico.

Cuando en la posición depresiva aparecen de nuevo intensas ansiedades persecutorias se produce un conjunto de defensas primitivas que han recibido el nombre de defensas maníacas. Son defensas que aparecen por los sentimientos de pérdida, daño y culpa por el objeto bueno. Generalmente el dolor psíquico que aparece en la posición depresiva por la aparición de las ansiedades persecutorias, sólo puede ser manejado con defensas primitivas maníacas que protegen al Yo de mayor sufrimiento. Las defensas maníacas están basadas en la negación omnipotente de la realidad psíquica. Cuando el dolor psíquico disminuye, las defensas maníacas dan paso progresivamente a la actividad reparatoria.³⁰

²⁹ Melanie Klein (1935): Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresiva.

³⁰ Melanie Klein (1940): 'El Duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos'.

La organización de las defensas maníacas en la posición depresiva incluye mecanismos que ya han estado presentes en la posición esquizoparanoide. Incluye los mecanismos de escisión, idealización, negación e identificación proyectiva. Las defensas maníacas tratarán de evitar cualquier relación entre el Yo [Ego] y el objeto que amenace de contener dependencia, ambivalencia y culpa. La relación maníaca con el objeto se caracteriza por la aparición de tres sentimientos: Control, triunfo y desprecio. El control es una forma de negar la dependencia. El triunfo es una negación de los sentimientos de valoración y de aprecio por el objeto y está relacionado con la omnipotencia. El desprecio por el objeto es una negación directa de los sentimientos de valoración hacia este objeto. El desprecio actúa como una defensa en contra de sentimientos de pérdida y culpa.³¹

La envidia temprana es considerada como uno de los factores que actuando desde el nacimiento afecta la experiencia del bebé con el pecho. Se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica en la cual están involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial. Melanie Klein la diferencia de los celos al plantear éstos últimos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. Existen tres objetos: el amador, el amado y el rival. Se distingue de la envidia porque en los celos hay una relación de tres objetos y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales.

Melanie Klein también diferencia la envidia temprana de la voracidad, al decir que ésta voracidad implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias incluyendo la posibilidad de destruirlo. Sin embargo su objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo.

La envidia temprana tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la

³¹ Melanie Klein (1953): Envidia y reparación.

fuentes de envidia. Es este aspecto dañino de la envidia lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo la fuente misma de todo lo bueno (el pecho), impidiendo las identificaciones con el objeto bueno. La envidia se puede unir con la voracidad, constituyendo así otro determinante para lograr el deseo de agotar enteramente al objeto. Si la envidia temprana es excesiva va a interferir con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, dificultándose los mecanismos de escisión produciendo así estados permanentes de confusión y caos.

Algo más sobre los Bipolares

Los sujetos Bipolares de tipo horizontal [maniaco-depresivos] oscilan en una identificación con el objeto bueno idealizado y el objeto malo denigrado. Cuando la identificación es con el objeto bueno, idealizado, el sujeto se siente grandioso, desconfiado, maniaco [energía disponible excesiva] y desprecia al objeto envidiado. En este caso las angustias son persecutorias. Cuando se encuentra identificado con el objeto malo, desvalorizado, el sujeto se siente disminuido, desvalorizado por sí mismo, sin energía y triste. Aquí la angustia es depresiva. Esta manera de oscilar el funcionamiento de la mente va a ocurrir después de muchos meses de que la mente opera con uno de los dos polos. La causa de esta forma de vivir se encuentra en las carencias de la temprana infancia y no responden de una manera efectiva y duradera a una terapia de entender y conocerse a sí mismo. Los síntomas pueden ser aliviados por medios medicamentosos. Las razones por la cual ocurre el giro de un polo al otro tiene que ver con experiencias traumáticas de la vida cotidiana: desilusiones amorosas, fracasos en la vida y pérdidas.

Los sujetos bipolares de tipo vertical [los borderlines o fronterizos] padecen de un déficit estructural, de un hueco temprano en la constitución de la psique. Predominan las experiencias de carencias afectivas en la temprana infancia. El progresivo entramado, el tejido de su personalidad deja huecos debido a las carencias. Estos déficits dificultan la estabilidad de las progresivas identificaciones del niño. Cuando se hacen adultos son seres muy volátiles, inestables que suelen oscilar en un sentimiento grandioso que le da energía y seguridad [un alto] y luego un sentimiento de desvalori-

zación, pérdida de la energía y cierta tristeza [un bajo]. A veces se les describe como viviendo en una 'montaña rusa' [rollercoaster] que produce una constante excitación con 'el subir y bajar'. En inglés le dicen: [ups and downs].

Capítulo 11
CLÍNICA DE LA PARANOIA

Dejando a un lado la psicopatología y clínica psiquiátrica³² y conservando solo el entendimiento que nos ofrece la psicopatología y clínica psicoanalítica, podemos entonces preguntarnos lo siguiente: ¿Qué es la paranoia y a qué refiere? Es usual considerar la paranoia como una forma particular y extraña de pensamiento que refiere a la presencia de ideas de auto-referencia y de persecución. Es necesario aclarar que el pensamiento paranoico se define como una <idea falsa, que tiene certeza>. Es decir, la persona está convencida de la autenticidad y veracidad de sus ideas, que aún siendo falsas, las considera verdaderas. Estos dos últimos aspectos que parecen sencillos y claros, nos abren a un problema difícil y complejo. Por la siguiente razón. Ocurre que es posible preguntarse: ¿Quién define lo que es falso? ¿Quién define lo que es cierto? y sobretodo ¿Quién define y establece lo que es la realidad?

La respuesta más sensata es la siguiente: La realidad la define el común de las creencias sociales. Esto significa, que lo que la mayoría cree, se convierte en la realidad que nos rodea, es decir se convierte en la realidad oficial. Ahora bien, según sea la naturaleza de la comunidad a la cual se interroga, sobre las creencias que comparten, entonces según la respuesta que den, esa será, la realidad para esa gente. Por lo tanto la realidad no es algo de naturaleza universal. La realidad es subjetiva y depende de la persona o grupo

³² El uso del término psiquiátrico paranoia aparece por primera vez en su sentido específico psicopatológico en 1863 cuando es usado por el muy respetado psiquiatra alemán Karl Ludwig Kahlbaum. La paranoia fue definida por él como 'una forma de locura que se desarrolla en el ámbito de la razón'. Años después en 1899 el gran psiquiatra alemán de la nosografía, el igualmente célebre Emil Kraepelin, publicó en su libro sobre La paranoia la semiología de diversos casos de psicosis paranoica. La obra ha perdido vigencia porque allí se refiere solamente a los delirios de persecución psicóticos. El concepto de paranoia propuesto por Kraepelin en su tratado de 1899 se apoya en los siguientes argumentos: es una psicosis de origen endógeno, crónica, no modificable, por lo mismo grave, que evoluciona hacia la demencia. En Francia se destaca el libro que escribieron en 1909 los celebres psiquiatras franceses Paul Sérieux y Joseph Capgras titulado Las locuras razonantes y el delirio de interpretación que complementan el estudio semiológico y psicopatológico psiquiátrico de la paranoia, especialmente de tipo psicóticas.

de personas que la define³³. Tremendo problema. Porque el concepto del pensamiento paranoico queda reducido a una subjetividad. Alguien cree en algo con certeza, y para algunos ese pensamiento será paranoico, y para otros no. Todo depende de que la idea en cuestión sea considerada: cierta o falsa. Como vemos todo depende de la subjetividad del que juzga.

En el ejercicio de la Psiquiatría el juez de la realidad se ubica en el mejor saber y entender del Psiquiatra. Al entrevistado se le aplica el criterio de realidad del cual dispone el Psiquiatra, según haya sido su propia experiencia de vida. El entrevistado, será o no será, definido como paranoico, según sea el criterio arbitrario del entrevistador. Tremendo problema. En el ejercicio del Psicoanálisis encontramos que no nos interesa poner ningún nombre especial [o etiqueta] al tipo de pensamiento del analizando. Mucho más nos interesa comprender la naturaleza de la relación de objeto, la naturaleza de la angustia que pudiera estar presente en la entrevista y la naturaleza de la ubicación del falo, en la cual el sujeto es colocado por su historia de infancia. Nos interesa comprender las razones de por qué piensa lo que piensa. Es decir en nuestro trabajo no nos guiamos por los síntomas que empujan a un diagnóstico, sino por los mecanismos mentales presentes en ese momento. Se trata de entender: lo que ocurre en la mente de la persona y de entender la relación que los acontecimientos presentes puedan tener con su historia de infancia. En USA dos personas se destacan por su trabajo en relación a la paranoia: El analista W.W. Meissner³⁴ de Boston con su libro sobre El proceso paranoico y el psiquiatra de orienta-

³³ Es importante establecer la diferencia que existe entre el concepto de Realidad y el concepto de Lo Real. Lo Real refiere a uno de los tres órdenes definidos por Jacques Lacan: 'Real, simbólico e Imaginario'. Lo Real es todo aquello que no está atravesado por el significante. Es decir, todo aquello del cual el sujeto no tiene consciencia. Al estar atravesado por el significante y adquirir consciencia, de cualquier asunto, en ese momento, deja de ser Lo Real y pasa a ser la realidad de ese sujeto en particular.

³⁴ El proceso paranoico [The Paranoid Process] de W. W. Meissner. New York. Jason Aronson editor, 1981.

ción analítica Adolf Meyer³⁵ de Baltimore con su trabajo sobre 'Funciones emocionales e intelectuales en la paranoia'. Es importante señalar que Jacques Lacan afirmaba en 1952 que el modelo básico de pensamiento y del conocimiento en el hombre, es de tipo paranoico. Decía: Todo forma de pensamiento es paranoico³⁶.

En la práctica del psicoanálisis con personas que padecen de un sufrimiento originado en esta particular forma de pensar, encontramos, que al menos se pueden diferenciar: tres tipos diferentes de pensamiento paranoico. En cada uno de estos tres tipos vamos a encontrar distintos mecanismos mentales que están en pleno funcionamiento en cada uno de estos sujetos. Así encontramos que en algunos la mente se encuentra organizada de forma más primitiva. Me refiero a que en el segundo y tercer tipo aparece un predominio de funcionamiento narcisista. Veamos ahora los tres tipos de funcionamiento mental que me he permitido proponer aquí.

³⁵ Adolf Meyer fue uno de los pioneros de la introducción del psicoanálisis en los Estados Unidos. Hijo de un pastor, paso a ser el fundador de la escuela norteamericana de psiquiatría dinámica. Había nacido en Suiza, cerca de Zúrich. Inició sus estudios de psiquiatría en la 'Clínica del Burghölzli' con el célebre Auguste Forel. Después de una estada en Londres y después en París, donde asistió a las clases de Jean Martin Charcot, emigró a los Estados Unidos en 1893. Enseñó en la Clark University de Worcester, a la que Sigmund Freud sería invitado en 1909 por Stanley Hall. Fue también jefe de clínica en el Worcester Psychiatric Hospital, donde James Jackson Putnam y William James, constataron que él estudiaba cada caso, como un todo. Seguía la tradición de la escuela de Zúrich que diera origen a esa nueva 'psiquiatría dinámica' de la que Sigmund Freud y Eugene Bleuler fueron también artífices. Adolf Meyer consideraba que la enfermedad mental se debía a una reacción [una respuesta] a un ambiente patógeno y al mismo tiempo a una estructura, donde se mezclaban la organogénesis y la psicogénesis. Entre 1902 y 1910 dirigió el New York State Psychiatric Institute. Allí introdujo los test asociativos de Carl Gustav Jung y la técnica del psicoanálisis en el tratamiento de la demencia precoz [esquizofrenia]. Ese instituto se convirtió entonces en uno de los centros más importantes de la discusión de las ideas freudianas en los Estados Unidos. Fueron muchos los psiquiatras, entre los alumnos de Meyer, que emprendieron más tarde, la vía del psicoanálisis. En 1913 continuó su enseñanza en Baltimore, en la Johns Hopkins University, otro lugar en el que sus alumnos de psiquiatría se orientaron hacia el freudismo.

³⁶ Jon Mills [2003]: 'Lacan on Paranoiac Knowledge' [Sobre el conocimiento paranoico]. *Psychoanalytic Psychology*, 2003 vol:20

Primero: Los pensamientos paranoicos no-organizados. Este tipo de pensamiento aparece de forma diaria, ordinaria. No producen sufrimiento. No muestran tener un razonamiento de persecución definido, ni organizado, ni sistematizado. Refiere a los moderados pensamientos paranoicos que todos nosotros tenemos, casi todos los días. Refiere a los pensamientos de desconfianza y las sospechas que ocurren cotidianamente.³⁷

Segundo: Los pensamientos paranoicos organizados. Estos pensamientos son capaces de producir angustia y sufrimiento al sujeto. Estos pensamientos están más organizados y sistematizados. Estos pensamientos muestran disponer de explicaciones que a veces pueden ser encontradas razonables. Aquí encontramos: los celos organizados, la hipocondría, los denunciadores crónicos llamados querulantes, la megalomanía o ideas de grandiosidad, las creencias extravagantes religiosas-mágicas y ciertos tipos de personalidad que sospechan y desconfían de todos. Considero que es necesario incluir aquí la locura pasional llamada también erotomanía y que fuera descrita brillantemente por Gaëtan de Clérambault.³⁸

Por mi parte considero que la erotomanía es una forma de paranoia lúcida. Esta y otras formas de paranoia lúcida [no psicótica] muestran las ideas paranoicas bien organizadas, con certeza y sufrimiento. Pero estos sujetos no pierden en lo cotidiano, la buena relación con la realidad. Estos paranoicos lúcidos son personas capaces de mantener la cotidianidad, sin llamar la atención de los demás. Estas personas pueden seguir trabajando y viviendo, muestran una adaptación aceptable a las costumbres sociales del entorno. Suelen guardar sus pensamientos paranoicos en privado. A veces, su vida

³⁷ Freud dice en su trabajo de 1921 titulado: 'Celos, paranoia y homosexualidad' que un cierto tipo de pensamientos paranoicos son normales. Aquí incluye cierto tipo benigno de celos, que pueden ser aceptables socialmente.

³⁸ La <Erotomanía> es un trastorno mental inusual, en el que una persona mantiene la creencia falsa, con certeza, de que otra persona, generalmente de un estatus social superior, está enamorada de él o de ella. La erotomanía es también conocida como el 'síndrome de Clérambault' por el psiquiatra francés Gaëtan de Clérambault [1872-1934] quien publicara en 1921 un extenso informe acerca de la 'Psicosis pasionales'. Clérambault fue el único maestro que Jacques Lacan reconoció haber tenido en sus años de formación psiquiátrica.

trascurre en este estado de paranoia lúcida sin nunca buscar, ni sentir que necesitan ningún tipo de ayuda.

Tercero: Los pensamientos paranoicos psicóticos: Son sujetos con evidente pérdida de la realidad y con pérdida de la buena relación con su entorno. Ocurre cuando las ideas paranoicas delirantes son compartidas, mostradas y luego consideradas absurdas por las personas que lo rodean. Además presentan o provocan conductas disruptivas y violentas: en la familia, el trabajo o en la comunidad. A veces las ideas paranoicas van acompañadas de trastornos de la percepción, con alucinaciones auditivas o visuales, además de angustia desorganizadora intensa. Aquí encontramos los llamados 'estados psicóticos'. Algunos son transitorios, desencadenados por un estado tóxico, ya sea de alcohol o drogas. Otros presentan síntomas que hacen pensar en un 'episodio esquizofrénico'.

¿Qué podemos decir del origen de la paranoia?

Esta ha sido siempre una pregunta obligatoria y además difícil de contestar. A finales del siglo 19 y en los comienzos del siglo 20, solo existían las hipótesis de los distintos psiquiatras europeos, quienes como Emil Kraepelin, proponían una etiología endógena, lo cual no significa nada. Solo que viene de adentro. Las diversas propuestas existentes para esa época las encuentro ambiguas e imprecisas. Por ejemplo: (a) La paranoia trata de un trastorno en la actividad de la consciencia. (b) La paranoia es algo de origen intelectual o de origen afectivo pasional. (c) La paranoia tiene un origen por excesiva sensibilidad de los órganos de los sentidos. (d) En otros casos se sugería un desarrollo patológico de la personalidad, sin precisar a cual desarrollo se refiere. (e) Otros la explicaban como algo reactivo a vivencias traumáticas, ya que la paranoia ocasionalmente aparecía en personas perseguidas o fugitivas. En 1920 el distinguido psiquiatra francés Gaitan de Clérambault propone la tesis de la paranoia producida por un 'automatismo mental'. Decía que este automatismo aparece en una psicosis previa. Esta psicosis previa es lo que luego lleva a la construcción secundaria de un delirio paranoico. Otros apoyaban la tesis de una 'tara hereditaria' refiriéndose a algo transmitido por la genes, es decir un mensaje genético que pasa de padres a hijos. Hoy en día los neuropsiquiatras actuales

sugieren la idea de una cierta alteración del equilibrio de los neurotransmisores en el tejido cerebral, ya que según ellos, estos son causantes de las diversas alteraciones del buen funcionamiento mental.

Por su lado, el psicoanálisis tiene propuestas muy elaboradas y con argumentos clínicos sólidos. Estas propuestas se inician con la hipótesis que Sigmund Freud presenta en 1896 en su trabajo sobre las 'Neuropsicosis de defensa', el cuál trata de una mujer quien recién ha dado a luz un hijo y quien después del parto desarrolla pensamientos paranoicos. Luego en 1911 y 1915 Freud presenta su hipótesis más elaborada sobre la génesis de la paranoia y la presenta como algo que surge como consecuencia de los deseos homosexuales reprimidos. Posteriormente en 1921 escribe un corto trabajo sobre los celos, la paranoia y su relación con la homosexualidad reprimida, que complementa su misma teoría.

A lo largo de estos 100 años de evolución progresiva e ininterrumpida de la teoría y de la técnica psicoanalítica, han aparecido otras nuevas hipótesis psicoanalíticas que intentan complementar la hipótesis teórica sobre la génesis del pensamiento paranoico. Posterior a la propuesta Freudiana, considero relevantes e importantes solo dos de ellas. Una propuesta hecha por Melanie Klein aparecida en un trabajo de 1929 y luego en su libro de 1932 y otra presentada por Jacques Lacan en su tesis de grado de 1932. Presentaré más adelante un resumen de todas estas ideas.

Ahora me gustaría presentar el material clínico de un analizando mío que ha sufrido de serias ideas paranoicas. No se trata de un psicótico, con delirio paranoico. No, se trata más bien de un hombre bien equilibrado, estable mentalmente, culto e inteligente. Su personalidad está bien organizada, similar a las que encontramos con frecuencia en nuestra sala de consultas de hoy en día. Este material clínico que a continuación presentaré me dará los argumentos necesarios para introducir modestamente una nueva propuesta teórica personal sobre el origen del pensamiento paranoico.

El caso Abelardo

Abelardo es un analizando masculino de 47 años de edad que consulta hace más de tres años por ideas paranoicas. Estas ideas presentaban una ansiedad suficientemente intensa como para desorganizar su vida. Estas ideas disruptivas habían aparecido con más intensidad cuatro meses antes de iniciar el análisis. Abelardo se ha casado tres veces en su vida y en cada uno de estos matrimonios ha procreado hijos. Lleva catorce años en un tercer matrimonio muy satisfactorio. Actualmente ejerce libremente y con mucho éxito su profesión. Su eficacia laboral se mantiene aun sufriendo de estas ideas de naturaleza paranoica.

Información preliminar

Además de la angustia Abelardo presenta temor a sufrir un colapso mental. Esto último es algo que lo preocupa mucho, ya que tiene historia de una experiencia similar que lo llevó a una hospitalización psiquiátrica desagradable hace diecinueve años. Ha tenido dos experiencias psicoanalíticas previas, ambas con analistas varones muy competentes. Estos analistas eran de otra escuela de pensamiento psicoanalítico, diferente a la mía.

Dos años antes de llamarme a pedir una cita había suspendido su anterior análisis el cual había durado 15 años. Este análisis que había sido muy satisfactorio lo interrumpe cuando su analista se va del país. Llevó de manera tranquila la experiencia de la terminación y la despedida de su analista. Hoy en día siente mucha ansiedad por su recién iniciada relación amorosa clandestina con una nueva mujer. Esa ansiedad paranoica de relativa intensidad, además del temor a las posibles consecuencias catastróficas de esta nueva relación amorosa, es el motivo de la consulta actual.

Desde hace veinte y cinco años tiene una oficina exitosa de servicios muy especializados la cual comparte con un único socio. Este socio, más experimentado, es bastante mayor que él. Allí trabaja como contratada, una calificada profesional joven, que según dice él, es muy atractiva y muy capaz. Esta joven mujer es el nuevo objeto de un amor pasional mutuo.

Su madre ya anciana está viva y su padre falleció a los dos meses de iniciado el análisis conmigo. De su madre dice que a veces se condujo como una madre ausente. Sin embargo también dice que es un ser maravilloso, siempre fue una mujer elegante e inteligente. A veces dulce. Dice que esta madre tuvo sus periodos de ausencia durante su vida de infancia.

De su padre dice, que su vida fué todo un desastre. Pasó de ganadero exitoso, a diplomático mediocre y fracasado. De hombre muy rico, pasó a un ser empresario empobrecido, tramposo y hasta delincuente. Dice que su padre tuvo cinco esposas. Y lo más importante es que varias veces su padre le deseó la muerte. Años después su padre lo maldijo. Este hecho de la maldición ocurrió a sus 26 años de edad y fue provocado cuando el analizando se negó a ser cómplice de un fraude que su padre intentaba hacer sobre una de las ex-esposas de su padre, al intentar privarla de sus bienes legítimos. En su anterior análisis tenía la sugerencia clara de parte de su analista de apartarse de él. Cosa que cumplió y lo cual expresa con mucho alivio.

Algo más de su historia de infancia

A los siete años de edad sus padres se divorcian y Abelardo sintió en esa época que él fue abandonado por el padre. Cosa que le dolió muchísimo. Al cumplir los veintiún años de edad, ya egresado de la universidad, trabajando y produciendo dinero, se casa por primera vez con el amor de su juventud. Con esta primera esposa, tiene su primera hija, quien hoy en día no lo trata. Esta primera esposa lo deja por las repetidas infidelidades de él. Desde entonces ella es una enemiga empedernida. El me aclara que siempre ha sido polígamo. El siente que no puede ser de otra manera. No le es posible ser monógamo. Definitivamente eso es algo imposible para él. Siempre tiene entre tres o cuatro mujeres que él describe como sus novias, además de su esposa. A todas ellas, él las ama, y todas están contentas con él. Solo, que alguna en especial, es el objeto de su pasión.

Su segundo matrimonio muy amoroso dejó dos hijos, un varón y una hembra, que el adora y a los cuales dedica bastante tiempo.

Este segundo matrimonio termina por el mismo motivo: La infidelidad, que no es aceptada por la segunda esposa. La cual también queda muy resentida con él. Esta es la separación que coincide con su colapso mental y necesaria internación psiquiátrica que mencioné al comienzo del historial. Al recuperarse de su colapso mental y terminada la separación de su segundo matrimonio pasa a vivir con una de las novias de forma provisional. Ella insistía mucho en vivir con él. Con ella, ambos han disfrutado de una espléndida relación sexual multiorgásmica. Ella, la que será su tercera esposa, tiene un carácter muy apacible y tolerante. No padece de celos, ni reclama sus horarios. Ella es, por su cuenta, una profesional muy exitosa. Con ella tiene tres hijos menores a quienes adora por encima de todas las cosas. Estos hijos le ofrecen cuando él los abraza: refugio y seguridad. Estos hijos menores le ofrecen un alivio a sus permanentes angustias.

Según ha sido el pedido de su actual objeto de pasión, Abelardo ha dejado o ha terminado con dos novias, para poder ofrecerle la exclusiva que tanto desea ella. Con esta atractiva mujer a quien llamaré Eloísa, Abelardo tiene unas relaciones eróticas orgásmicas apasionadas y múltiples. Todo esto ocurre además de la presencia de su tercera esposa a la que ama y de la que no desea separarse y con quien también disfruta el sexo orgásmico intensamente.

El día que su padre muere y debemos recordar que él estaba muy distanciado de él, Abelardo ya está en análisis conmigo. Su muerte le presenta a él un nuevo problema. Él, es el mayor de todos los hijos, de todos los matrimonios de su padre. Todos en la gran familia esperan que el ejerza el liderazgo en el proceso funerario. En resumen: el aceptó la responsabilidad económica de ese liderazgo familiar y se encargó de todos los gastos funerarios. Esto ocurre de manera natural, sin aparecer ningún problema. Asistió a todo el proceso de velorio y enterramiento. Sin embargo, puedo decir que la muerte de su padre desató en él ciertas ideas paranoicas agudas, que causaron su preocupación y la mía. Por ejemplo, durante el velorio se fue la luz de la funeraria. El entendió que esa era una señal que desde el más allá le enviaba el padre. Otra cosa, el ticket del estacionamiento de su carro en la funeraria, resultó llevar un número inscrito. Ese número era el 666. El interpreta que este

número, también es un mensaje definitivo de advertencia, quizás de algún peligro o castigo que según Abelardo, el padre le envía desde el más allá.

Durante todo este proceso funerario él continúa normalmente con sus sesiones. En esta sesión en que está hablando de todo esto, yo observo, que él mantiene un cierto criterio de realidad, al preguntarme: ¿qué opino yo de esos fenómenos paranormales? Yo preferí dar una respuesta clara y directa, con la idea de reforzar el criterio de realidad. Entendí que ese no era momento para ambigüedades. Le dije que para mí ambas cosas eran asunto del azar. La falla de la luz eléctrica es algo común en la Venezuela de hoy en día y el número del ticket del estacionamiento, definitivamente es un asunto del azar. Le afirmo que para mí, todo esto, no tiene ninguna significación especial de tipo paranormal, ni son mensajes del más allá.

Se calma con mi opinión y días después me narra que su padrino con quien habló en los ritos funerarios, había opinado igual que yo. Lo cual le agradó mucho y dijo que había hecho un esfuerzo por dejar de pensar en esos asuntos paranormales. En la sesión siguiente insiste en que ha dejado de pensar en esa teoría de los mensajes que su padre le envía desde el otro mundo, desde el más allá.

Le digo que este asunto de la muerte de su padre y los reclamos que su padre pudiera tener para con él, están matizados por sentimientos contradictorios. Por un lado su sufrimiento por el abandono temprano que él sintió. Por otro lado, un cierto amor que siente por su padre. Que estos sentimientos de amor y odio se le enredan. Opino que esta contradicción da origen a sentimientos de culpa. Esta culpa le hace pensar en mensajes de peligro o castigo provenientes del más allá, que yo entiendo como pensamientos paranoicos.

Sesión del día lunes

Abelardo dice: ...'He estado muy preocupado con mis clases en la Universidad. Esto que ahora tengo ya me ha dado otra vez anterior. Pero tengo que decirle que casi no lo soporto. He pensado en pedir

un permiso justificado que me permita suspender mis clases y dejar que mi suplente siga con la materia. Lo que me pasa es lo siguiente: Cuando comienzo a dar mi clase, observo que hay dos o tres cursantes que se tocan repetidamente la nariz. Una y otra vez. Para mí, eso está claro: significa que ellos están dejando saber a los demás, que yo no estoy calificado moralmente, para dar esa enseñanza. Están dejando saber que soy un hombre infiel, que engaña a su esposa. Eso me crea angustia y me crea dificultades para concentrarme y dar una clase impecable, como a mí me gusta. Estoy pensando en suspender estas actividades académicas y dejar al suplente. Además es verdad que estoy muy atareado con el trabajo, las horas no me alcanzan'... ³⁹

Sesión del día miércoles

Esta ha sido una semana dura. El día lunes después de salir de aquí, salí con Eloísa y nos fuimos al cine los dos juntos. Esto ocurre por primera vez en este año. Allí me encontré con Matilde, quien se acercó a saludar. Yo las presenté. Matilde era mi amante principal, antes de comenzar relaciones con Eloísa. Matilde es una mujer divorciada, con una profesión de éxito, muy rica y muy hermosa. Admito que ella me gusta mucho, pero no estaba enamorado de ella. Terminé con ella hace ocho meses. Pero la vi una vez, con relaciones sexuales incluidas, hace tres meses. Para mis efectos, yo estoy terminado con ella, desde hace ocho meses, fue cuando le dije que me había vuelto monógamo. Que por eso regresaba a mi tranquila vida conyugal, con mi familia.

Al salir del cine empecé a recibir mensajes telefónicos de Matilde. Estaba enfurecida conmigo. Decía que la había engañado. Que de ser un hombre, pasé a ser un hombrecito. Yo decidí no contestar nada. Hoy en la mañana me mandó tres mensajes más. Estoy preocupado que ella pueda hacer una locura y de que en una forma anónima, informe a mi esposa, de mi vida infiel.

Sesión del día viernes

³⁹ Efectivamente semanas después encuentra un argumento muy válido para dejar las clases y nombrar el suplente por el resto del año académico.

...‘Ahora estoy un poco cansado porque anoche me tomé exactamente cuatro whiskies. Creo que me hicieron bien, los necesitaba. Ayer sufrí un severo ataque de paranoia en la mañana y otro en la mitad de la tarde. Sufrí mucho.

Cuando ayer en la mañana llegué a mi oficina, me encontré que Eloísa y Luis no estaban en sus puestos de trabajo. Pensé lo peor. Estaba claro para mí. No pude evitar este ataque paranoico. Lo sé: ellos estaban juntos haciendo el amor en algún lado.

Tenía que agarrarme de algo. Agarrarme de algún argumento para detener ese ataque. Pensé que ella me amaba, leí el mensaje que me ella me dejó en el teléfono el sábado pasado. Un mensaje de amor apasionado. Me decía que yo era su rey amado y que ella había hecho un pacto insoluble de amor, con el suspiro de mi corazón. A las once de la mañana ella me llamó y me dijo que estaba con su ex-esposo firmando unos documentos. Eso debería calmarme. El logos me dice, que entonces, ella no está con Luis. Sin embargo mi mente absurda, no deja de pensar, que ella está con Luis, todo esto es locura. Almorcé con un cliente y no dejaba de pensar en el dolor que me producía el saber que ella estaba con Luis.

Cuando llegué a la oficina después de almuerzo, en las horas tempranas de la tarde, los encuentro a los dos sentados, cada uno, en sus puestos de trabajo. Eso me disparó aún más la paranoia. Es decir pensé que fueron juntos y vinieron juntos. La llamé a mi oficina y le pregunté directamente: Si ella había estado con Luis. Ella me lo negó rotundamente. Y yo le creí. Eso me alivió algo. Por razones de azar Luis entró luego en mi oficina y me contó sus tareas de la mañana y adonde estaba. Lo cual me calmó aún más.

En la tarde noche decidimos salir a tomar algo, para relajarnos. Allí, ella se tomó dos whiskys y yo me tome cuatro. Luego fuimos a un hotel y tuvimos sexo apasionado e intenso. Fue muy satisfactorio para los dos. Le digo que me daba cuenta que habíamos estado juntos sexualmente con bastante frecuencia. Ahora, yo me pregunto, qué debo hacer para aliviar esta intensa crisis de paranoia.

Le digo que esta crisis paranoica debe entenderse de alguna manera. Ud. insiste en que es un polígamo natural. Que no puede tener una sola mujer, que necesita varias. Es muy llamativo que usted insista aquí de viva voz, que no tiene sentimientos de culpa con esto. Sin embargo me pregunto si esta ‘posible culpabilidad’ de ser adúltero, no se muestra como culpa, pero aparece como paranoia [en los ataques de celos]. Ud. muestra un pensamiento paranoico que tiene su certeza, además lo hace sufrir: Es decir, propongo que usted fabrica su propio castigo, a su creencia del delito de ser un adúltero.

‘Caramba muy interesante. Pero yo no siento culpa, más bien siento un malestar, como un dolor. Es como Ud. dice: un sufrimiento. Sin embargo estoy de acuerdo con usted en algo: Este sufrimiento aparece como un efecto de la paranoia. A veces tengo miedo de perder a Eloísa. Además tengo miedo de perder a mi esposa y a mis hijos. No quiero salir de mi casa, no quiero perderlos. Eso yo se lo había dejado ver muy claro a Eloísa, desde el principio de nuestra relación. Ella aceptó esa relación conmigo bajo esa premisa básica’.

Sesión del siguiente lunes

‘Hoy me encuentro bastante más calmado. Seguí la idea que discutimos anteriormente, de tratar de bajar la frecuencia y la intensidad de los encuentros con Eloísa. Decidí utilizar un método: No verla los fines de semana. Me pareció una idea muy buena. Afortunadamente tenía actividades extracurriculares con mis hijos que me ayudaron a no verla. El sábado salí a una verbena con mis hijos. Fue estupendo. La pasé muy bien con ellos durante todo el día. Llegamos de regreso a la casa a la 5 PM y me encontré, con que mi esposa Alberta estaba triste. Le pregunté el porqué de su tristeza y no supo contestar. Me dijo que solo de hablarle, estaba a punto de llorar, sin saber porqué’...

Luego Abelardo me narra que salieron a cenar con todos los hijos y regresaron a dormir. El domingo tenía otra reunión colegial de sus hijos menores en el otro colegio. Fueron allí todos muy contentos. Regresaron a almorzar a la casa y Alberta cocinó para todos un almuerzo estupendo. Dice que su casa es muy linda, con un comedor

espectacular. La pasaron muy bien y Alberta se le quitó la tristeza. El domingo en la noche recibió un mensaje de texto de Eloísa, sumamente amoroso. Un mensaje tan poético, de una mujer tan enamorada, que eso lo ayuda a confiar en su amor de ella, por él.

Me dice que el viernes Eloísa le había preguntado por las citas de su análisis que tiene escritas en su agenda. Eso es parte de su trabajo. Revisar su agenda y llevar su agenda. El me dice, que le informó, de que eran citas con su analista. Ella preguntó ¿por qué vas a un analista? Él le respondió porque tengo un conflicto con la figura de mi padre y estoy interesado en conocer más de eso. Lo cual es verdad. Me dice que prefirió no informarle más detalles.

En la noche de ese día, antes de regresar a su casa, Eloísa quien también, como parte de su trabajo, tiene que manejar sus e-mails e imprimirlos para él, le mostró un correo que le había enviado su segunda esposa. Era un correo ofensivo. Allí le enviaba la copia de un trabajo sobre los sociópatas. En ese trabajo se dice que los sociópatas son inteligentes y exitosos profesionalmente. Pero que no se relacionan afectivamente con la gente, ni con su familia y suelen hacer mucho daño a las personas que supuestamente quieren. Esto que ella dice en el correo me dolió mucho. No creo que yo sea un sociópata, porque sufro mucho con los sentimientos de culpabilidad y con los sentimientos de hacer daño a mis seres queridos. No quiero que ellos sufran y que yo sea el causante de ese sufrimiento. Digo esto y quiero que quede claro que no le estoy pidiendo que usted me dé su opinión profesional. [Por mi parte, yo pensé, que él no era un sociópata, sin embargo, para mí, estaba clarísimo, que yo guardaría silencio].

Después de un corto momento de silencio en la sesión, le dije que en relación a su vida sexual, yo encontraba un asunto misterioso. Le digo: 'Está claro que su vida sexual de poligamia le produce alivio de algún tipo de malestar. Yo diría que la poligamia suya, es una forma de curación de algo. Y me gustaría preguntarle: ¿De qué lo alivia esta poligamia?'

El responde bastante rápidamente: 'Del abandono en mi infancia' ¿De cuál abandono? Le pregunto yo. 'Del abandono paterno' 'A

pesar de todo, mi madre siempre estuve presente: Yo para ella y ella para mí'...

Entonces le pregunto: ¿Su padre era polígamo? Me responde que sí. Y agrega, 'Yo lo vi varias veces en mi vida con otras mujeres. Cuando tenía cuatro años nos mudamos a una casa nueva y allí nos visitaba una mujer, con tres niños pequeños, que no eran hijos de mi padre. Pero tanto mi madre, como yo, sabíamos, que ella era, la otra mujer de mi padre. No entiendo como mi madre aceptaba sus visitas a almorzar. Todos nos sentábamos a la mesa juntos. Un año después nos mudamos al extranjero. Allí una noche, mi padre regresó a altas horas de la madrugada y estaba completamente ebrio, además violento. Yo tenía cinco años, mi madre cada vez que mi padre se ausentaba en la noche, me subía a su cuarto y a su cama para que yo le hiciera compañía. Cuando él llegó, me sacó violentamente de la cama. Me sacudió, me agarró y no me soltaba. Le gritaba a mi madre que ¿dónde estaba el hombre? ¿Que donde había escondido a ese hombre? Eran noches de violencia familiar y yo lloraba.

...'A los siete años, ya de regreso en Caracas, comenzamos a vivir en la casa de mi abuelo materno: un hombre cariñoso, comprensivo y muy proveedor. Una tarde, me dijo mi tía: ...'que mis padres se habían divorciado'. Yo no podía comprenderlo. Desde entonces, no vi más a mi padre, hasta que cumplí los catorce años. El me iba a buscar para sacarme a algún sitio. Yo corría y me escondía en el jardín. Me trepaba a los árboles y allí me escondía. No me encontraban y él tenía que irse sin mí. Hasta que un día estando en una finca en Macuto, mi madre me dijo que mi padre estaba allí y que quería entregarme un regalo. ¿A mí? Si tengo tantos años sin verlo. Me regaló una motocicleta de motocross. Allí comenzamos a vernos con cierta frecuencia'...

Yo le dije que esta parte de su historia me muestra una paradoja. Por un lado, el padre que se divorcia, un padre que abandona a la esposa y al hijo. Pero por otro lado, es el hijo que al esconderse y rehusar la presencia del padre, es él quien abandona al padre. Es decir, el padre abandona al hijo y el hijo abandona al padre.

Se queda pensativo. Y dice: ...‘La presencia de mi padre siempre fue peligrosa para mí. Desde muy niño y luego ya de grande, me resultaba peligroso, hasta me maldijo y me deseó la muerte. En una oportunidad, aún sin graduarme, el estaba en el extranjero y me pidió ayuda profesional a distancia. El estaba muy lejos y deseaba hacer una transacción comercial. Me da un poder legal para pagar la deuda hipotecaria de un inmueble. Me pide que ese inmueble, luego de pagar la deuda, pase a mi nombre [yo como testafierro] y luego a posteriori, yo se lo devolvería a él, poniendo el inmueble a su nombre. Resultó que al hablar con la inquilina del inmueble, quien resultó ser, la tercera esposa de mi padre, él quería dejarla en la calle. No acepté dejarla en la calle. Pagué la hipoteca del inmueble y se lo pasé a ella, como propietaria. Mi padre se enfureció, me maldijo y además deseó mi muerte’...

Entonces yo le digo: ‘Evadir las invitaciones de su padre hasta los catorce años parece que tenía un motivo: le daba temor y miedo de estar a solas con él. Por algún motivo, usted percibía a su padre como un ser peligroso’.

...‘El siempre fue peligroso para mí. El día en que yo sufrí la gran depresión, hace diecinueve años, el famoso colapso mental, que ocurrió con el segundo divorcio mío, él dejó su revólver en la guantera de mi carro. El nunca se separaba de su revólver. Sin embargo lo puso allí. ¿Sería para que yo lo usara? ¿En mi suicidio? ¿Quién sabe? Eso me asustó muchísimo. Llamé a su hijo del tercer matrimonio, un hombre ya mayor, y le entregué el revólver. Fui hospitalizado y no quise saber más de ellos.

Las sesiones siguientes

A la sesión siguiente inmediata Abelardo faltó y no llamó. Me dejó esperándolo. La sesión siguiente llega puntual y se excusa por su inasistencia a la sesión anterior. Dice que estaba fuera de Caracas, fue una salida motivada por un trabajo inesperado y no tenía en su agenda el número de mi teléfono para llamarme. En esta sesión él dice algo que llamó mi atención. El día viernes, él había regresado a su casa temprano y su esposa no estaba, ya que ella estaba trabajando. El dice que se acostó cansado, temprano, con sus tres hijos

pequeños y se sintió muy protegido por ellos. Se durmió y su esposa llegó después de la media noche. Todo bien.

Me llamó la atención la ausencia de celos [él que es un hombre celoso]. Mostraba una plena confianza en su esposa. Nada, ni siquiera un comentario. El estaba tranquilo. Me parece claro, que sus celos y la mayor desconfianza, aparecen en forma directa y específica con su socio, un hombre de mayor edad y experiencia. Podríamos decir que el compañero de oficina es una figura paterna. Por lo tanto la idea es la aparición de los celos relacionado con la figura del padre.

En la siguiente sesión llega puntual y me dice que ha tenido que venir con Eloísa ya que venían de una visita profesional e iban en un solo carro. Devolverla a la oficina y luego regresar a la consulta, resultaba imposible. Por eso tuvo que venir con ella. Me la presenta en la sala de espera. Él y yo pasamos a la sesión y ella se queda en la sala de espera. Al terminar la sesión, él sale por otra puerta y no la vi. No necesité de despedirla. En esa sesión él me plantea una crisis de celos que sufrió Eloísa. Eloísa había estado presente en una llamada telefónica que él recibió de Matilde, la mujer que vieron en el cine un tiempo atrás. Eloísa le pidió que la llamara de nuevo, en su presencia y le dijera que no le llamara más y que no deseaba verla más nunca en la vida. El analizando entiende su reacción de disgusto y sus celos. Le aclara que no hay motivo de celos y se niega a hacer esa llamada. El dice que esa llamada es insensata y que por lo tanto no es posible. Ella le dice que entonces están terminados. Y con la misma, se retira de la escena. En la noche de ese día Abelardo duerme muy bien y descansa. Ella lo llama en la mañana y le dice que ella 'no ha dormido' en toda la noche. Que tienen que hablar. El está muy de acuerdo.

Yo entonces le digo: ¿Por qué estaba Ud. tan tranquilo? El no sabe la respuesta. Primero pensó en la idea 'de un alivio'. De un gran alivio. Yo le pregunto: ¿Alivio de qué? Y dice: 'de un peso'. Le pregunto de nuevo: ¿Peso de qué? 'de que la intensa y apasionada relación con Eloísa, me enfrenta con la idea repetida en mi mente, de dejar mi casa y mis hijos, cosa que claramente no deseo hacer. Pero puede pasar que las cosas me lleven a eso. Cosa que no quiero que pase. Es un alivio de ese peso'.

En la siguiente sesión me dice que su esposa Alberta está muy disgustada. Que existe casi una crisis familiar. Su esposa desea que su hijo del segundo matrimonio, un hijo varón de 20 años que vive con él, se vaya de la casa. Explica que su esposa se queja de lo hostil de la conducta de su hijo, para con ella. No lava sus platos. Deja la leche fuera de la nevera y lo más grave: no baja la poceta después de defecar. El me ha explicado que este hijo, se fue a vivir con él a consecuencia del uso o quizás abuso de marihuana y de perder dos semestres en la Universidad. Se mudó con él hace seis meses, con su aprobación y con la ilusión de poder ayudarlo. Comenzó a trabajar en un empleo manual activo de plomero y está en psicoterapia con un especialista en abuso de drogas, según el cual su hijo está mucho mejor. Me dice que él quiere ayudar a su hijo. No puede enviarlo de regreso a la casa de su madre, porque esa relación es tensa, agresiva y le causa daño. No puede enviarlo a la casa de su abuela paterna, ya que es una casa ubicada muy lejos. Solo ha pensado en la posibilidad de alquilar un apartamento y vivir con él, dejando su casa y sus tres hijos menores, cosa que él no desea hacer.

Yo le digo que tal parece que ésta en una disyuntiva muy difícil para él. Que él piensa en hacer algo: 'dejar su casa para ayudar a su hijo', algo que el mismo no quiere hacer. Yo pregunto: ¿Por qué no se le ocurren otras alternativas? Me responde que la situación es difícil. Algo hay que ofrecer a su esposa. Él dice: ...'Quizás correr la arruga unos seis meses. Pedir a mi hijo que se esfuerce más y no haga esas cosas hostiles en casa, sobretodo lo de la poceta. Que continúe con su trabajo de plomero y se prepare para regresar a la universidad'.⁴⁰

Otras sesiones posteriores

En tres sesiones posteriores me plantea una situación que él considera novedosa. En un momento en que él estuvo a solas con su socio en el automóvil, este socio le decía que Eloísa estaba arreglándose mucho. Que eso le hacía pensar que ella tenía un novio. Abelardo decide abrirse en su intimidad. Le dice que él tiene una relación muy especial íntima con Eloísa. El socio se queda sorprendido

⁴⁰ Meses después el hijo retoma la Universidad y se va a vivir fuera de la casa.

y le dice que tenga cuidado con esa relación, 'porque uno sabe como empiezan las cosas, pero uno nunca sabe, como terminan'. Posteriormente, él le cuenta a Eloísa esta conversación. Entonces me dice: ...'que él está conforme con haber hablado sinceramente de asuntos íntimos con su socio. Propone que esto tiene un efecto en él. El efecto de disminuirle sus preocupaciones paranoicas con él.

Yo le digo que esto podríamos examinarlo con más cuidado, ya que la relación con su socio, que es una persona mayor podría verse como una relación a la figura del padre. Lo cual sugiere la idea de una 'preocupación celosa paranoica' relacionada con la figura del padre. ¿Porque será esto así?

Posteriormente transcurrieron los días y el trabajo seguía de manera ordinaria. No apareció ninguna conversación especial entre el socio y Eloísa. Al final de la semana Abelardo tenía que dar una conferencia fuera de la ciudad. Pensó en llevar a Eloísa y quedarse allí. Sin embargo no lo hizo, porque eso podría afectar [al estar ausente Eloísa] la eficacia y efectividad de la oficina. Al fin y al cabo, eso era lo que verdaderamente, le podría interesar al Socio. Sin embargo, Eloísa sabía de esa posibilidad y al final del día de trabajo lo buscó para estar juntos. Refiere que el encuentro sexual fue muy satisfactorio. Refiere que los temores celosos paranoicos, con el socio, efectivamente han disminuido mucho, pero que pueden aparecer en cualquier momento o con otra persona.

Entonces le digo: Que estos celos paranoicos podríamos examinarlos aún más. Yo lo veo como una expresión de 'sentimientos de culpa inconscientes' con la figura del padre, que originan el deseo en él, de que el padre le quite su mujer. Perder la mujer amada es algo como un castigo, una punición. Esto terminaría siendo un 'sufrimiento de naturaleza paranoica'.

Me escucha, se queda callado y dice: ...'Estos sentimientos de culpa deberían venir de la niñez. Yo adoraba a mi padre, lo amaba. Cuando él se separó de mi madre, yo no lo quise ver más. Eso me dolía demasiado. Cuando él venía a buscarme, yo me escondía en la copa de los árboles para que no me encontraran. Quizás de eso, de evadirlo, me queda un sentimiento de culpa. Pero no me es claro.

Observaciones clínicas complementarias

Abelardo me dice que ahora se ocupa más de su casa y de sus hijos a quienes adora. Llegó a un arreglo con su esposa Alberta y él quiere llevarlos temprano en la mañana, él solo, al colegio, tres veces a la semana. Es un rato que disfruta al estar a solas con ellos. Las otras veces los lleva Alberta. Hace la tarea escolar con ellos. Eso le gusta mucho y me dice que eso le produce un sentimiento especial de paz y tranquilidad. Un sentimiento de pertenencia. Estar con sus hijos le da paz interior. Estar con sus hijos lo hace sentirse aliviado, porque no siente ninguna culpa.

Ha logrado distanciar los encuentros sexuales con su objeto pasional. Ella sigue siendo un objeto sexual muy deseado por la manera como ella pone en acto su placer sexual. Me dice que ella se masturba, viéndolo a él masturbarse y entiende que ella idealiza su magnífico pene. Suelen tener coitos y orgasmos repetidos. Toda esta vida sexual se ha distanciado por acción de su propia voluntad. Dice tener el 'timón del barco en sus manos'. Ya no se trata de un 'ratón en las garras de una gata'. Se trataría más bien de una situación de 'dos gatos adultos' viéndose y dándose placer mutuamente. Afirma que él siente que de 'un estado de regresión' de sentirse 'indefenso' ante este poderoso objeto de deseo sexual, a pasado a un estado donde él siente que tiene el control de sus actos y de su conducta. Él sale o no sale con ella, según sea su propia voluntad.

La relación con su socio en la oficina ha mostrado tener ciertos cambios. Específicamente después de haber conversado con sinceridad sobre su relación amorosa con Eloísa. Dice que ahora siente la relación con el socio como una relación con un igual. Lo más importante para él es que no tiene celos paranoicos con él. Esta dispuesto a distanciarse todo lo que pueda de Eloísa, a quien reconoce como un objeto de deseo sexual casi irresistible.

Tres observaciones adicionales

1. La transferencia actual transcurre en términos positivos. Entiendo que esta transferencia está basada en la relación que en su in-

fancia mantuvo con el padre amoroso y amado. No con el padre odiado. Observo que Abelardo tiene mucho respeto por mi manera de pensar que se basa en la lógica. Algo diferente de sus dos analistas anteriores, quienes utilizaban para interpretar recursos ilustrativos de arquetipos con un pensamiento intuitivo, basado en imágenes. A veces recurrían a ilustraciones con mitos griegos. Su último analista era un hombre muy cuidadoso de su encuadre. Esa metodología de trabajo le resultó muy útil a Abelardo. Le ayudó a comprender mucho de su vida interior. Yo no encontré necesario interpretar los elementos transferenciales positivos para conmigo. Estoy convencido, de que proceder de la manera en que lo he hecho, ha sido lo mejor. Siempre estoy en guardia, de evitar la 'banalización' de ese recurso tan valioso que es la 'interpretación de la transferencia'. Cuando el 'trauma temprano' pre-verbal hace presencia en la transferencia, entonces, es cuando la interpretación de esa situación de infancia, revivida y revelada en la transferencia, es muy valiosa. A veces resulta ser una revelación salvadora para el futuro del analizando. Por eso es preferible ser cuidadoso en el uso de la 'interpretación de la transferencia'. Y sobre todo no banalizarla.

2. Es necesario informar tres cosas: Primero, el material clínico que he presentado aquí corresponde con la primera mitad del análisis. Narrar con detalle los tres años y medio que lleva este análisis resultaría en un texto muy voluminoso, lo cual no es el propósito de mi presentación. Segundo, Abelardo ha recibido una copia de este trabajo para su información y autorización. Tercero, deseo mostrar a ustedes una hipótesis personal de la génesis y formación del pensamiento paranoico. Esta hipótesis la voy a mostrar, después de haberles presentado, el resumen de las hipótesis psicoanalíticas previas presentadas por otros analistas.⁴¹

⁴¹ Las ideas de Freud sobre la paranoia tienen más de 100 años de haber sido presentadas. Las de Melanie Klein sobre los mecanismos paranoicos tienen 75 años que fueron publicadas. Y las ideas de Jacques Lacan sobre el origen del pensamiento paranoico tienen 50 años de haber sido ampliamente discutidas en París. Estas tres proposiciones mencionadas se complementan una a otra. No son excluyentes. Al contrario se clarifican mutuamente.

3. Puedo brevemente agregar que la segunda mitad del análisis con Abelardo ha trascendido muy favorablemente. Su angustia y sufrimiento paranoico ha disminuido hasta casi desaparecer. Al menos por ahora. Por otro lado debo decir que han ocurrido eventos y cambios importantes en su vida. Cambios con su hijo, cambios con Eloísa, de quien se ha distanciado muy significativamente. Casi no la vé y sin relaciones sexuales incluidas. Importantes cambios en la vida de su esposa Alberta. Cambios sobre los pensamientos paranoicos en sus clases universitarias y sobre desarrollos importantes en su profesión. Todos estos asuntos son favorables para el desarrollo de su vida. Considero que para la propuesta que voy a hacer aquí, sobre el origen del pensamiento paranoico, estos eventos mencionados, ocurridos en la segunda mitad del análisis, no afectan la propuesta que hago. Por eso me eximo de presentarlos y mantener relativamente breve la narrativa de este historial.

Una observación clínica adicional

En una sesión posterior a la que narré anteriormente, Abelardo habla sobre las ideas paranoicas de tantos años y habla sobre la idea del sacrificio. El está convencido de que su padre, varias veces en la vida, le deseó su muerte. El amor y el odio que su padre podría haber sentido por él, se mezclan a lo largo de su vida. También está convencido de que él, amaba a su padre y a su madre. Vuelve sobre la idea del sacrificio. No se trata de una idea suicida. Se trata de morir por un ideal. Piensa, que en una época, él hubiera podido estar dispuesto a morir por ayudar a su padre. Esto nos llevó a una exploración de dos ideas. Por una parte, los orígenes de la idea paranoica y por otra parte los orígenes de la idea del sacrificio. De esa sesión me quedaron a mí varias interrogantes que ciertamente están relacionadas con estos dos problemas teóricos. A continuación voy a narrar las ideas y propuestas, que a lo largo de los días surgieron en mí, como consecuencia de esa sesión.

Primero, las ideas teóricas sobre el objeto paranoico

Esta parte es bastante sencilla ya que son ideas descritas y muy conocidas en la teoría psicoanalítica desde hace muchos años. Primero es necesario presentar las ideas que Freud tenía a finales del

siglo 19. En su trabajo de 1896, titulado 'Nuevas observaciones sobre las Neuropsicosis de defensa', Freud analiza el caso de una joven madre que desarrolló síntomas paranoides en el postparto. Allí destaca el aspecto defensivo de los síntomas y a la represión de recuerdos dolorosos infantiles. Aquí la carga de una idea intolerable y angustiada se alivia a través de utilizar el mecanismo de proyección. La culpa derivada de las experiencias sexuales infantiles se devuelve en forma de acusaciones que se presentan como alucinaciones auditivas. Así encontramos una paciente que se ha protegido con auto-reproches alucinatorios. En los estados obsesivos Freud observa que las ideas de auto-reproche son reprimidas y sustituidas por el control. Pero en la paranoia, el auto-reproche se reprime y se proyecta dando origen a una desconfianza paranoica hacia los otros. El retorno de lo reprimido se presenta en forma de ideas paranoicas y alucinaciones. Sin embargo las peticiones de aceptación que hace el ego y la necesidad de conservar la defensa, exigen que el ego se adapte a estas ideas, de modo que los delirios interpretativos [paranoicos] aparecen como una alteración del ego y como una etapa secundaria de la defensa.

Al comenzar el siglo 20 y después de un importante desarrollo de la teoría analítica, se hace necesario y obligatorio, presentar las contribuciones más organizadas que sobre la paranoia hiciera Freud. Aquí es necesario presentar el célebre trabajo que Freud dedicara en 1911, a la obra escrita en 1903, por Daniel Paul Schreber. Esta obra de Schreber fue titulada en español: 'Memorias de un neurópata'.⁴² En este documento, escrito en el Sanatorio Mental de Dresden [Alemania] por el Presidente de la Corte de Justicia [Daniel Paul Schreber] se describe con mucho detalle el 'delirio paranoico

⁴² El libro titulado 'Memorias de un neurópata' escrito por Daniel Paul Schreber, fue publicado originalmente en alemán en 1903 y luego en 1978 publicada en español por ediciones Petrel en Buenos Aires. La traducción fue hecha directamente del alemán. Schreber en el prefacio dice lo siguiente: 'Cuando comencé este trabajo no tenía intención de publicarlo. Tuve presente las exigencias que parecían ser un obstáculo para su publicación, sobre todo la de no ofender a ciertas personas, aún con vida. Pero estoy plenamente convencido, que tanto para la ciencia, como para las verdades religiosas, sería útil, que mientras yo viva, las autoridades competentes, pueden venir y hacer las verificaciones necesarias en mi propio cuerpo y comprobar las vicisitudes que he sufrido. Tal petición debe prevalecer por encima de todo escrúpulo personal'...

psicótico' que el Presidente Schreber padece en esos años. El historial de Schreber muestra a plenitud todos los fascinantes detalles de su transformación en mujer. Nos muestra su capacidad de convertirse en 'la mujer de Dios' y cómo a través de los rayos provenientes del sol, va a quedar embarazada y va a dar origen a sus hijos, que son los 'hijos de Dios'. Estos hijos divinos darían inicio al 'nuevo hombre' que habría de poblar y salvar el mundo.

Schreber pensaba que su querido psiquiatra medico 'Flehsig' había cometido el 'asesinato de su alma'. De ser un querido doctor: pasó a ser su terrible perseguidor. El asesinato de su alma lo transformaba en una mujer. Esta transformación fue interpretada por Freud como una posición pasiva homosexual reprimida. Debo argumentar que 'transformarse en mujer' refiere a un asunto de 'identidad de género' que a veces puede, ir o no ir acompañada del deseo sexual por un sujeto que porta su mismo sexo. En el caso de Schreber 'la mujer de Dios' se une a una figura masculina: Dios. Es decir, una unión heterosexual. En otros casos, el hombre transformado en mujer, se une a otra mujer, dando lugar a un vínculo homosexual. Digo esto, para dejar abierto un debate sobre este punto que considero muy importante en la génesis de la paranoia. Creo que existe una diferencia sutil, entre el deseo de un 'cambio de sexo' y la naturaleza del 'objeto del deseo'.

Esto se complica, porque el niño pequeño pre-verbal, tiene una disposición a la bisexualidad y es poco a poco que su identidad sexual se define. Esto ocurre cuando los padres le 'asignan' su identidad sexual. Es decir, pronuncian el significante [varón o hembra] que lo va a atravesar y lo marca. Esto permite que el niño se reconozca a sí mismo como varón o como hembra. Luego van a ocurrir las identificaciones pre-Edípicas que lo hace adquirir los manierismos propios de su sexo. Esto no es nada sencillo, porque Schreber en su delirio desea ser mujer, para así lograr ser el objeto del deseo de Dios [un hombre]. Pero una vez, que está transformado en mujer, su deseo resulta ser heterosexual. Aquí surge un punto muy importante. Pareciera que su verdadero deseo es 'salvar al mundo' con la creación de un 'hombre nuevo'. Por eso digo que este asunto no es sencillo. Estoy de acuerdo en que las ansiedades tempranas juegan un papel importante en la génesis de la paranoia. Es de ob-

servar, tal como dije unas líneas más arriba, que en este mismo texto de 1909, además del delirio paranoico, aparecen diversos 'elementos sacrificiales' producido por la propia mente de Schreber. Digo esto porque en su delirio, Schreber 'se sacrifica' para salvar al mundo.⁴³ Por lo pronto, dejo el caso del Presidente Schreber, hasta aquí.

Freud luego escribe otro texto titulado 'Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica' publicado en 1915. En este texto Freud describe a una mujer joven que solicita protección a un abogado, quien es paciente de Freud y es quien le narra el caso. Este le plantea a Freud que la joven busca su protección legal, porque se siente amenazada por un amante, quien supuestamente ha tomado fotografías de sus relaciones sexuales y la amenaza con mostrarlas, si no abandona su trabajo. Esta historia se basa en ideas de persecución que no se sostienen en la realidad. Es decir carece de veracidad. Es una historia falsa y por lo tanto de naturaleza delirante paranoica. La hipótesis de Freud de 1911 consiste en que los pacientes que sufren de 'pensamientos paranoicos' están luchando contra 'sus propios deseos homosexuales reprimidos'. En este caso aparentemente la historia erótica y el deseo son heterosexuales. Tal pareciera que contradice la propuesta original de Freud. Pero resulta ser y luego se aclara, que la jefa de la joven, es una mujer de cierto atractivo y algo mayor que ella. Surge la idea [empujada por el deseo] en la mente de la joven de la existencia de relaciones sexuales de su amante varón con su jefa mujer. Según la interpretación de Freud esta idea [de juntarlos], pasa a representar el deseo homosexual reprimido de la joven, por su jefa.

En 1921 Freud escribe un breve trabajo titulado 'Celos, paranoia y homosexualidad'. En este trabajo dice que los celos representan un afecto que puede ser considerado dentro de la normalidad. Los otros casos de celos 'anormalmente intensos' que Freud encuentra

⁴³ Es importante reportar que el padre de Schreber era un médico alemán prestigioso por sus innovaciones en la terapia de las deformaciones de la columna vertebral. Este hombre diseñó y construyó un aparato 'una prótesis metálica' para colocarla en la espalda de los niños y así obligarlos a sentarse derecho en la silla. Esa fue su invención. Su personalidad era obsesiva. Su carácter era rígido. La relación del Presidente Schreber, con su padre, quien llevaba su mismo nombre, no era fácil. Tenían una relación de 'amor y de odio', a predominio del odio.

en su trabajo analítico, le revela que los celos pueden ser considerados de tres tipos: (1) competitivo (2) proyectivo (3) Delirante. No hay mucho que decir desde el punto de vista analítico sobre los celos normales. Es fácil entender que esencialmente están compuestos de dolor psíquico. Este dolor es causado por el pensamiento de perder el objeto amado y además la herida narcisista de que su objeto amada esta con otro u otra. Además, sentimientos de enemistad contra el exitoso o exitosa rival. A pesar de que podemos decir que estos celos son normales, también podemos decir que no son completamente racionales. Es decir no son comprensibles en las circunstancias que rodean al sujeto, ni están bajo el control absoluto de la conciencia. Son irracionales porque están profundamente vinculados con los contenidos del inconsciente. Son una continuación de los primeros conflictos de la vida afectiva del niño y se originan en el Edipo o complejo familiar de la primera relación objetal. Por otra parte, es preciso señalar que en muchas personas, este fenómeno de los celos es experimentado de forma bisexual. Con esto Freud quiere decir, que en el hombre, existe el sufrimiento en relación a la mujer querida y existe el odio contra el rival masculino. Pero también existe el dolor que se refiere al amor inconsciente por el hombre y el odio inconsciente a la mujer, como una rival. Similar situación encontramos en el caso de la mujer. Freud nos refiere el caso de un hombre que sufrió enormemente durante sus ataques de celos y que según su propio relato, fue a través de su insoportable tormento consciente, que pudo imaginarse a él mismo, en la posición de la mujer deseada por el hombre.

Los celos que aparecen en el segundo tipo, celos de proyección: se originan en la propia infidelidad de hombres y mujeres, en la cual sus deseos en la vida real pulsional, han sucumbido a la represión. Se trata de una cuestión de experiencia cotidiana, en la cual la fidelidad, especialmente, la necesaria en el matrimonio, se mantiene frente a una constante tentación. Quien niegue esto en sí mismo, no obstante, será impulsado en la dirección de la infidelidad, que luego le agradará lo suficiente, como para hacer uso de un mecanismo inconsciente que lo alivie. Este alivio parece, con la absolución de su conciencia, que logra cuando 'proyecta' sus propios impulsos de infidelidad, en la pareja a quien debe fe. Los celos que surgen de esta proyección tienen un cierto carácter delirante. Este tipo de

celos es sin embargo susceptible a mejorar con la tarea analítica, al lograrse una plena consciencia de este deseo inconsciente de infidelidad.

Los celos del tercer tipo son los verdaderos celos delirantes. También tienen su origen en los impulsos reprimidos de infidelidad. Sin embargo, en estos casos el objeto del deseo es del mismo sexo del sujeto delirante. Los celos delirantes re-presentan un acercamiento a los deseos homosexuales reprimidos y con razón toma su posición entre las formas clásicas de paranoia. Los delirios surgen como un intento de defensa contra el impulso homosexual reprimido, que se muestra demasiado fuerte. Lo importante es que en estos textos queda finalmente establecida y confirmada la propuesta de Freud. Freud concluye y propone lo siguiente: ...‘la paranoia tiene su origen en los deseos homosexuales reprimidos’.

Retomando la propuesta de las teorías sobre el origen de la paranoia, debo mencionar que en segundo lugar es necesario mostrar ahora, los valiosos trabajos pioneros de Melanie Klein, quien en su libro de niños de 1932,⁴⁴ resume las contribuciones que hasta esa fecha tiene sobre las ansiedades persecutorias [paranoicas]. Melanie Klein es la primera que plantea la idea de que las ansiedades persecutorias [paranoicas] son normales en el niño pequeño. Ella propone una idea que aún, cuando ya era conocida, era poco usada. Dice que el mecanismo de la proyección va a permitir expulsar el displacer de la mente del niño.⁴⁵ Pero ocurre que esa ‘expulsión’

⁴⁴ Klein, Melanie [1932] Psicoanálisis de niños. Editorial Paidós, BA, 1963.

⁴⁵ El mecanismo mental de la proyección fue introducida al psicoanálisis por Sigmund Freud en 1895 en su trabajo de ‘Las neuro-psicosis de defensa’. El uso de la ‘proyección en los niños’ no es una idea original de Melanie Klein, ya que fué inicialmente introducida al psicoanálisis en 1909 por su primer analista de Budapest, el distinguido y honorable Sandor Ferenczi. Resultó que Sandor Ferenczi fue injustamente desprestigiado en los años posteriores a la primera guerra mundial. Este desprestigio se debió a conflictos entre analistas. Además ciertos analistas se oponían a las propuestas de Ferenczi en relación a su apoyo a los ‘analistas laicos’. Además muchos analistas europeos especialmente, Anna Freud y Ernest Jones, se oponían a los ‘cambios técnicos’ que proponía Ferenczi con su atrevida propuesta de la ‘Terapia Activa’. Por eso, después de muerto Freud, lo desprestigian y lo excluyeron de su membresía de la IPA. Igual ocurrió con Jacques Lacan en 1952, quien insistió en introducir ‘cambios técnicos’ al implementar la ‘sesión corta’ y la

consiste en una ‘proyección’ realizada sobre un objeto que ya habita la mente del niño. Es decir, el niño se deshace del displacer, proyectando en un objeto interno propio, que entonces se va a percibir [en ficción] como externo y persecutorio. Melanie Klein lo llama: ‘objeto persecutorio’ [paranoico]. Este objeto va a formar parte de la personalidad del niño. Pero hay una novedad adicional inédita. Melanie Klein va a proponer que el niño se puede identificar con lo proyectado. Ese mecanismo mental que ella pasa a llamar: ‘identificación proyectiva’ va a explicar, el porqué, el niño va a sufrir normalmente de ansiedades persecutorias [paranoicas] tan frecuentemente en su infancia. La observación clínica nos permite ubicar estas ansiedades paranoicas en ‘las pesadillas de los niños’ o en las ansiedades que están presentes en el ‘pánico nocturno’ infantil. Estas son ansiedades persecutorias [paranoicas] muy frecuentes y consideradas normales en el crecimiento y desarrollo de los niños. Volviendo a la pregunta por el origen de la paranoia, toca ahora presentar de tercero, las ideas que sobre la paranoia nos ofrece Jacques Lacan en su Tesis doctoral de 1932. Allí propone que los ‘sentimientos inconscientes de culpa’ son el fundamento y dan el origen a las ideas paranoicas. Lacan lo llama ‘paranoia de autopunición’. En esa tesis doctoral, Lacan nos narra el famoso Caso Aimée.⁴⁶

Lacan rechazó desde el principio la hipótesis constitucional endógena de la psiquiatría clásica europea y buscó en Freud una explicación al difícil enigma de la paranoia. Tal como mencioné unas

‘escansión de la sesión’. La IPA tolera bien las novedades y los cambios en la ‘teoría’, pero no es así, con los cambios en la ‘técnica’. Por su parte, la escuela de Lacan, opera a la inversa, tolera muy bien las innovaciones y los cambios en la ‘técnica’, pero son intolerantes con las novedades y cambios en la ‘teoría’.

⁴⁶ La narrativa del Caso Aimée [Margarita Anzieu] publicada por Jacques Lacan en su tesis titulada: ‘De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad’, ocupa un lugar similar a la narrativa del ‘Caso Anna-O’ [Bertha Pappenheim] publicado por Sigmund Freud en 1895, en relación al estudio de la Histeria. Posteriormente el ‘Caso Aimée’ ha sido reconsiderado y discutido en varios libros dedicados al él. Solamente la vida de Margarita Anzieu y la de su hijo Didier Anzieu [prestigioso psicoanalista francés, ya fallecido] han sido motivo de muchas publicaciones. Esta historia de ambos, que se entrelaza con la vida de Jacques Lacan y la de su padre Alfred Lacan, es realmente extraordinaria y sorprendente.

líneas más arriba, Lacan presentó la hipótesis de la <paranoia de auto-castigo> o auto-punición. Esta conclusión aparece, cuando Lacan piensa, que en el caso Aimée: <el delirio terminó con el paso al acto>. Dicho de otra forma: <Aimée se curó después de realizar el atentado criminal>.

Pero esto no es del todo cierto, ya que Aimée pasó gran parte de su vida delirando. Lo cierto es que ella no requirió de volver jamás a un sanatorio mental, ni volvió a cometer ninguna otra agresión violenta. Creo que aquí es oportuno decir que tengo cierta discrepancia y desacuerdo con la conclusión a la que llega Lacan. Digo esto por lo siguiente. Después de cometer el acto criminal, Aimée es apresada y llevada a la comisaria de París y luego, por largo tiempo, es recluida en el Hospital Sainte-Anne de París. Pienso que esta detención prolongada opera como un castigo [una punición] que la sociedad le impone por sus ideas paranoicas y por su conducta criminal. De esa forma Aimée es castigada. Entonces Aimée 'se cura' cuando recibe 'su castigo', no simplemente cuando 'pasa al acto' como afirma Lacan. El 'castigo' actúa como un alivio de los sentimientos de culpa.⁴⁷ Siguiendo las vicisitudes de este caso es cuando Jacques Lacan va a encontrar los argumentos de su novedosa hipótesis de auto-punición.

Reconstrucción del delito

El 10 de abril de 1931, en el teatro adonde se lleva a cabo una representación, una actriz parisina famosa, es atacada con intención homicida por una mujer que porta una navaja y que logra herirle severamente una mano. Al ser detenida, Aimée declara ante el comisario, que el ataque homicida lo realizó, porque 'esa actriz, en complicidad con un escritor, al hacer alusión a ella, en sus obras de teatro, promovía un desprestigio escandaloso, en su contra'. Fue Elisabeth Roudinesco quien reveló por primera vez en 1986, la ver-

⁴⁷ En el Caso de Abelardo, he encontrado que él se alivia de sus pensamientos paranoicos, cuando su esposa Alberta le expresa sentimientos de cariño y de amor. Si ella se le acerca cariñosamente, Abelardo cesa temporalmente en sus pensamientos paranoicos. Estos pensamientos pueden ser: 'imaginar los diversos castigos por su mala conducta infiel, como el ser expulsado de su casa y perder la compañía de su esposa amada y de sus hijos amados'.

dadera identidad de esta mujer llamada por Lacan <Aimée> [amada]. Posteriormente Elizabeth Roudinesco en 1993 reconstruyó la casi totalidad de su biografía a partir del testimonio de su hijo Didier Anzieu y de otros miembros de su familia.

Observaciones sobre su vida

Margarite Pantaine [Anzieu] provenía de una familia católica y campesina del centro de Francia. Fue criada por una madre que sufría síntomas de persecución. Aimée deseaba salir de su condición agraria-rural y convertirse en una intelectual. La niña <Aimée> tenía dos hermanas menores y tres hermanos menores. Resulta que había existido una primera <Aimée>: esta había sido la primera hija del matrimonio y había muerto de forma trágica cuando tenía cinco años de edad. Murió quemada al acercarse demasiado a una chimenea que la hizo arder. En seguida de la muerte de la niña, la madre queda embarazada de nuevo y nace una niña muerta. De nuevo queda embarazada rápidamente. Once meses más tarde, nace la segunda <Aimée>: la paciente de Lacan. Parece, que la madre de Margarite Anzieu <Aimée>, no tenía disponibilidad, capacidad, ni tiempo, para hacer el duelo por sus hijas muertas.

En 1910 Margarite <Aimée> entró en la administración de correos y siete años más tarde se casó con René Anzieu, también un funcionario de correos y compañero de oficina. En 1921, mientras estaba encinta de su hijo Didier, comenzó a tener un comportamiento extraño: 'ideas de persecución' y 'estados de tristeza'. Creía que todo el mundo se burla de ella y que le lanzan injurias. Incluso llegó a atacar físicamente a su esposo y a otras personas. Tan delicada fue la situación, que esta conducta absurda, producto de sus pensamientos paranoicos, la llevó a una primera internación breve en el sur de Francia.

Posteriormente dio a luz un niño varón sano. Después del nacimiento del niño, se instaló en una doble vida: por un lado, las actividades cotidianas del correo. Por el otro, una existencia imaginaria hecha de delirios. En esa época decidió pedir un traslado, se fue a vivir sola en París. Dejó a su hijo al cuidado de su padre. En 1930 redactó sin interrupción dos novelas que quería hacer publicar.

Cosa que no fue posible ya que sus manuscritos eran rechazados por la editorial. Pronto se convenció de que era víctima de una persecución por parte de Huguette Duflos, una actriz célebre de la escena parisiense de la década de 1930. En abril de 1931 intentó matarla en la calle, al salir de la última función del teatro. La agrede con una navaja, pero la actriz esquivó el golpe. Margarite fue internada en el Hospital Sainte-Anne de París, confiada a los cuidados del residente de la sala: Jacques Lacan. Lacan redactó su historial para su tesis de graduación de Psiquiatra.

Según Elizabeth Roudinesco Lacan consultó su hipótesis de autopunición con Salvador Dalí, residente en París y amigo personal de Lacan. Lacan consideraba que Dalí sufría de pensamientos paranoicos graves y por lo tanto estaba capacitado y calificado para dar una opinión sobre el espinoso asunto del origen de la paranoia. Lacan a su vez mostraba su profundo desacuerdo con las ideas de los psiquiatras alemanes célebres, quienes proponían que la paranoia era una enfermedad endógena, incurable, que evoluciona a la demencia y que no tiene relación con la personalidad, ni tiene elementos de psicodinamia en su génesis. Lacan propone una relación íntima entre la <estructura de la personalidad> y la <génesis de la paranoia>. Su tesis de grado como Psiquiatra en 1936, cuyo tutor fue Gaëtan de Clérambault, resultó ser una tesis muy influida por las proposiciones del psicoanálisis. Eso hizo que su tesis doctoral estuviera a punto de ser rechazada por el jurado, formado de psiquiatras quienes coincidían más con las ideas de los psiquiatras alemanes, que con las novedosas ideas propuestas por Sigmund Freud, quien era un médico cuestionado y que además residía en Viena.

En 1949, Didier Anzieu, graduado de filósofo, hijo de Margarite Anzieu <Aimée>, sin saber que su madre era el famoso caso Aimée, decide formarse como psicoanalista. Por un azar de la vida, escoge a Jacques Lacan como su analista Didacta. Lacan no reconoció a Didier como el hijo de Aimée. Didier se enteró de toda esta historia, a posteriori, por boca de su madre, quien por otro azar extraordinario de la vida, se había empleado como ama de llaves en la casa de campo del padre de Lacan [Alfred Lacan]. Los conflictos entre Didier Anzieu y su analista Jacques Lacan fueron tan violentos como

los conflictos que se presentaron entre Aimée y su psiquiatra Lacan. En efecto, ella acusaba a Lacan de haberla tratado como un simple caso y no como a un verdadero ser humano. Sobre todo le reclamaba que nunca le hubiera devuelto los manuscritos que ella le había entregado en el momento de su internación en el Hospital Sainte-Anne de París.

No profundizo más en esta historia extraordinaria, porque no es mi intención hacer aquí una monografía de la Paranoia. Solo me limitaré a resumir la constitución del objeto paranoico sin diferenciar mayormente las contribuciones separadas de cada uno de estos autores.

De vuelta al objeto paranoico

Hoy en día sabemos que cuando el niño pequeño logra establecer una relación subjetiva con el otro encarnado, es entonces, cuando aparece, gracias al mecanismo de la introyección, una 'representación del objeto' en la psique del niño. En ese momento podemos decir que se ha iniciado la 'vida psíquica del niño'. La introyección y posterior identificación, es lo que va a constituir la psique del hombre.

El segundo mecanismo básico que aparece, después de establecida la identificación es la 'proyección'. Todo lo que produce 'displacer' va a ser 'proyectado', es decir colocado en un objeto que también habita la mente del niño. Este objeto [como ya dije] pasa a ser falsamente percibido como 'externo' y es llamado 'objeto persecutorio'. Así pues, estos dos mecanismos básicos: 'la identificación y la proyección' pasan a constituir y a continuar formando a lo largo de toda la vida, la mente humana.

Todo esto ocurre 'dentro' del aparato mental del niño. Lo que produce placer [usando la terminología de Freud], va a ser luego llamado bueno [en la terminología de Klein]. Lo que produce displacer [según la terminología de Freud], es llamado malo [según los términos de Klein]. Ahora bien: Todo lo proyectado malo [displacer] va a amenazar y tiene la tendencia a regresar al sujeto. Esta es la esencia del objeto persecutorio [paranoico] según Melanie Klein.

Así el objeto madre va a tener dos aspectos: 'madre buena' y 'madre mala'. Esto ocurre según sea las características, dadas por las múltiples experiencias de infancia de placer o displacer [introyectado y luego proyectado]. Pero luego el 'objeto padre' también va a tener dos aspectos: padre bueno y padre malo. Es claro que la 'madre mala' y el 'padre malo' resultan amenazadores y peligrosos para la mente del niño.

Por otro lado el deseo del niño pequeño lo empuja a hacer 'unidad' a [hacer uno] con la figura de la madre y luego a [hacer uno] con la figura del padre. Es decir con el objeto materno y paterno.

Cuando esto ocurre con la figura materna que como ya dije, está dividida en 'buena y mala', la parte 'mala' va a constituir 'un objeto que persigue y que odia al sujeto'. Como consecuencia de 'hacer uno' [unidad] con el sujeto: el 'sujeto se va a odiar a sí mismo'. Ese 'odio a sí mismo' es la base [el fundamento] del verdadero problema depresivo. La depresión surge cuando una experiencia real o imaginaria de fracaso que va a funcionar como un 'desencadenante', el sujeto se va a odiar a sí mismo y va a perder su esperanza.

Es bueno aclarar que todos tenemos algo de estos mecanismos primitivos. El asunto es, que esto varía en cada sujeto, según hayan sido las experiencias personales de infancia. Según haya sido la magnitud de la experiencia con el 'objeto bueno' y con el 'objeto malo', las consecuencias van a variar con cada persona. Recordemos que Melanie Klein planteaba que es natural que todas las personas experimentan la posibilidad de tener 'ansiedades persecutorias' y 'ansiedades depresivas'.

Segundo, Sobre el objeto sacrificial

Pasemos ahora a la parte difícil. Ya he planteado que el niño padece de un empuje a hacer unidad a hacer uno, con el objeto paterno. Igualmente este objeto paterno está dividido en bueno y malo. La parte introyectada 'buena' del padre, ayuda a constituir la identidad masculina o aspectos masculinos de la identidad en ambos sexos. Esta es una identificación con la figura del padre que ofrece opor-

tunidad al varón para adquirir una identidad masculina clara. La parte introyectada 'mala' del padre va a constituir el 'objeto persecutorio paranoico'. Es decir esto va a constituir el núcleo de los pensamientos y el delirio paranoico. Esto es importante. Estoy proponiendo que los trastornos depresivos del sujeto aparecen por vía de la identificación con un objeto malo materno y los trastornos del pensamiento tipo paranoico, aparecen por la vía de la identificación con un objeto malo paterno.

Pero esto no es todo. Ocurre que hay algo más con la introyección de la parte buena del padre. Como ya dije esta 'imago paterna buena' ayuda a constituir la identidad masculina del sujeto [en el hombre y en la mujer]. Pero también queda establecida una relación de amor con la figura del padre, que lleva al sujeto a dar su vida por él. Aparece la posibilidad de 'morir por él' es decir: de hacer un acto sacrificial.⁴⁸

Siempre he defendido la idea de que la muerte heroica y la muerte sacrificial son indistinguibles. El monje Budista que se prende en gasolina y muere en Saigón en 1969, lo hace para protestar y enviar un mensaje dramático, con la intención de detener la guerra. Es un acto heroico en el cual el monje da su vida por un ideal. En ese acto sacrificial hace unidad con el padre bueno idealizado. Los jóvenes pre-hispánicos que dan su vida en los cultos sacrificiales Mayas al Dios Sol, lo hacen por amor al padre, en un acto de hacer unidad con él.

La propuesta que hago es entonces la siguiente: (1) las 'ideas paranoicas' surgen como consecuencia de hacer unidad con el objeto 'odiado' paterno. (2) Los 'actos sacrificiales' aparecen por vía de hacer unidad con el objeto 'amado' paterno.

Volvamos de nuevo al caso de Abelardo

⁴⁸ Esto es posible en 'patologías narcisistas' con pobre discriminación Self-objeto. Es decir con pérdida de la alteridad. No es común observarlo en la clínica cotidiana. Pero se observa en el trabajo analítico con sujetos de estructura psicótica. Me ha tocado verlo tres veces en mi vida profesional.

Abelardo es una persona mucho más compleja de lo que les he presentado hasta aquí. El síntoma paranoico me llevó a describir el caso siguiendo esta línea de los celos paranoicos. Por eso, mi interés consistió, en primero, tratar de entender su paranoia y presentar a ustedes lo que humildemente he comprendido del caso. Pero resulta que existen dos elementos adicionales que hasta ahora no he tocado pero que han sido trabajados intensamente en estos tres años y medio de análisis. Uno de ellos trata de las razones que produjeron su colapso mental hace diecinueve años. Y el otro aspecto tiene que ver con sus carencias o llamado 'déficit estructural' que dan origen a una vivencia de vacío interior. El alivio de este vacío interior se evidencia, cuando encuentra paz y sosiego en los brazos de sus hijos menores, además de la paz que le ofrecen sus otros objetos de amor. Estos dos aspectos no han sido presentados aún en este texto. Creo que es útil presentar ahora aunque sea de forma muy abreviada estos aspectos adicionales del caso.⁴⁹

En relación al tipo de vínculo objetal que Abelardo desarrolla con sus esposas amadas: debo aclarar que es intensamente fusional. Esto le produce un efecto doble: por un lado le obtura el vacío interior [el hueco] y desaparece la angustia de muerte. Por otro lado, le crea una sensación de estar atrapado. Por eso Abelardo afirma que no puede ser monógamo. La poligamia le ofrece la ilusión de libertad, la cual es lo contrario a la ficción de 'sentirse prisionero'. Las relaciones de objeto con los hijos que tuvo con su segunda esposa, también fueron fusionales. La amante de esa época, fue una mujer muy especial para Abelardo. Su relación con ella fue intensa, pasional y simbiótica. Esta mujer ofrecía a Abelardo el 'objeto-a', el objeto 'causa del deseo'. Esto permite una intensidad erótica plena. Ciertamente era una mujer irresistible.

El asunto es que hace diecinueve años atrás Abelardo pierde tres vínculos de sostén muy importantes para él. Al perder simultáneamente varios objetos fusionales Abelardo cae en la nada. Cae en las profundidades de su vacío interior. Eso desata su colapso mental.

⁴⁹ Estos dos aspectos mencionados refieren a lo que podría denominarse 'aspectos narcisistas' del caso. Me refiero al uso de mecanismos primitivos, como pueden ser las relaciones de objeto fusionales y la identificación proyectiva que alivia el vacío interior de Abelardo.

El vacío interior produce como es usual una angustia de muerte desorganizadora. Equivocadamente las pérdidas hacen que ese episodio fuera llamado y considerado depresivo. En medio de la angustia de muerte Abelardo solo buscaba paz y tranquilidad. No la encontró en la internación psiquiátrica, que básicamente consistió en una prolongada cura de sueño. Pero sí la encontró, después de egresado del sanatorio en la cama de su madre, quien lo recibió en un estado mutista que le duró más de tres meses. Abelardo estaba inmerso en el silencio de la nada. Despierto, echado en esa cama, sin medicamentos, bajo los cuidados de una anciana, quien lo acompañó tranquila y suavemente, cuidando de su alimentación y de sus necesidades. Le tomó nueve meses para llegar a su recuperación. Esta anciana, su madre, quien le respetó 'su silencio', le ofreció con su simple compañía, un buen 'holding', es decir una buena 'continencia'. El sentirse protegido y entendido en su silencio, le permitió a Abelardo reorganizar su mente y encontrar la paz interior.⁵⁰

En esa época de su vida, que coincide con los meses de recuperación, Abelardo reinicia el análisis con un segundo analista. Este nuevo diálogo analítico le permitió examinar con detalle los acontecimientos y comprender lo ocurrido en forma más clara. Eso fue salvador. En ese diálogo pudo comprender muchas cosas de lo que le había pasado. Pudo reconstruir poco a poco la catástrofe. Pudo conocer y comprender la importancia que tenían para su equilibrio mental, su apasionada amante de esa época, la naturaleza del vínculo con su segunda esposa, el vínculo de naturaleza fusional con sus hijos, y la importancia de su derrumbe profesional que ocurrió también en esa época. Puedo decir, que la historia, de cómo y por qué, Abelardo perdió todos estos objetos de fusión pasional y sostén, resultó ser una historia tan insólita, que llegó hasta el límite de lo inaudito. Historia que voy a narrar aquí solo brevemente.

⁵⁰ Es importante señalar que entiendo el concepto de <paz interior> como el estado mental, que aparece cuando cesan los 'sentimientos inconscientes de culpabilidad'. Es oportuno aclarar que no me refiero a los 'reproches' conscientes. Digo esto, porque años después, Abelardo va a sufrir nuevamente de pensamientos paranoicos, los cuales se relacionan precisamente con los sentimientos de culpa inconscientes.

Tal como les he dicho, en esa remota época, ocurrieron una serie de acontecimientos que complicaron seriamente la vida de Abelardo. Primero, por un lado su vida profesional sufrió una catástrofe seria. Su principal cliente, quien era una destacadísima figura pública, fue acusado injustamente por sus propios partidarios y obligado a dejar todos sus elevados cargos. Incluso se vio obligado, aunque no huyendo, a salir de Venezuela. Abelardo perdió más de la mitad de sus ingresos. Además su imagen pública y profesional, sufrió un serio deterioro.

Segundo, recién se había separado de su segunda esposa, con quien había tenido un vínculo importante y a quien le dejó, como correspondía, la mitad de todo su patrimonio. Lo más grave fue la separación de sus dos hijos menores, habidos con ella, con quien tenía un vínculo intenso fusional.

Y tercero, algo de mucha importancia. Ocurrió, que la relación con su extraordinaria amante, por quien Abelardo se había separado de su segunda esposa, había comenzado a sufrir una ‘transformación paranoica’ en su mente. Esta apasionada amante, a quien llamaré Ecora era absolutamente fascinante para Abelardo. Ecora era un ‘objeto de deseo’ poderoso, es su ‘pequeña-a’. Este rasgo fue confirmado por él, una y otra vez. Ecora pertenecía a una sagrada etnia extranjera, de extremada importancia para Abelardo. La importancia otorgada a este ‘vínculo étnico’ provenía del propio árbol genealógico de Abelardo, que lo acercaba al orden paterno. Esta etnia de Ecora le aumentaba el estado de fascinación y atracción que padecía Abelardo. Su cuerpo erótico muy peludo, su mirada especial y su olor corporal, pero sobre todo, el olor de sus fluidos sexuales, le eran irresistibles. Abelardo afirma, hasta el día de hoy, que Ecora ha sido el amor más fuerte y extraordinario de toda su vida. Es el único objeto de amor que destaca entre todos los demás. El reconocía claramente la existencia de ese ‘poder especial’ que esta figura de Ecora ejercía sobre él. Comenzó a pensar que ella era la figura dominante de la relación. Eso no le gustó. Su analista de esa época [el primero] le sugirió que ella era la ‘figura masculina’ y él era la ‘figura femenina’.

Resultó que una tarde en su sesión de análisis, su analista [el primero] le habla de un cuadro muy grande en dimensiones, pintado al óleo. Este cuadro ha sido pintado por una paciente de él. El analista deseaba mostrarle ese cuadro a Abelardo. Él se siente intrigado. Piensa que su analista le está enviando un mensaje cifrado. Al analista le gustaba hablar en y con imágenes. Para Abelardo estaba claro: 'algo le quiere decir su analista con este cuadro'. Abelardo acepta y el cuadro es traído a la sala de consulta y develado ante él. Abelardo dice, que al ver el cuadro, quedó en estado de shock. Quedó atravesado por un rayo. No pudo recuperarse en muchos meses. Lo primero que apareció en él, fué un estado de 'angustia de muerte', tan intenso, que le impedía dormir. No dormía, ni de día, ni de noche. De hecho, ese fué el motivo de su hospitalización. Además observó ciertos rayos diabólicos que salían de los ojos de la mujer del cuadro. Pensaba que el mensaje que recibía de la pintura, era el siguiente: Ecora era alguien diabólico. Él debía apartarse de ella. Así lo hizo. Tomó distancia y nunca la volvió a ver jamás.

Estos tres factores presentados aquí, fueron los que produjeron, según mí entender el colapso mental de Abelardo. Ese colapso mental ameritó, como ya dije, su reclusión por dos meses en un sanatorio mental. La pintura que fue traída a la presencia de Abelardo consistía: ...en una imagen gigantesca de una mujer totalmente desnuda, sentada en un taburete, con las piernas peludas separadas, de tal manera que dejaban ver su enorme y gigantesco pene. En su cuello, se podía ver un collar de cuero lleno de púas. La cara de esta mujer era exactamente la cara de Ecora. Era como si Ecora estuviera allí. Del tobillo de esta mujer, había un aro metálico de donde salía una cadena de hierro, que llega hasta otro aro metálico, ubicado en el cuello de un hombre, que yace desnudo en el suelo, a los pies de esta poderosa mujer.

Epilogo:

Dejando a un lado la usual presencia inevitable de moderados pensamientos paranoicos en los seres humanos, explicables por la teoría del objeto paranoico que nos deja Melanie Klein, les invito a discutir el enigma del origen de la paranoia. Con esto me refiero <a aquellas ideas persecutorias que tienen certeza, pero que están ale-

jadas de la realidad>. Este asunto del origen de la paranoia es lo que ha motivado este estudio.

Por un lado encontramos la pregunta por el papel que va a jugar la pulsión sexual en todo esto. Por otro, el deseo y el peligro de un cambio de género sexual y sus consecuencias. Por otro lado, la duda que ahora existe sobre la original y exclusiva propuesta de Freud sobre el 'deseo homosexual reprimido' como elemento fundante de la paranoia. De seguida tenemos la propuesta de Lacan sobre la paranoia de auto-punición. Luego la propuesta inédita que humildemente hago en este trabajo. Me refiero a la importancia que tiene la relación de infancia del sujeto paranoico con la figura amada de un padre malo asesino. Propongo que las ideas paranoicas surgen como consecuencia de hacer unidad con el objeto odiado paterno. Y segundo la hipótesis de que los actos sacrificiales aparecen por vía de hacer unidad con el objeto amado paterno.

Capítulo 12

CLÍNICA DEL ODIO

Freud plantea que la más específica expresión de la Pulsión de Muerte se encuentra en la inevitable tendencia a volver a la nada inorgánica. Los analistas que se adscriben a la teoría dual de las pulsiones plantean una y otra vez que en clínica psicoanalítica la pulsión de muerte es muda y se observa sólo en sus efectos destructivos. En unos casos dirigida al objeto y en otros casos al sí-mismo. Los analistas que se adscriben a esta propuesta pulsional freudiana ven a la violencia como una expresión de la Pulsión de muerte. Otros analistas vemos a la violencia como un síntoma de otros mecanismos psíquicos tempranos y no como una simple expresión de la pulsión de muerte [Tánatos].

El Objeto del odio

Para explicar la naturaleza del objeto de odio es necesario utilizar la teoría Freudiana y Kleiniana del narcisismo y si se desea la teoría Lacaniana del sistema [RSI] en lo relativo al orden imaginario.⁵¹ Es en el eje imaginario o narcisista de la constitución del sujeto donde se va a tramitar la relación de objeto narcisista y el vínculo de pasión. Este eje refiere al período sincrónico, especular, topológico de la constitución del sujeto en su época más temprana. El verdadero prototipo del vínculo de odio y también de amor no se encuentra en la satisfacción pulsional per se, sino en la lucha del sujeto por su existencia y afirmación. Este objeto de odio es un objeto desprendido de la figura del otro originario [orden imaginario], pedazos o restos del otro, desprendidos de la experiencia, sin mantener cualidad de conciencia, pero siempre buscado. Encontrado momentáneamente cuando en ficción el sujeto lo percibe en el otro que lo porta. Ese otro aparece como semblante de objeto, portador del objeto perdido, objeto de amor o de odio.

El Sujeto del odio

Así el concepto de sujeto aparece en el ir y venir de la pulsión sobre el objeto. Se inaugura el sujeto y de allí en adelante, como ya vimos, el objeto es específicamente un objeto perdido. Este objeto perdido

⁵¹ Jacques Lacan: Tomo 1, p.191 [grafo Lambda].

objeto-(a) es el objeto de la pasión. Transcurre y se mantiene toda vez que el sujeto opera o funciona en el eje narcisista. Este objeto de pasión es un objeto <de imagen> es visual, auditiva, olfativa y tiene la característica de ofrecer <la ilusión de completud> al sujeto, quien siempre está en <falta constitutiva>. Esto refiere al concepto de <la falta en ser>. La percepción ilusoria de ver, oír u oler en el otro ese objeto-(a) perdido lo empuja irresistiblemente a un vínculo especial con ese otro, portador de este objeto-(a) perdido. Ese vínculo especial que padece el sujeto a la manera de un síntoma, constituye el vínculo de <pasión>. Este vínculo de pasión puede ser de odio o de amor, según sea el caso de <frustración o satisfacción pulsional> con el objeto. Recordemos que la naturaleza de este vínculo pasional de odio tiene características propias del eje narcisista, es decir: (a) Es irracional (b) Es involuntario (c) Es automático (d) Se construye con el mecanismo de la apropiación subjetiva llamada también <identificación proyectiva> al encontrar en el otro <el objeto perdido> que en ficción va a completar al sujeto.

El Odio como pasión

Así pues, el origen del odio como pasión es similar al origen del amor. Si en el amor, el objeto-(a) objeto de pasión en ficción completa al sujeto, en el vínculo de odio este mismo objeto-(a) portado por el otro, objeto que es capaz de producir en el sujeto un rechazo o frustración pulsional, va a ser por lo tanto convertido en el <objeto del odio> y el vínculo será un vínculo <pasional de odio> que en ficción completa al sujeto.

Por lo tanto la pasión de odio es el reverso de la pasión de amor. Lo opuesto al amor, no es el odio, sino <el desamor> que se desliza en el devenir de la indiferencia. Es oportuno aclarar que en esta propuesta el odio no es presentado como un afecto, sino como <una pasión>. El afecto como resultante de la pasión de odio, sería la ira o la rabia. Igualmente el amor no es presentado como un afecto, sino como <una pasión> y el afecto correspondiente se expresa en un sentimiento de entrega total, con empuje a <la fusión corporal> en el encuentro sexual y en la convivencia cotidiana que empuja a la desaparición de la otredad.

Pasión de odio y el sadismo humano

El vínculo irracional de naturaleza involuntaria en la cual se establece la pasión de odio puede tomar dimensiones alarmantes. La intensidad del vínculo de odio puede llegar a ser de tal magnitud que deslice hacia la progresiva construcción delirante. Aun cuando el sujeto es capaz de reconocer lo absurdo o lo irracional del odio al otro este no puede evitarlo. Este odio que se va a expresar en ira o en rabia va a constituir lo que se podría llamar: <la razón de la venganza>. La venganza que corresponde a la forma organizada de atacar al objeto puede dar origen en este registro de pasión de odio a la violencia y al sadismo humano. La pasión puede ser de tal magnitud que el sujeto no pueda escapar a sus efectos y producir un acto de violencia. No es accesible a la interpretación por dos razones: primero, porque es una formación inconsciente pre-verbal y segundo porque tiene características de <certeza delirante>. Los actos violentos desencadenados por esta pasión de odio, en la cual el sujeto está convencido de lo acertado de sus actos, no van a producir ningún sentimiento de culpabilidad. Sólo el tiempo al igual que en el vínculo pasional de amor, permitirá su disolución progresiva al ser sustituido por un nuevo objeto.⁵² Es oportuno aclarar que no todo sadismo humano tiene su origen en la pasión del odio. Otras variables del sadismo humano se originan por la vía de la destructividad.

⁵² Estos transgresores son llamados en los Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico y en los Manuales Judiciales: Personalidades Psicopáticas, Psicopatías, Psicópatas o sencillamente delincuentes. Es notorio que estos sujetos no presentan sentimientos de culpa. A manera ilustrativa sugiero ver en youtube la entrevista al célebre asesino Jairo Velasquez [alias Popeye] quien fuera el sicario preferido del máximo narco-jefe colombiano Pablo Escobar, ya fallecido. La ausencia de sentimientos de culpabilidad y deseo de protagonismo es llamativa en la entrevista que se le hace a Popeye. Pueden verla en: <http://www.youtube.com/watch?v=4rxMZLWyyDw>
Igualmente sugiero ver el video de la vida de Gonzalo Rodríguez Gacha [alias el Mexicano] quien muestra en la entrevista su ausencia de sentimientos de culpabilidad. Ver el video de Youtube en:
http://www.youtube.com/watch?v=kBHU57_4au8

Fusión objetal y sadismo primario

Antes del momento de la capacidad de discriminación entre el sujeto y el objeto es inevitable que la expresión del malestar del niño mostrada en su llanto y agitación motora pueda ser visto de varias maneras que no son mutuamente excluyentes: (1) como una forma de expresión de un sadismo natural primario. (2) Para otros como una forma primitiva y muy afectiva de comunicación.

El llanto motivado por el malestar y displacer se convierte en un significativo cuando encuentra sentido en un otro. Por lo tanto la presencia de este llanto y de agitación motora, expresión para algunos de un <sadismo primario> no testimonia de forma exclusiva la presencia del sadismo primario. Por otro lado esta experiencia de dolor psíquico y luego su alivio, producido por el encuentro con la satisfacción de pulsión al ser satisfecha la demanda expresada en el llanto, va a contribuir a la transformación del grito en un llamado apareciendo un primer significativo que significa algo para otro significativo. Así pues, la aparición del otro, la alteridad especular y el despliegue de los mecanismos de proyección e introyección, van a permitir la progresiva diferenciación entre el sujeto y el objeto. De allí en adelante, el sadismo a mi entender, será siempre secundario.

Clínica de la destructividad

El estudio de la destructividad humana como diferente de la pasión de odio nos va a permitir continuar explorando los orígenes de la violencia. La destructividad humana refiere a una conducta destinada a causar daño y destrucción al sujeto y/o al otro <sadismo secundario>. Primero: Si consideramos que la destructividad humana <no es> una expresión directa, ni automática de la pulsión de muerte, tendríamos entonces que explicarla de otra manera. Segundo: esto nos obliga a una revisión del concepto de la envidia temprana pre-verbal. Melanie Klein mantiene que la envidia temprana es una expresión de la pulsión de muerte, poniendo énfasis en lo constitucional de la pulsión y por ende de la envidia. Anna Segal analista Kleiniana muy destacada de los años sesenta y setenta, tiene una posición teórica diferente. Ella plantea en 1971 con motivo del 27 Congreso Internacional de Psicoanálisis, que la envidia desde el punto de vista Kleiniano se encuentra en íntima rela-

ción con el concepto de vínculo objetal y agrega: que es en relación al objeto que el niño desarrolla la envidia temprana. La destructividad provocada como consecuencia de la envidia al objeto, es primeramente un empuje destructivo dirigido contra el objeto y sólo en algunos casos secundariamente pasa a ser dirigido contra el sí mismo. La pregunta fundamental es si la energía utilizada en esta envidia es una expresión directa y automática de la pulsión de muerte, o si la energía utilizada por la envidia para destruir al objeto es originada en una pulsión que no tiene calificativo: ni de vida ni de muerte.

El Furor Narcisista

El predominio de las experiencias de insatisfacción y frustración en el niño van a dar origen a la aparición de una psicopatología de la envidia. El predominio y la excesiva experiencia de frustración de la demanda, provocarán una intolerancia progresiva a la frustración. Ante la más pequeña frustración el niño puede caer en lo que llamaríamos un furor narcisista. Esto equivale en clínica a lo que podríamos llamar: un ataque de rabieta del niño. Muy común a los veinticuatro meses. Estos ataques de rabieta [tamtrums] llamados también episodios de furor narcisista, son testimonios del predominio del eje narcisista en la constitución del sujeto. Posteriormente en la vida como adolescentes o como adultos ante la experiencia de frustración, este tipo de sujetos, con predominio del eje narcisista, pueden caer en un ataque de furor narcisista intenso desproporcionado, algunas veces difícil de controlar, que empujan al acto y que puede tener serias consecuencias en el registro de la violencia.

Clínica de la agresividad

La agresividad refiere a una conducta o una tendencia del sujeto, que tiene como propósito defender su integridad personal, defender su vida, su propiedad, su patrimonio y sus valores e ideales. Esta propuesta no tiene nada que ver con la propuesta de la pulsión de muerte. La agresividad humana al igual que la destructividad posee una energía que le permite realizar la tarea. Esta energía se origina en la pulsión. Pulsión unificada que no tiene calificativo. Ciertos ideales pueden incluir dentro de su propio código la capaci-

dad del sujeto de reaccionar con agresividad ante un ataque que intente destruir las identificaciones y los significantes que sostienen estos ideales. En algunos casos el mismo <código del ideal> invita o apoya la respuesta de agresividad. En otros casos el mismo código pide al sujeto inhibirse de cualquier reacción de agresividad o violencia y de tener lo que se llama una protesta pasiva <exigencia de poner la otra mejilla>. En los casos en que el código permita y estimule la respuesta de defensa agresiva, podemos encontrar toda una serie de acciones de violencia que van desde la agresividad verbal y escrita, hasta los actos de violencia contra la propiedad y las personas.

Miedo y agresividad

La angustia que en clínica fenomenológica se detecta como miedo y temor, puede desplazarse a una expresión desproporcionada de rabia y agresividad. Algunas veces, personas que padecen estados fóbicos o temores excesivos, ante la amenaza real a su integridad física, o ante el peligro de perder su propiedad, responden con un temor que paraliza. Estas mismas personas en otras circunstancias, pueden transformar este estado de temor y parálisis, en una respuesta agresiva con violencia verbal o física. La violencia y la agresividad desencadenada por este tipo de respuesta generalmente son controlables a voluntad por el sujeto. La consecuente violencia sólo se desarrolla y alcanza los niveles que el sujeto desea que alcancen.

Capítulo 13

CLÍNICA DE LA MALDAD

La maldad humana se fundamenta en la dialéctica del odio y la dialéctica de la intolerancia. El primer aspecto referente al objeto de odio lo he descrito en el capítulo anterior. En este capítulo propongo desde un punto de vista personal una serie de ideas en relación a la intolerancia. A modo de síntesis digo lo siguiente: La intolerancia humana está específicamente fundamentada en la imposibilidad del ser de mantener la alteridad.

La conducta intolerante se va a mostrar en diversas formas clínicas y en todas ellas aparece en la relación que el sujeto tiene con el otro. Así pues la intolerancia se pone en acto: en la relación sin alteridad que el sujeto tiene con su pareja, sus hijos, su familia, su trabajo, sus grupos sociales y en un contexto social político más amplio. Allí encontraremos las formas clínicas de la intolerancia del ser. Así pues les presentaré las formas de la intolerancia que observo en el maniqueísmo, fanatismo, autoritarismo, fundamentalismo, dogmatismo y finalmente en su forma más benigna tal como aparece en la intolerancia a la frustración.

El origen: La pérdida de la alteridad

La teoría Psicoanalítica postula que la mente se va formar, es decir se va a constituir, después de la gestación y después del nacimiento a través de múltiples experiencias dialécticas entre el deseo y el objeto. En una primera etapa la mente del bebé no discrimina el Sujeto del objeto. Es decir para la mente del bebé, el pecho y el son la misma cosa. A esta etapa que coincide con el periodo de amantamiento, se le llama oral o también [monádica]. Esta relación de objeto se caracteriza por una simbiosis [una indiferenciación] entre el bebé y su madre. Es solo posterior al destete y al adquirir la capacidad de caminar [de movilizarse] la relación de objeto cambia y se convierte en dual [diádica]. Allí desarrolla una nueva capacidad, aparece una clara discriminación entre el Sujeto y el objeto. Con esta capacidad de discriminación entre el niño y el mundo, aparece lo que se ha llamado la alteridad. Así pues, <la alteridad es la capacidad que tiene el sujeto de discriminarse del objeto>. Con la

alteridad aparece el <Yo soy Yo> y el <Tú eres tú>, por lo tanto puede aparecer: el <Yo, no soy Tú>. Cuando por algún motivo en años posteriores, se pierde la alteridad, el sujeto pasa a no discriminar al otro como un ser diferente. Aparece de nuevo la idea del <Yo soy tú>, es decir se ha perdido la alteridad. Esta pérdida de la alteridad es muy común en los estados pasionales de amor y odio que el sujeto desarrolla con el objeto.

Al no poder discriminarse el sujeto del objeto y hacer <uno> con el objeto, se va a hacer imposible que ese sujeto pueda 'tolerar las diferencias' que usualmente existe en el otro. Sabemos que cada sujeto desarrolla en la vida, según hayan sido las identificaciones fundantes del ser, su propio sistema de valores e ideales. Cuando se pierde la alteridad y el sujeto no reconoce la validez de las diferencias de cada ser, no va a ser posible, que ese sujeto 'sin capacidad de alteridad', pueda tolerar las diferencias del otro, ya que el sujeto y el objeto son la misma cosa. Así aparece el racismo e igualmente aparece la intolerancia a las múltiples diferencias en la conducta sexual y no se tolera la diversidad sexual del otro.

Vale decir que el sujeto intolerante 'no acepta la diferencia que hay en el otro' porque al perder la alteridad las siente como suyas. Por lo tanto no puede tolerar al otro diferente. Inevitablemente tiene que lidiar con el empuje natural a eliminar y destruir al otro. Al contrario, las personas que si pueden mantener su capacidad adquirida de 'discriminarse del objeto', si pueden entonces reconocerse a sí mismas, como diferentes del otro. En esos casos, la presencia de 'la diferencia que muestra el otro' no constituye una amenaza a sus ideales, ya que en la discriminación se plantea el <Yo soy Yo> y el <Tú eres Tú>. Estas personas pueden desarrollar a plenitud la tolerancia a la diferencia.

En los tiempos difíciles de la historia de la Humanidad, en donde la adversidad, la guerra, la pobreza extrema, la hambruna y otro tipo de tragedias que han ocurrido en algunas zonas habitadas del mundo, es lógico pensar que la crianza de los niños en esos grupos humanos va a estar en dificultades. Estas dificultades pueden ser muy variadas. Por ejemplo, de alimentarlos correctamente, de atender sus diversas necesidades biológicas y educativas, sus nece-

sidades afectivas y de amor, etcétera. Estos pequeños niños ‘crecerán con carencias afectivas’ y estas ‘carencias’ producen un obstáculo para el desarrollo natural de la mente. Se producen detenciones y fijaciones en el desarrollo de la personalidad. El niño continúa creciendo corporalmente y también se desarrollan normalmente ciertas funciones cognitivas de su psique, pero queda detenido en ‘un funcionamiento narcisista’ de su aparato mental, con predominio de una ‘relación de objeto --fusional simbiótico-- que no permite la capacidad de alteridad’. Esa inmensa cantidad de niños [futuros adultos que pueden pertenecer a cualquier clase social] ‘no alcanzan la alteridad’ y van a padecer las consecuencias de la ‘relación de objeto fusional’, en donde la regla es: el <Yo soy Tú> y <tu eres Yo>. No podrán tolerar la diferencia que les presenta el otro, no podrán tener tolerancia, con los ideales del otro. Sus propios ideales impiden la existencia de los ideales del otro. Aparece a plenitud y con todas sus consecuencias el fenómeno de la intolerancia del ser.

El Maniqueísmo

El Maniqueísmo fue un movimiento filosófico religioso mesopotámico fundado por Maní en los comienzos de nuestra era cristiana. Esta filosofía religiosa propone en forma estricta y rigurosa la distinción de dos principios opuestos: <lo divino> que representa a lo bueno y <lo diabólico> que representa a lo malo. Esta filosofía dualista propone que en los orígenes del mundo una catástrofe cósmica misteriosa produjo en los humanos una mezcla del bien y del mal. Desde entonces estos dos principios pasan a coexistir mezclados en cada ser humano. El ser humano que desee ser bueno tendría que restaurar la separación original de los dos principios y quedar solo con la <pureza del bien>. Para lograr este objetivo purificador, la persona debe proceder a expulsar el mal que habita en él. Debe deshacerse del mal propio y tiene que expulsarlo de sí mismo. Esta necesidad de la expulsión del mal será ejecutada utilizando un mecanismo mental básico que esta normalmente presente en los inicios de la vida psíquica. Recibe el nombre de mecanismo de <proyección> [complementario al mecanismo básico de la introyección]. Esta expulsión de lo malo propio se ejecuta en la representación mental que cada sujeto tiene del otro y produce el consecuente

rechazo pasional al otro, quien pasa a ser el depositario de lo malo proyectado. Como tal este otro malvado debe ser alejado y preferiblemente destruido. Esta filosofía maniquea tuvo una presencia atroz, con expansión geográfica en todo el mundo conocido, por más de mil quinientos años. A comienzos del siglo veinte hubo una reinstalación del uso de estas ideas teológicas filosóficas maniqueas. Los gobernantes de turno, con intereses geográficos expansionistas, se apropiaban y explotaban esta doctrina, que practicada en forma estricta e inflexible lleva al ser humano hacia a la instalación de la intolerancia y al rechazo de las diferencias. Algunos antropólogos piensan, que el haber encontrado hace cien años textos antiguos originales maniqueos en el Turquestán, China y Egipto, ha contribuido a su utilización religiosa y política y ha producido efectos culturales y políticos maniqueos visibles hoy en día. En lo personal y desde el punto de vista del Psicoanálisis, pienso que la reinstalación del maniqueísmo se debe a otra razón. Pienso que se debe a la explosión demográfica, es decir: al exceso de población.

Cuando el exceso de población se hace inmanejable se producen generaciones de niños mal alimentados, mal atendidos en sus necesidades afectivas y biológicas y por lo tanto crecen con ‘grandes carencias afectivas’. Estas ‘carencias afectivas’ los llevan a una detención del desarrollo de su aparato mental, quedando con un ‘funcionamiento mental narcisista’, en donde ‘la proyección permanente del malestar’ en la representación mental de la figura del otro, se hace inevitable.⁵³ Estos son seres, que tienen ‘una naturaleza espontánea y natural narcisista maniquea’. Es decir, su forma de ser ‘no se explica por ser víctimas’ de un proselitismo o adoctrinamiento.

⁵³ El <funcionamiento mental narcisista> se define: (1) por el tipo de relación de objeto (2) por los mecanismos de defensa que están siendo utilizados y (3) por el tipo de angustia que esta organización mental puede utilizar. En la organización narcisista de la personalidad la ‘relación de objeto’ narcisista <es fusional>, en donde la capacidad de discriminación Self-objeto es imposible. Es decir se relacionan con el otro con el mecanismo del <Yo soy Tú>. Los mecanismos de defensa más usados son la ‘Proyección’ [en la representación mental interna del otro] complementada con la ‘Identificación proyectiva’. El uso de la ‘negación’ de la realidad es muy útil y es usada en estos estados narcisistas. La ‘angustia’ más frecuente es la ‘angustia de aniquilación’ que es capaz de producir estados confusionales y momentos disociativos.

to religioso o político, ya que ellos son narcisistas maniqueos por naturaleza. Su forma de ser se explica por la explosión demográfica. Este exceso de población puede llevarlos a migrar a diversos sitios que aparentemente ofrecen una vida mejor, sin embargo terminan en campos de refugiados, donde son hacinados en inadecuadas condiciones de vida. En las súper ciudades populosas [que existen en los cinco continentes] estos seres ‘narcisistas maniqueos’ habitan en zonas urbanas muy pobres y desorganizadas y a veces por tsunamis, deslaves, guerras y terremotos, son transferidos a nuevas áreas de refugios, en donde encuentran condiciones peores de hacinamiento y múltiples carencias, que incluyen las necesidades afectivas. Así pues propongo que debido a esta ‘explosión demográfica’ y sus consecuentes carencias afectivas el lumpen proletariat⁵⁴ de hoy día, está constituido, en su mayoría, por ‘seres narcisistas maniqueos’.

Ahora bien, estos seres narcisistas maniqueos constitutivos del lumpen proletariat que en ciertos países y comunidades constituyen la mayoría de la población pueden ser utilizados con < fines religiosos > o < fines políticos > para desatar un exterminio de los que piensan diferente y que según ellos son los representantes del mal. Eso ya lo vimos ocurrir durante los quinientos años que duraron ‘Las Cruzadas’ con el grito maniqueo del < Rescate del Santo Sepulcro >. O más recientemente con el grito maniqueo de la < limpieza étnica > de Adolfo Hitler en Alemania, de Slobodan Milosevic en Serbia y el caso del exterminio étnico en Ruanda.

Solo por mencionar unos cuantos casos conocidos y enjuiciados públicamente. También podría incluir otros casos denunciados por estudiosos de la historia, como son las persecuciones y el exterminio soviético maniqueo de Joseph Stalin, quien utilizó los fusilamientos clandestinos en masa en los ‘campos de la muerte’ en la zona soviética < después de terminada > la segunda guerra mundial.

⁵⁴ Lumpen proletariat es un término marxista de origen alemán [Lumpen significa andrajoso] con el que se designa a la población situada socialmente por debajo del proletariado obrero [están por debajo de sus condiciones de trabajo y de vida]. Está formado por los elementos degradados, desclasados y no organizados del sub-proletariado urbano. Refiere a aquella parte de la población que para su subsistencia desarrolla actividades al margen de la legalidad o en la marginación social. [Karl Marx y Friedrich Engels en su obra ‘La ideología alemana’ 1845].

Con iguales fines de exterminio maniqueo también utilizó el ya existente 'sistema de prisiones siberiano' llamado Gulag. O puedo mencionar el <exterminio maniqueo> de las matanzas en masa chinas, durante 'la revolución cultural' de Mao. Igual podría incluir el exterminio maniqueo de la conquista de 'América del norte' y de 'América del Sur'. Podría también incluir el terrible exterminio maniqueo del Pol Pot en Cambodia, con sus 'killing fields'. Y muchas otras más, que se encuentran en pleno desarrollo, bajo la excusa maniquea del <exterminio del mal>. Considero que cualquier persona que tenga <entusiasmo> y <promueva> la guerra, posee una <estructura mental narcisista maniquea>, en donde los portadores del mal siempre están colocados afuera de sí mismos. Antes de terminar este acápite no puedo dejar de mencionar el <grito maniqueo fanático> de 'patria, socialismo o muerte' que excluye, con fines autoritarios y destructivos <al resto de una población> que piensa y tiene una ideología diferente.

El Fanatismo

El fanatismo es una forma clínica de la intolerancia y por lo tanto está fundamentado en el mismo origen de la imposibilidad de mantener la alteridad. El fanático no discrimina entre sus ideales y la realidad diferente que le ofrece el mundo. Ambas cosas son lo mismo. Su mente se encuentra en fusión o simbiosis, con la representación mental del otro. Es donde opera el <Yo soy Tú>. Por lo tanto <no puede tolerar las diferencias ideológicas> que el otro inevitablemente le presenta, ya que esas diferencias serian intolerables para los propios ideales. Esta intolerancia lo lleva al acto y tiene que proceder a destruir a ese otro diferente. Los fanáticos son seres intolerantes, que respetan y aman a sus propios ideales, pero al estar en fusión con la representación mental del otro, no pueden tolerar, los ideales diferentes del otro, a los cuales inevitablemente hay que destruir. <Los fanáticos están muy cerca de los héroes>, pero no importa lo cerca que estén, desde el punto de vista teórico psicoanalítico, son seres diferentes. El héroe tiene respeto y amor por sus ideales, igual que el fanático. El sujeto se hace héroe cuando está dispuesto a morir por sus propios ideales. El héroe dice: 'muero por mis ideales'. El fanático en cambio al no tolerar las diferencias, mata al otro, por sus ideales propios. Así pues el fanático dice:

‘te mato por mis ideales’. Un ejemplo conocido y común lo encontramos en el racismo y en las prácticas violentas del Ku-Klux-Klan. Las miles de personas que sienten cercanía con estos grupos o con los grupos ‘neo nazis’, son personas con un ‘aparato mental narcisista maniqueo’ con serias dificultades para la alteridad. En nombre del amor a sus ideales, el fanático puede actuar con odio y operar con violencia hacia el ‘sujeto diferente’ y someterlo por vía del terror y del crimen. El fanatismo defiende el amor a una idea [a sus ideales propios] y cuando logra acceder al poder político, instrumenta ‘en nombre de sus ideales y de la patria’ los más diversos modos de discriminación, muerte y rechazo al ‘otro diferente’, los cuales le son intolerables. Por eso es inevitable que ‘los disidentes’ sean vistos, no como adversarios, sino como enemigos, ya que ellos constituyen ‘un otro intolerable’, al cual hay que inevitablemente rechazar y preferiblemente destruir y aniquilar.

El autoritarismo

El autoritarismo ‘como forma de gobierno’ se sostiene en el fanatismo y su consecuente necesidad de poder maniqueo. Así los miembros fanáticos de un mismo grupo político defienden sus ideales y se unen en una lucha inevitable de odio y destrucción, ya que la ideología del otro que es diferente, le es intolerable. El fanático puede ser un <sujeto muy culto e ilustrado> y aún así mantiene su personalidad narcisista maniquea. Desde allí, en <una posición de poder> se dispone a alterar las leyes a su conveniencia, primero para mantenerse en el poder, segundo para satisfacer sus propios ideales y lograr <perseguir con éxito> al otro diferente que según ellos es portador del mal. El <fanático tiene certeza> y está convencido de tener toda la razón en la ejecución de sus conductas. Este aspecto de la vida pública de los fanáticos muestra la patología delirante de su conducta visible.

El fanático no es pues un delincuente común. Los fanáticos como todo ser narcisista maniqueo, no tolera la incertidumbre, ni las opiniones contrarias. Los fanáticos creen en ‘la verdad única’ y en la ‘eternidad’ de sus ideales. Es común oír en vivo y leer sus mensajes, de que sus ideales serán para siempre. Basta recordar el enunciado de aquel Tercer Reich que duraría mil años. El fanático aún

cuando cambie de bando por razones de conveniencia, siempre mantiene su estructura mental narcisista maniquea, y allí estará, a la espera de una nueva oportunidad, para asaltar el poder y proceder 'a limpiar el mundo' de lo que el narcisista maniqueo cree es 'la maldad imperante' y lo hará a través del ejercicio del odio y de la destrucción.

El fundamentalismo

El fundamentalismo igualmente se sostiene en la intolerancia del ser. Su origen igualmente se encuentra en el narcisismo maniqueo y la dificultad del Ser para sostener la alteridad. Existe una diferencia teórica psicoanalítica entre el fanático y el fundamentalista. El fanático puede actuar y existir solo. El fanático es un narcisista maniqueo que no tolera la diferencia con sus ideales. Así el fanático racista, sigue siendo un fanático racista, aún cuando este solo. El fundamentalista es diferente, es un narcisista maniqueo con sus propios ideales, pero que tiene un 'defecto estructural adicional'. Tiene una carencia adicional relativa al 'nombre del padre'. Esta carencia específica se alivia con una suplencia [un tapón, una especie de ortopedia psíquica que obtura la falta] y que le da coherencia a su existir. Esa suplencia [tapón] tiene el efecto de unir los tres órdenes psíquicos [RSI] y así permitir su funcionamiento mental.

En el fundamentalista esta suplencia tiene que ver con sus ideales, los cuales 'tienen que ser compartidos' con un grupo y 'sobre todo con un líder'. Aparece así un fenómeno que es cercano a la Fe. La admiración y la 'creencia ciega en el líder' adquieren en el ser fundamentalista 'característica de Fe': esa es la suplencia. Esta Fe es del orden de la identificación. <El fundamentalista esta en fusión, en simbiosis, no solo con sus ideales, sino también con la persona de su líder y en extensión con el grupo fanático>. El amor extremo a sus ideales y a su líder lo puede llevar a la violencia extrema. Este fundamentalista es capaz de morir a voluntad [de suicidarse]. Es capaz de morir con tal de realizar un acto de limpieza homicida múltiple, un acto con la intención de matar a todos 'los enemigos' posibles que naturalmente son los 'depositarios del mal' [es decir, los que son diferentes]. Estos seres fundamentalistas, narcisistas

maniqueos, son los candidatos a ser 'bombas humanas suicidas', desgraciadamente tan frecuentes hoy día, en el oriente medio.

Una excepción: el dogmatismo

Es necesario presentar aquí un agregado. Una aclaratoria que distinga la existencia de ciertas conductas intolerantes que 'no tienen que ver con la maldad, ni con la pérdida de la alteridad'. Me refiero a 'los dogmáticos y los seres apasionados' de sus ideas y de su trabajo. También me refiero a ciertos sujetos religiosos, que en su Fe religiosa, pueden aceptar la diferencia y profesar su Fe, en su propio grupo, sin provocar la persecución de los que piensan diferente. 'Estos seres son dogmáticos', creen en su dogma, lo cual no es más que creer en sus ideales. Ideales, que no están sujetos a corrección, ya que son dogmas. Pero la diferencia es que 'no son estructuras mentales narcisistas maniqueas'. Son estructuras mentales más evolucionadas, que han pasado de una relación de objeto monádica fusional [oral], a una relación más avanzada dual, a una relación triádica, discriminada, triangular, Edípica. 'Es decir seres evolucionados', cuya evolución les permite 'respetar la diferencia de ideologías' que habitan en el otro y por lo tanto, no están pasionalmente comprometidos [o condenados] con la destrucción del otro. Así encontramos algunos seres apasionados innovadores, descubridores, avanzados a su tiempo, que creen en sí mismos y en su entender de las cosas y de las ciencias. Tienen ideas innovadoras a las cuales no renuncian, aún cuando sus ideas se 'oponen a lo conocido y a la sabiduría oficial'. Estos seres 'no son narcisistas maniqueos'. Son seres evolucionados que reconocen y aceptan la 'existencia legítima de ideas diferentes' con las cuales pueden o no estar de acuerdo. Son seres que 'respetan la diferencia ideológica en el otro', y aún así son capaces de creer en sí mismos, y siendo dogmáticos, pueden coexistir en un mundo o una sociedad que tolera la diversidad de ideologías.

La experiencia de frustración

La capacidad de tolerar la frustración se va a desarrollar en el niño después que cumple su primer año de vida y cuando ya ha experimentado el trauma del destete. Es usual y frecuente que el niño de

18 meses desarrolle --de la nada-- una conducta nueva, que puede sorprender a los padres y que consiste en presentar frecuentes estallidos de violencia llamado <las pataletas>, también llamados frecuentemente los <temper tramtrums>. Estas pataletas son la respuesta del niño al encuentro inesperado con la frustración. Esto aparece como un choque inevitable con las realidades geográficas físicas del mundo. A esta edad el niño ya camina y procede a explorar todo lo que puede. Allí va a encontrar que sus deseos no pueden ser satisfechos. Por ejemplo, desea alcanzar al interruptor de la luz que está muy alto y no puede llegar a él. O desea un helado que en el momento no hay. Su frustración se le hace inmanejable y se desata un 'estallido de protesta' con agitación, pataletas, gritos y frecuente llanto, que a los pocos minutos puede desaparecer solo. Si los padres le expresan que ellos comprenden su frustración, ante lo imposible, el niño se siente comprendido. Si los padres lo reprimen con violencia, exigiendo una conducta apropiada, el asunto empieza a complicarse.

Poco a poco su capacidad de 'tolerar la frustración' va a mejorar con el paso de los meses. Dependiendo de las experiencias previas en el primer año de la vida, el niño supera este período de pataletas con más o menos facilidad. Los niños con experiencias previas de carencia y de muy repetidas frustraciones durante el amamantamiento, tendrán muchos problemas para superar esta etapa del desarrollo. O no lo pueden superar nunca. Son niños que no evolucionan a una relación de objeto diferenciada y triangular, por lo tanto mantienen una tendencia hacer <uno con el otro> y no alcanzan la alteridad. Así la 'intolerancia a la frustración' se mantiene por muchos años, creando enormes dificultades en la adaptación a la escuela y en la capacidad para socializar. Las personalidades narcisistas que utilizan mecanismos mentales primitivos, pero que no evolucionan a una relación de objeto triangular, sufren de la 'intolerancia a la frustración'. Ya como adultos reaccionan con violencia a las frustraciones de sus deseos. Muchas veces son respuestas violentas, inadecuadas socialmente o políticamente, otras veces, son respuestas tan desproporcionadas que llegan a crear daño patrimonial y a veces graves daños a las personas y a las naciones, que le traen consecuencias legales presentes y futuras. En algunos casos

pasan a ser narcisistas maniqueos, con todas las consecuencias que esto significa.

La buena tolerancia a la frustración que desarrollan muchos adultos, gracias a sus satisfactorias experiencias en la infancia, a veces, no siempre se mantienen. Si el adulto sufre de agotamiento por exceso de trabajo, o sufre alguna grave enfermedad, que inevitablemente va a producir una regresión psíquica, entonces ese adulto, va a perder mucha de su capacidad para tolerar la frustración, entra en intolerancia [pierde fácilmente la paciencia] y responde inadecuadamente a diversas situaciones de pareja, familia, trabajo o en el intercambio social y 'se hace transitoriamente un ser intolerante'. Pero cuando descansan o se recuperan de la enfermedad o de la intervención quirúrgica, vuelen de nuevo a recuperar su capacidad de tolerancia.

Capítulo 14
CLÍNICA DE LA VIDA AMOROSA

El estudio de la vida amorosa va a depender de los conceptos que cada uno de nosotros maneje. Utilizo en mi práctica psicoanalítica conceptos derivados de lo aprendido con Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Jacques Lacan. Para mí está claro que es necesario distinguir la vida amorosa, de la vida sexual. Son dos cosas diferentes. En este capítulo me dedico específicamente a la vida amorosa. En el siguiente capítulo presentaré mis ideas sobre la vida sexual. Trabajo con la idea de que existen tres tipos básicos de vínculo amoroso. Propongo a pesar de toda la controversia y fuerte crítica que encuentro cada vez que presento estas ideas, que al menos para mí, existen tres tipos básicos de amor. Estos son: El amor de pasión, el amor cortés y el amor de conveniencia. Todos ellos válidos y muy dignos.

El Amor de pasión

Las pasiones se producen cuando la psique está funcionando a predominio del eje narcisista. Esto quiere decir que la mente está funcionando con mecanismos primitivos. La relación de objeto es fusional con ausencia de la capacidad de discriminación sujeto-objeto, es decir con ausencia de alteridad. Es decir el sujeto está en simetría con el otro. La angustia que aparece cuando se cree que se ha perdido el objeto de amor, es de aniquilación. Y la relación con el objeto de amor es con el falo imaginario: ya que el objeto de amor de pasión: lo es todo. Para entender un poco más la naturaleza pasional de este tipo de amor es necesario estudiar un poco la teoría del deseo y el objeto pequeña-a.

El objeto de deseo

Sabemos que el deseo es originado por la experiencia de la falta la cual se instala debido a la pérdida inicial del objeto en los inicios de la vida. Debido a que la pérdida original ocurrió muy temprano en la vida, el objeto original perdido representará un objeto muy especial. Este objeto fue llamado por Jacques Lacan el objeto-(a) a veces llamado la objeto pequeña-a.

Este Objeto-(a) será el original objeto de deseo. Es un referente de la relación temprana con el otro primordial. Es algo de naturaleza pre verbal. Lacan se refiere a él: 'como el objeto del cual no se tiene ninguna idea' ya que este objeto representa al original perdido en la infancia temprana, propio del orden imaginario. Este Objeto-(a) siempre será buscado, pero nunca encontrado. Cuando el sujeto cree en ficción haberlo encontrado entonces la experiencia de un estado de pasión se desata. Este estado de pasión puede ser de amor o de odio.

Todo depende de la cualidad de satisfacción o frustración de las experiencias tempranas del sujeto con este objeto perdido. El amor y el odio son las pasiones las ilusiones sufridas por el sujeto, no por el Yo, quien en ficción cree haber encontrado el objeto perdido (a) en el campo del otro⁵⁵.

Realmente este encuentro ocurre: cuando el Objeto-(a) 'encuentra al sujeto' en el campo del otro y no a la inversa. Esto ocurre por casualidad, ya que se trata de un encuentro del azar de la vida. Este encuentro azaroso se muestra como una revelación. Este encuentro tiene un 'agarre' en algún detalle⁵⁶ del cuerpo del otro. Este detalle representa un pedazo del Real arrastrado del pasado original olvidado del sujeto que ama. El sujeto sinceramente percibe, ve, oye, huele, la ilusión de algo irresistible: el <Objeto-(a)> perdido que en sorpresa ha aparecido en el cuerpo del otro.

De hecho este pedazo de Lo Real se origina en una proyección del amante en el cuerpo del ser amado. Es el 'amador' el que coloca [proyecta] y construye su convicción de haber encontrado ese detalle [del Real perdido] en el cuerpo del otro. Pero está claro que ese cuerpo del objeto 'amado' tiene un algo que recuerda a ese 'Real perdido'. Por eso Lacan⁵⁷ solía decir que El amor de pasión, 'es dar

⁵⁵ Jacques Lacan (1963). Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Seminario 11, 1977

⁵⁶ El detalle más común surge <en la mirada o en la forma de mirar> del otro. A veces son otros detalles como <el tono de la voz>. A veces son las formas o dimensiones de sus manos o sus pies, de su boca, de sus senos, o de su espalda.

⁵⁷ Jacques Lacan (1960). La transferencia, Seminario 8. Paidós, Barcelona 1997

lo que no se tiene'. Nosotros podemos decir que el odio como pasión también es de similar naturaleza.

El objeto causa de deseo

Pero este encuentro azaroso es un poco más complicado. Me voy a explicar. Como ya he dicho el objeto perdido-(a) originará el deseo en el ser humano. Pero aquí nosotros tenemos que teorizar un poco más. Una cosa es el <objeto del deseo> y otra cosa es el objeto <causa de deseo>.

El Objeto-(a) no aparece por adelante, en el frente del sujeto, convocado por su deseo a voluntad. Por el contrario, se ubica por detrás del sujeto, sin voluntad, ya que sorprende al sujeto causando el deseo. Según esta lógica, será el objeto perdido-(a) en ficción, quien encontrará al sujeto. El sujeto no puede exitosamente ir en busca del objeto-(a). El objeto-(a) se impone realmente sobre el sujeto por casualidad, por razones del azar. Es claro que el <deseo del sujeto> como ser humano, como un hablante-ser, consiste en el 'deseo del deseo del otro'. Después de todo es este otro quien ha dejado una marca de su ausencia <la falta>, deja un referente en la constitución temprana del sujeto.

Ese referente es el objeto-(a). La turbación proviene porque el sujeto no tiene alternativa posible sino buscar por el resto de su vida a ese objeto perdido-(a). Él o ella lo buscarán siempre por adelante. El objeto de deseo erróneamente se coloca por delante, en el frente visual, así el sujeto va a encontrar un semblante de objeto-(a) algo como una apariencia, como un señuelo. De esta manera el Objeto-(a) será el <objeto de deseo> que es encontrado erróneamente por delante del sujeto.

Pero hay otra historia. Lo que ocurre es lo siguiente: Es el 'objeto perdido-(a)' el que encuentra al sujeto. Cuando esto sucede, el objeto-(a) aparece desde atrás, como el objeto causa de deseo. Este encuentro azaroso del objeto-(a) con el sujeto, desatará inevitablemente un estado de pasión. Estos fenómenos ilusorios de pasión pueden tener la cualidad de <Amor u Odio> esto dependerá de la

cualidad de satisfacción o frustración en las relaciones tempranas con el <objeto-(a)>.

Algo más sobre el Amor

El objeto de amor al cual me he referido más arriba refiere específicamente al amor de pasión. Como ya dije se trata del encuentro del sujeto que ama con su pequeña-(a) perdida y luego en ficción encontrada. Este encuentro, producto del azar de la vida desata un vínculo de pasión. Este amor de pasión se vive con convicción. Se ama y se cree ser amado. Pero la convicción de ser amado por el otro, será siempre puesta en duda. No existe forma de que el sujeto pueda tener certeza en forma definitiva que es ciertamente amado o amada por el otro. Surgen así los tormentos del amor. De allí surge la imagen eterna y muy antigua del amador 'desojando la margarita' y diciendo: 'me quiere/no me quiere/me quiere/no me quiere' hasta el fin de los días. Estas dudas inevitables empujan al amador a tratar de encontrar alguna <prueba de amor> de que en definitiva pruebe que el otro: 'lo ama' o 'la ama'.

En mi práctica clínica me ha tocado escuchar infinitud de pruebas de amor que cada quien se inventa, para encontrar paz y tranquilidad, en la búsqueda de esa <necesaria convicción> de ser amado o amada. Así he oído por ejemplo decir: como pruebas de amor que si 'el hombre o la mujer tiene orgasmo simultáneo con su pareja, esa es la prueba definitiva de ser amado. Otro ejemplo: 'Si cuando está ausente, me llama por teléfono, esa es la prueba definitiva de que si me ama'. O cuando dicen 'si él desea tener un hijo conmigo', es porque me ama. 'Si piensa en mí', es porque me ama. 'Si quiere vivir junto a mí', es porque me ama. 'Si me protege', es porque me ama. A la verdad, el que pide y obtiene su 'prueba de amor' <se paga y se da el vuelto> a sí mismo. La verdad es que si la prueba ofrece una respuesta afirmativa, entonces el sujeto se sabe amado y obtiene paz y tranquilidad por unos días.

El amor de pasión presenta al sujeto problemas difíciles en el diario vivir. Por la siguiente razón: La pasión de amor empuja a ambos miembros de la pareja a formar una unidad. De ser inicialmente dos personas distintas, progresivamente se convierten en un solo

ser. No es raro oír a aquellos seres que se aman, decir: Yo soy tuyo, tú eres mía, tú y yo somos la misma cosa.

De allí el viejísimo aforismo Socrático de 'la media naranja' en donde ambas mitades, pasan la vida, en búsqueda de la otra mitad. Cuando la encuentran se unen y forman una sola naranja. Ese es el peligro. Porque al ocurrir ese fenómeno psíquico de hacer 'uno con el otro' se ha perdido la otredad es decir, la alteridad. La consecuencia es la pérdida o desaparición del amor de pasión, ya que el objeto-(a) perdido debe habitar el cuerpo de otro y no el cuerpo de uno mismo. La vida conyugal muchas veces con la convivencia y el compartir diariamente la cama y las costumbres, empujan a formar una unidad [a ser uno] con el otro. Por eso el aforismo popular dice: 'el matrimonio [o la convivencia] es la tumba del amor'. Este aforismo se refiere específicamente al 'amor de pasión' y al problema de la pérdida de la otredad.

¿Cuánto dura el amor de pasión?

En mi experiencia, este amor de pasión no dura toda la vida. La visualizo como una curva parabólica en la cual desde que se inicia, es inexorable que al final de la curva, la pasión va a desaparecer. Es decir, en ese momento el sujeto deja de ver el [objeto-(a)] en el cuerpo del otro.

En ese momento el amor de pasión ha desaparecido. Diría que se ha transformado en otra cosa. En el mejor de los casos se ha transformado en el 'amor cortés'. Y en otros casos se transforma en 'el desamor' que no es otra cosa que la ausencia del amor de pasión. Muchas veces me han preguntado: ¿Y cuánto dura el amor de pasión? Si nos guiamos por la sabiduría de Marilyn Monroe, contestaría que siete años [por aquello de la comezón del séptimo]. Otras personas me han dicho que les ha durado 12 años. Otras 21 y otras solo cuatro años. Es decir la respuesta depende del caso por caso. Así pues es algo del orden individual, subjetivo.

Dos veces en la vida

Otros me han preguntado si es posible enamorarse de pasión dos veces distintas de la misma persona. Eso equivale a decir que uno es encontrado dos veces por la misma Pequeña-(a) que porta el cuerpo del otro. Eso no me ha tocado verlo nunca. Podría decir que no es posible bañarse dos veces en el mismo río. No es posible sufrir una pasión de amor dos veces con la misma persona. Pero es posible encontrar un amor cortés en la segunda vez, con la misma persona. Eso sí. Y también es posible un amor cortés encontrado dos veces con la misma persona.

Sobre el amor y la muerte

Existe una relación inevitable entre el amor de pasión y la realidad de la muerte. En mi práctica clínica he encontrado tres formas de relación entre el amor y la muerte: (1) El morir de amor (2) el amor a muerte y (3) el amor que mata. Tal parece que aquel viejo aforismo que dice: 'nadie se muere de amor' está completamente equivocado, ya que el amor de pasión puede llegar a ser un asunto mortal.

(1) Morir de amor

Lo ubico en el caso de los amores de pasión no correspondidos o en el caso de la pérdida del objeto de amor de pasión el cual es generalmente una pérdida traumática. Recordemos los esposos que se han unido en un vínculo de pasión a veces por muchos años y uno de ellos muere. Es observación repetida por diferentes personas, que el otro sobreviviente muere poco tiempo después. El común dice: murió de amor.

En la novela francesa llevada al cine titulada 'Relaciones Peligrosas' la Señora de Tourvel muere de amor cuando su objeto de pasión el Vizconde de Valmont, le repite una y otra vez que no la ama y que eso está en su naturaleza. La Presidenta Señora de Tourvel no so-

porta esa pérdida de su objeto de pasión y muere de inanición. Ella ha muerto de amor.⁵⁸

Es oportuno alertar a las jóvenes que tienen una estructura psíquica histérica y que no soportan la pérdida de su objeto de 'amor de pasión' y que se cuiden de proceder en un 'relampagueo enloquecido' a quitarse la vida. Se tiran de un edificio, toman líquidos cáusticos, se toman una dosis mortal de sedantes o se tiran al metro. Esos jóvenes que están en el inicio de la vida, hombres y mujeres por igual, al no soportar la pérdida del objeto de pasión: <mueren de amor>. Si solo pudieran soportar la pérdida por unas horas y que tengan la buena suerte de encontrar a alguien que les acompañe en silencio y les sostenga la angustia de pérdida de ese objeto amoroso sin el cual creen ilusoriamente que no pueden vivir, salvarían su propia vida. Esa es una ilusión de no poder vivir si él o ella es falsa, ya que después de ese momento, desaparece el 'relampagueo enloquecedor' y el dolor de ser abandonadas o abandonados se les hace soportable. Ya desde ese momento <no son suicidas>. Sin embargo a pesar de ser tan simple, la cantidad de jóvenes que no sobrepasan las primeras horas y 'mueren de amor' al suicidarse en ese momento de pasión, es abrumadora.

⁵⁸ 'Relaciones peligrosas' es una famosa novela escrita por Pierre Choderlos de Laclos que narra el duelo malvado y libertino de dos miembros de la nobleza francesa a finales del siglo XVIII. Fue publicada por primera vez en 1782. La Marquesa de Merteuil y el Vizconde de Valmont, que en otro tiempo llegaron a ser amantes, se aprovechan para sus quehaceres amorosos, de la sociedad puritana y privilegiada en la que viven. Estos dos personajes egoístas cuentan sus hazañas que constituyen la trama de la historia. Es cierto que el vizconde de Valmont seduce primero y luego abandona 'al haber sido deshonrada' por él mismo, a las mujeres que conquista. El dice que solo sigue su inclinación natural. La Marquesa de Merteuil harta de escuchar los alardes de Valmont sobre sus aptitudes seductoras, le reta a seducir a la más virtuosa de las mujeres conocidas en la sociedad en la que se desenvuelven: la Presidenta Señora de Tourvel. Si consigue seducirla, la propia Marquesa engañará a su actual amante y se entregará a Valmont. A lo largo de la primera parte del libro iremos viendo los avances de Valmont en su estrategia de seducción de la señora Tourvel, que poco a poco, irá cediendo ante los encantos de Valmont, para luego una vez conquistada y ganada su apuesta con la Marquesa de Merteuil, él la va a rechazar. Un rechazo que la Señora de Tourvel no soporta y muere de amor.

(2) Amor a muerte

Refiere a los amantes de pasión que se juran sinceramente el <amor a muerte>. Esto hace referencia al ‘amor con todo’. Refiere a los amantes que desafían al mundo y a sus prejuicios, por razones de su ‘amor a muerte’. Los ejemplos del romanticismo y de la modernidad abundan en la literatura, el cine, la opera y en la clínica. Así conocemos el caso emblemático de <Romeo y Julieta> aquellos adolescentes que se ‘amaban a muerte’. Amor en el cual su ‘amor de pasión’ va a desafiar los valores de ambas familias y por un enredo equivoco de venenos, ambos encuentran la muerte. Igual ocurre con <Abelardo y Eloísa>.

En el cine español [1980] aparece un film titulado ‘El Nido’ donde se narra un amor de pasión entre una adolescente y un hombre mayor ya retirado en la montaña. Entre ellos surge un ‘amor de pasión’ que lo lleva a ‘morir de amor’ por <su objeto amado>. Es una versión moderna ‘del amor con todo’ de lo que se ha llamado ‘el amor hasta la muerte’.⁵⁹

(3) Amor que mata

Refiere a los <amores de pasión> que son contrariados. Son los amantes que saben de la <imposibilidad de estar juntos> y que a pesar de todo continúan con su inaceptable e imparable proyecto de amor. Son como la mariposa que no puede evitar acercarse a la llama de la vela que precisamente la matará. Aquí encontramos a los <amores imposibles> ejemplificados en filmes que muestran la imposibilidad del amor entre judíos y musulmanes. <Amores imposibles> que muchas veces llevan a los amantes a encontrar la muerte.

⁵⁹ La película El nido [1980] de Jaime de Armiñán, es interpretada por Héctor Alterio y Ana Torrent con fotografía de Teo Escamilla. El filme fue seleccionado oficialmente para el Festival Internacional de Montreal, donde Ana Torrent obtuvo el premio de interpretación femenina por su trabajo en este film.

Un amor de pasión ⁶⁰

...‘Por cierto asunto relacionado con el trabajo, nos citamos y comimos juntos. Después fuimos a tomar algo. Ya sabes que apenas bebo, así que el sumo de naranjas, que me tomé, no contenía ni una gota de alcohol. De lo que sucedió, el alcohol no tuvo pues ninguna culpa. Nos vimos como siempre y hablamos como siempre. Pero cuando en un determinado momento nos rozamos accidentalmente, me entraron de repente unas irrefrenables ganas de hacer el amor con él. Al tocarnos adiviné de manera instintiva que él me deseaba. Y que él sabía que yo lo deseaba a él. Fue algo irracional, una especie de descarga eléctrica paralizadora, que saltó entre nosotros. Sentí como el cielo se derrumbaba sobre mí. Mis mejillas empezaron a arder, el corazón me palpó con fuerza, sentí una pesada presión en el bajo vientre. Casi me resultaba difícil permanecer sentada en el taburete. Al principio no sabía que me estaba sucediendo. Pero pronto comprendí que era un sentimiento de amor y un fuerte deseo sexual. Era tan acuciante, que casi se me entrecortaba la respiración. Sin que ninguno de los dos lo propusiera, entramos en un hotel cercano e hicimos el amor como si nos devoráramos el uno al otro.

Quizás hiera tus sentimientos que te describa todo con pelos y señales. Pero a la larga creo que será mejor que te lo cuente de manera sincera y detallada. Por eso aunque te duela te pido que sigas leyendo.

No sé si esto tiene relación alguna con el amor. Lo único que yo quería era tener relaciones sexuales con él. Sentirlo dentro de mí. Por primera vez en mi vida deseaba a un hombre hasta el punto de faltarme el aliento. Antes había leído en los libros la expresión ‘un deseo irrefrenable’, pero jamás había sabido de qué se trataba con exactitud.

¿Por qué me ocurre esto a mí, así de repente? ¿Por qué me sucedió con alguien que no eras tú? No lo sé. Lo que sí sé, es que en aquel

⁶⁰ Tomado del libro ‘Crónica del pájaro que le da cuerda al mundo’ de Haruki Murakami. Segunda parte: ‘El pájaro profeta’, Segmento del Capítulo 11, titulado ‘La larga carta de Kumiko’. Maxi Tusquets Editores, Mexico [2001].

momento, no pude frenarme. Ni siquiera lo intenté. Entiéndelo, por favor. Ni se me pasó por la cabeza que te estuviera traicionando. Y en la cama de aquel hotel hice el amor con aquel hombre como una posesa. Te lo digo de todo corazón: nunca me había sentido mejor en toda mi vida. No, no era algo tan simple como sentirse bien. Me estaba revolcando en un barro cálido. Mi mente absorbía el placer, hinchándose hasta el punto de estallar. Y estallaba. Un auténtico milagro. Una de las cosas más maravillosas que me han sucedido en la vida’.

El amor cortés

Refiere a un vínculo de amor más tranquilo. Es un vínculo con un objeto con el cual se tiene un sentimiento de amor de mucho cariño pero del cual se está discriminado. No existe el ‘Yo soy tu’, ni el ‘Tú eres Yo’. Existe más bien: el ‘Yo soy yo, y el ‘Tú eres tú’. Existe la capacidad de alteridad con el otro. A veces aparece después de tener un vínculo de amor pasional, que ya ha pasado y se ha convertido en un amor cortés.

En el amor cortés ese otro discriminado, es el depositario de un vínculo amoroso de cariño [algo valioso]. Además de ese vínculo amoroso suave, generalmente existen además, bienes e hijos compartidos. Existen buenos recuerdos, compatibilidad en el carácter y en los intereses. Puede existir buena compatibilidad sexual orgástica al compartir sin problemas o límites morales el fantasma sexual que cada uno de ellos tiene. Este amor cortés es menos conflictivo ya que no está basado en ideales inalcanzables y existe más tolerancia del uno para el otro y el objeto sigue siendo un objeto de amor.

El amor de conveniencia

Es quizás el más viejo tipo de amor que existe. Desde antes de Cristo existen testimonios escritos por los historiadores Romanos y en los papiros de la antigua India, en los cuales el vínculo más apreciado y valioso entre los conyugues era el ‘amor de conveniencia’.

Muchas veces la pareja era ‘arreglada a conveniencia’ por los intereses de los padres o de la ciudad o por la misma persona. Muchas

veces estas parejas ‘arregladas’ por personas ajenas a los conyugues resultaban muy buenas y los conyugues estaban muy satisfechos del arreglo. Otras veces no eran tan afortunadas. En esa época, el ‘amor de pasión’ era visto como algo ‘plebeyo’. Era solo algo propio de las <clases incultas e ignorantes> y un tipo de amor propio de los esclavos. Los ‘patricios’ es decir, las clases más cultas, educadas y poderosas, se guiaban por la regla de ‘la conveniencia’.

Es solo muchos años después al final de la edad media y durante el renacimiento que aparece la figura del ‘trovador’ quien inicia la poesía y el canto al ‘amor de pasión’. Es entonces cuando aparece una transformación de ‘los ideales sociales’ en relación a los vínculos de amor. El ‘amor de pasión’ comienza a ser convertido en una aspiración y en un ideal. Los cuentos de Hadas contados a los niños perpetúan estos ideales. La niña aspira a encontrar su ‘príncipe azul’ y a ser amada intensamente ‘hasta que la muerte los separe’.

Hoy en día, el ‘amor de conveniencia’ existe y tiene cierta validez. Los novios encuentran razones válidas, como por ejemplo lograr una posición económica favorable o un buen acoplamiento sexual o un adecuado compartir los intereses mutuos o una buena compatibilidad en el carácter. Todas razones suficientes para aceptar el matrimonio a ‘convivencia mutua’. En estos casos existe <una relación de amor> pero no es de naturaleza pasional.

La figura social de la ‘machmaker’ o llamada en español ‘la celestina’ es la que <fabrica buenas parejas>. Son parejas compatibles que desarrollan una buena relación de amor de conveniencia, algo muy valioso y sincero. Hoy en día la figura digital de ‘los buscadores de pareja’ hace el mismo trabajo de ‘fabricar parejas’ que antes no se conocían. La maquina los pone en contacto, se encuentran, se conocen y puede que el ‘maching’ funcione tal como ha ocurrido muchas veces.

Según las cifras que me ha tocado revisar estos matrimonios ‘de conveniencia’ son más duraderos que los matrimonios establecidos por el ‘amor de pasión’. Es decir son más estables. Esto lo encuentro bastante comprensible ya que están basados en una aceptación mutua en la cual ambos conyugues conocen <los defectos y las cua-

lidades> del otro. Recordemos que en el amor de pasión ‘el objeto de amor’ es perfecto. Es un objeto que no tiene defectos ya que es ‘idealizado’. Solo tiene cualidades. Esa idealización es la matriz de la ‘ilusión de amor’. Muchas veces al terminar la ficción <cuando cesa la pasión> los defectos del conyugue se hacen conocidos y en algunos casos afortunados estos defectos son tolerados y son aceptables. En estos casos la ‘compatibilidad sexual’, la posibilidad de mantener un ‘vínculo de cariño al otro’, el ‘compartir la crianza de los hijos’ y disfrutar de los ‘bienes conyugales’ permiten el paso de una ‘relación amorosa de pasión’, a una ‘relación amorosa cortés’ con el mismo conyugue, sin producirse ninguna separación o divorcio.

Un ejemplo del erotismo ⁶¹

...‘El río sigue su curso y a comenzado a nevar. En la orilla opuesta resplandecen las hogueras a la luz del crepúsculo. No contaba con que Anna Sergejevna volviera a su lado en la cama. Ella lo hace con tan pocas explicaciones como antes. Como su hija Matryona se encuentra en la habitación contigua, su furor al hacer el amor, le sorprende por su intrepidez. Sus jadeos y sus gritos solamente los sofoca a medias. No son, ni han sido nunca sonidos de algún placer animal, sino son el medio que emplea para entrar en un trance erótico. Al principio su intensidad pasa por encima de él como un ciclón. Hay un largo trecho durante el cual pierde de nuevo el sentido y no sabe quién es él o quien es ella.

Hacen el amor como si sobre ellos colgara una sentencia de muerte. Hay momentos en que no sabe quién es quién. Quién es el hombre, quién es la mujer. Momentos en que son como esqueletos como ensambladuras de huesos, apretados el uno contra el otro, la boca contra la boca, el ojo contra el ojo, entrelazadas las costillas, enredados los huesos de las piernas.

Nunca ha conocido a una mujer que se entregue tan sin reservas a lo erótico. No obstante cuando Anna Sergejevna alcanza el frenesí,

⁶¹ Tal como aparece en el libro ‘El maestro de Petersburgo’ de J.M. Coetzee. Fragmento del capítulo 19, titulado: ‘Las hogueras’. Editorial Random House Mondadori, Bogotá 2009. [Premio Nobel de Literatura 2003].

el comienza a alejarse. Hay en ella algo que parece ir cambiando. Las sensaciones que en la primera noche juntos tenían lugar en las profundidades de su cuerpo, ahora parecen emigrar hacia la superficie. De hecho se está poniendo eléctrica como tantas otras mujeres que él ha conocido. Ella ha insistido en dejar encendida la vela en la mesilla. A medida que se acerca al clímax, sus ojos oscuros lo miran a la cara, con más y más atención, incluso cuando le tiemblan los párpados y comienza a estremecerse. Después, ella yace con él, en la estrecha cama, apoyada la cabeza sobre su pecho, con una pierna montada graciosamente sobre la suya’.

Capítulo 15
CLÍNICA DE LA VIDA SEXUAL

La organización de la sexualidad: A pesar de la insistencia de los geneticistas y de sus recientes descubrimientos en el campo del genoma humano y a pesar de los biólogos y de sus avances en neuroembriología y neurofisiología, sigue siendo un paradigma que no contradice los conocimientos aportados por las especialidades antes mencionadas, el hecho firme de que: 'la organización del deseo sexual humano está determinado por las experiencias de la temprana infancia'.

El psicoanálisis desde sus orígenes y hasta las contribuciones más recientes tiene proposiciones muy específicas y originales en relación a la forma como el ser humano organiza la dialéctica de su deseo sexual. Para entender la proposición que el psicoanálisis hace en relación a la organización y al funcionamiento de los sexos, es necesario distinguir por razones didácticas cinco aspectos fundamentales de la sexualidad del sujeto humano.

1 Lo real sexual: Se trata del cuerpo biológico. Refiere a los órganos sexuales internos y externos organizados por la influencia programática de los genes que pueden llegar a producir <estados intersexuales>.

2 La identidad sexual o sexo de asignación: Se trata de la identidad legal de ser varón o hembra. Refiere al sexo asignado por los padres. Este sexo asignado 'es un significante arbitrario' a veces basado en la anatomía sexual. Este significante atraviesa al sujeto y lo nomina. Es una identidad 'precoz, aprendida e irreversible'.

3 El género sexual cultural: Refiere a los atributos masculinos y femeninos asignados por la cultura a través de la familia con valores que surgen de un momento dado de la historia y de la geografía. Se caracteriza por ser un atributo arbitrario.

4 La escogencia del objeto: Refiere al objeto del deseo sexual sea este objeto de tipo heterosexual, homosexual o bisexual. Es el objeto que va a provocar el deseo sexual del sujeto y lo va a llevar al orgasmo. Aparece temprano en la vida durante el periodo Edípico y es irreversible.

5 El género sexual inconsciente: Refiere a los elementos de género masculino y femenino que existen en el carácter como algo inconsciente. Corresponde a la esencia inconsciente del género sexual. Habla de la verdadera esencia de la masculinidad y de la femineidad. No es dado por la cultura y surge de la dialéctica del falo, de la angustia y de la naturaleza del objeto de deseo.

La vida sexual humana

La vida sexual humana crea al menos dos problemas fundamentales para la sociedad y para la familia. El primer problema tendrá una consecuencia: va a fundar la civilización. Me refiero a la instalación en el sujeto de la prohibición del incesto y la prohibición del parricidio. Así los deseos humanos pasan a ser regulados por las leyes de la sociedad: Se prohíbe el incesto y el parricidio y se pasa a exigir la exogamia como algo universal. Con estas dos prohibiciones se inaugura el mundo de las neurosis en el ser humano, pero a cambio, aparece el mundo civilizado y la cultura. El segundo problema lo constituye el simple hecho de que la actividad sexual crea [genera] hijos. Por lo tanto la sociedad y la familia requieren de un control estricto de la formación de parejas y de su posible prole. No olvidemos que los hijos generan transmisión de bienes terrenales, me refiero las leyes de sucesión. Ahí está el segundo problema.

De estos dos problemas no se pueden zafar los seres humanos. Al nacer ya están inevitablemente inscritos en esa ley civilizatoria y ancestral. Los seres humanos van a desplegar su vida sexual desde la temprana infancia. Esta vida sexual se organiza en forma particular para cada sujeto humano. No existen dos sexualidades iguales. Tal como tampoco existen dos huellas dactilares que sean iguales. Así pues cada ser humano va a tener su propio tipo de vida sexual.

La ecuación sexual humana

Además de todo esto, las vicisitudes de las diversas experiencias vividas en la temprana infancia, van a dejar huellas constitutivas en la formación de su personalidad. Según sean estas huellas, la organización sexual, que es única para cada individuo, se organiza en esa temprana época de una u otra forma. Los cinco aspectos fundamentales de la sexualidad humana descritos al inicio de este capítulo, se mezclan en forma única en cada sujeto. Cada sujeto tendrá desde la temprana infancia su propia ecuación o matriz sexual marcada a fuego en el inconsciente del sujeto con características irreversibles.

El deseo va a aparecer de forma inexorable, ya que el deseo surge de la inevitable experiencia de insuficiencia e indefensión que ocurren al sujeto desde el comienzo de la vida: La falta en ser. Como ya he mencionado, en Psicoanálisis, esta experiencia inevitable será llamada 'la falta' presente en todos nosotros. Además se considera que el 'deseo' surge de 'la falta' y siempre será de naturaleza sexual. Cuando el ser humano llega a la adolescencia aparece la madurez biológica de sus órganos sexuales. Así pues el ser humano está listo para ejercer su <propio y particular deseo sexual> que recordemos: ya fue <organizado> en su <ecuación sexual original> durante los años de infancia temprana. Es decir antes de los cinco años de edad. Además para complicar aún más las cosas, en la adolescencia el ser humano ya tiene capacidad de procreación. La actividad sexual del ser humano que depende de su organización temprana será así muy variada. La mayoría se organiza de forma heterosexual y la minoría lo hace en forma homosexual y bisexual. Esto es en referencia solo a la escogencia de objeto sexual. Al introducir en la ecuación otros elementos básicos como son la identidad sexual y el género sexual cultural se abre entonces, una casi infinita posibilidad de diversidad sexual.

Así podemos encontrar sujetos heterosexuales que son afeminados según los patrones del género sexual social cultural o sujetos homosexuales que son muy masculinos según el mismo patrón de género sexual social cultural. O a la inversa. Así también podemos encontrar sujetos heterosexuales que disfrutan con vestirse de mujer, o sea se travisten en su acto heterosexual. Igual podemos

encontrar hombres biológicos que aseguran ser mujeres. O a la inversa. Encontramos que la combinatoria es casi interminable.

La moralidad sexual

Hasta ahora no he mencionado para nada la dimensión de la moralidad sexual. La sociedad y la familia ejercen un poder sobre sus ciudadanos y sobre sus hijos, utilizando intransigentes códigos sociales de tipo religiosos y morales. El castigo para los que no se someten a estos códigos morales religiosos es la exclusión y ostracismo social y la pérdida del amor. Pero a veces es algo mucho peor. Existen miembros intolerantes de la sociedad que pueden tomar la justicia social en sus manos y provocar destrucción y muerte a estos ciudadanos, los cuales no han cometido delito: pero son diferentes. Estos sujetos moralistas intransigentes, fundamentalistas, creen con sinceridad que esos seres diferentes merecen la muerte.⁶²

El problema del diagnóstico sexual

Ahora voy a mencionar algo muy delicado. Me refiero al problema del diagnóstico psiquiátrico que los médicos, psiquiatras, psicólogos y juristas, aplican a esta infinita diversidad sexual. La clínica psiquiátrica fabrica de forma arbitraria y luego utiliza el 'código de enfermedades' para ubicar la posible patología de las personas. Actualmente se utiliza el código Americano llamado <DSM5> o el Europeo llamado <ICD10>. Así la conducta sexual, que no es aceptable para los patrones sociales comunes, llamados patrones normales de la sociedad, esa conducta sexual es entonces considerada anormal y patológica, por lo tanto esas conductas diversas pasan a ser enfermedades. Entran a formar parte del 'código de diagnósticos de enfermedades' lo cual va a tener serias consecuencias sociales y legales para estos sujetos. Por eso digo, que aquí aparece, un serio problema de funcionamiento ético. Este problema psicodinámico es el siguiente. Se necesita diferenciar dos cosas. Por un lado 'el acto sexual' y por otro la 'estructura mental' que produce ese acto sexual. Son dos cosas diferentes. Voy a dar un ejemplo: un acto sexual voyerista o exhibicionista, puede ser

⁶² Para entender mejor la naturaleza intolerante del ser humano y el porqué requiere de matarlos sugiero leer el capítulo sobre la 'maldad humana' maniqueísta intolerante que aparece en capítulos anteriores de este libro.

realizado por un sujeto neurótico o por un sujeto perverso. Si el acto es realizado por un sujeto neurótico, el voyerismo o el exhibicionismo ocurre como parte de un 'fantasma sexual' propio del neurótico. Es un acto hecho en la intimidad de la pareja que disfrutan viéndose y exhibiéndose uno al otro. Esa pareja neurótica puede amarse y disfrutar del sexo de muchas maneras. Si el acto surge en una mente estructurada como perversa, esto quiere decir que el sujeto está atrapado en ese guión perverso. El perverso no puede acceder al placer del sexo sino de esa manera exclusiva y rígida según sea su guión particular. Desgraciadamente la historia de su infancia lo organizó de esa manera.

Digo desgraciadamente porque los verdaderos perversos estructurales son seres rígidos, muy trabajadores, que solo pueden disfrutar del placer del sexo de esa manera exigida por su rígido guión perverso. No se relacionan amorosa-mente con el objeto de su placer. No pueden disfrutar de lo relativo de las cosas de la vida, ni pueden disfrutar del amor.⁶³

Voy a poner otro ejemplo, como es el caso de los sujetos homosexuales. Hasta hace poco [1982] los homosexuales eran considerados enfermos mentales, con lo cual perdían sus derechos civiles, su trabajo y la libre oportunidad igualitaria. Solo porque el objeto de su deseo sexual era homoerótico. La continuada experiencia clínica demostraba una y otra vez que la homosexualidad no era una enfermedad mental. Se encontraba que aparte de su vida sexual, los homosexuales padecían de los problemas en el vivir como cualquier heterosexual. La única diferencia era que su objeto de deseo sexual era de su mismo sexo. Finalmente por libre votación de los psiquiatras de la 'Asociación Psiquiátrica Americana' se decidió aceptar la normalidad de los sujetos homosexuales y los borraron del Código de Enfermedades [DSM4]. Un éxito extraordinario de la larga lucha de los homosexuales por sus derechos civiles. Es necesario que siempre estemos en alerta con el abuso que ocurre con el 'Código de Enfermedades' que puede ser utilizado en contra de los derechos civiles de los ciudadanos. En la

⁶³ Para entender mejor la forma como se estructura una mente perversa sugiero leer los cuatro capítulos sobre 'La estructura perversa' que aparece en el libro <Experiencia subjetiva y lógica del otro> de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. Caracas, 2004.

práctica clínica generalmente aparecen dos tipos de problemas que el sujeto presenta en el ejercicio de su vida sexual. Por un lado los problemas relacionados con 'la lógica del deseo' y por otro lado los problemas relacionados con 'la lógica del acto'.

Problemas con la lógica del deseo sexual

Los primeros relativos a la lógica del deseo refieren a los sentimientos de culpa que surgen cuando el deseo sexual entra en conflicto con los ideales de la persona. La presencia de las fantasías sexuales o del fantasma sexual puede provocar temor y culpa por el contenido de las fantasías. A veces el propio acto sexual que muestra deseos homo-sexuales en un sujeto heterosexual es capaz de producir culpa al sujeto. Estas personas no aceptan la naturaleza sincera de su deseo sexual. La naturaleza del deseo sexual es muy variada y muchas veces la persona necesita hablar de su vida sexual en confidencia para tratar de entenderla y aceptarla.

Problemas con la lógica del acto sexual

Los problemas relativos a la lógica del acto son los que menos aparecen en la consulta. Se trata de dificultades en la realización del acto sexual. Me refiero a la impotencia sexual del hombre y la frigidez o ausencia de excitación sexual de las mujeres. A la eyaculación precoz del hombre y la dispareunia [presencia de dolor vaginal en la realización del acto] me refiero al dolor a la penetración en las mujeres. También aparece la total indiferencia y ausencia del deseo sexual tanto en hombres como en mujeres. Excede el objetivo de este capítulo describir el abordaje clínico psicoanalítico de estos problemas del acto sexual. Está claro que el analista puede trabajar con estos problemas sin dificultades.

Sobre el tema de las Fantasías sexuales

Las fantasías sexuales son imágenes eróticas, con poco texto, creadas por el inconsciente. Las fantasías sexuales permiten que la vida sexual mejore considerablemente pues incrementan la presencia del deseo y las sensaciones eróticas. Estas fantasías ayudan sin duda a alcanzar mejores y más fuertes orgasmos. Llamada por Jacques Lacan: Fantasma sexual. La idea de llevar estas fantasías a la

práctica es lo que asusta e inhibe a muchas personas. El fantasear con escenas e imágenes sexuales no siempre significa, que lo que se desea en la fantasía sexual, se puede llevar a la práctica. En algunos casos su mayor atractivo reside, justamente, en que no son llevadas a la realidad. Hay casos de personas que después de haberlas llevado a la práctica encuentran que la fantasía sexual pierde el poder de la excitación que anteriormente tenía.

La presencia en la mente de las fantasías sexuales no es algo de lo cual todo el mundo puede disfrutar. No todas las personas tienen la libertad interior de dar rienda suelta a sus fantasías sexuales. Es frecuente encontrar personas temerosas e inhibidas que no se atreven a conocer sus propios deseos sexuales prohibidos. Conocer y disfrutar de la propia fantasía sexual resulta en una conquista y en un atrevimiento que no todos tienen. Por otro lado el factor edad influye en la curiosidad y en la necesidad de utilizar las fantasías sexuales. Por ejemplo los jóvenes adolescentes de ambos sexos, que por razones de edad, tienen una menor experiencia sexual, frecuentemente consumen el poderío de sus fuertes deseos sexuales, en la directa ejecución del coito. No utilizan el recurso de las fantasías sexuales. Cuando el joven o la joven dejan la masturbación en solitario, y pasan a realizar el coito, eso es ya suficiente estímulo, para que los jóvenes de ambos sexos queden rápidamente satisfechos.

Con el pasar de los años y con el aumento de la frecuencia y de la experiencia sexual, que a veces ocurre con la misma pareja, hace que el encuentro sexual con la pareja conocida de siempre, sea menos excitante. Ese coito con la pareja de siempre, va a ofrecer en ambos sexos, un orgasmo de intensidad disminuida. A veces ni siquiera aparece el deseo. En esos casos es frecuente observar que no hay suficiente erección en el hombre, ni suficiente lubricación en la mujer. En esa época de la vida, más allá de la adolescencia, y en esas circunstancias de pareja fija, es cuando la aparición de las fantasías sexuales va a revivir y a devolver la intensidad del placer sexual a la esa misma pareja.

El psicoanálisis en sus orígenes al comienzo del siglo 20, estudió los efectos de cómo la censura interior y la consecuente represión de

los deseos sexuales, producían síntomas neuróticos en las mujeres y hombres de esa época. El diálogo psicoanalítico les ayudó a actualizar sus criterios morales, a aliviar la censura interior, y a aceptarse a sí mismos. Esto les permitió una mayor libertad en el ejercicio de sus deseos sexuales. Freud decía cuando hablaba de la ‘salud mental’ a comienzos del siglo 20, que si el ser humano ‘podía reír, trabajar y disfrutar del sexo, sin angustia’ entonces tenía buena salud mental. Sin embargo durante la primera mitad del siglo 20, los analistas y terapeutas mantenían, sin darse cuenta, unos valores morales que no tendrían ninguna vigencia para hoy en día. Las fantasías sexuales eran entendidas, en esa época, como síntomas neuróticos que debían ser trabajados y eliminados. Si un hombre o una mujer deseaban tener un sexo de trío o de cuatro, era considerado sintomático. Incluso el sexo anal y el sexo oral era cuestionado y considerado un síntoma de algo. Para ese entonces, la homosexualidad en ambos sexos, la bisexualidad y el travestismo, eran considerados algo patológico, como algo enfermo.

El hecho histórico nos dice, que en la segunda mitad del siglo 20, los valores sexuales de la sociedad global comenzaron a cambiar. La virginidad dejó de tener validez e importancia. La desnudez en público, el sexo en grupo y las escenas eróticas explícitas en los cines y la TV, pasaron a ser algo frecuente. La homosexualidad de ambos sexos, abrió su lucha exitosa por legitimarse. Muchos factores sociales contribuyeron a este fenómeno: las dos guerras mundiales asesinas, la aparición de la psicodelia, los efectos incendiarios de los parlamentos gritados en la música rock, los efectos de la marihuana y de las diversas drogas alucinógenas: el LSD, el peyote, los hongos. Luego, la intensa explosión demográfica, va a causar el problemático exceso de población, la aparición de la pastilla para lograr el control de la natalidad, el advenimiento del internet con el acceso a la cultura global y a la satisfacción instantánea, todos estos son algunos factores, que entre otros, contribuyeron a esta imparable transformación social. Esta transformación iba a producir un efecto en los valores morales de la población y por supuesto en la práctica de la psicoterapia y del psicoanálisis, en la segunda mitad del siglo 20.

Según mi entender, es mérito del psicoanalista francés Jacques Lacan, haber presentado con claridad y firmeza, para la práctica del psicoanálisis, la legitimidad de las fantasías sexuales en la vida sexual de los seres humanos. En 1967 [Seminario 14] titulado: 'La lógica del fantasma' Lacan precisa la naturaleza de ese fantasma que siempre es sexual y debido, a que su función principal, es 'velar la castración' el fantasma es calificado correctamente como de naturaleza perversa. Así la fantasía sexual, será siempre de naturaleza perversa, porque al velar la castración trata de ocultarla. Lacan dignifica estas fantasías sexuales y llega a llamarlas el <tesoro de la sexualidad>. Así pues las fantasías sexuales dejan de ser un síntoma neurótico. Al contrario, son un tesoro en la vida sexual del sujeto. Lacan va más allá y en ese mismo Seminario 14 y hace un propuesta teórica para explicar la naturaleza perversa y el origen de este 'fantasma' que desde entonces él llamaba 'fantasma sexual' hasta su muerte ocurrida en Septiembre de 1981.

El fantasma es una escena sexual a predominio de imágenes, con discreta presencia de texto. Este fantasma se origina según hayan sido las experiencias de la infancia temprana del sujeto y se mantiene ignorado e inconsciente hasta el momento en que es conquistado. Lacan decía: 'atravesado' por el sujeto y hecho consciente. El fantasma pone en acto el deseo arcaico que funciona como la matriz del deseo actual. Existe un carácter circular entre fantasma, deseo y acto sexual. Los fantasmas que inicialmente son inconscientes, solo se vuelven conscientes, por efecto de revelaciones de la vida o por efecto del diálogo con el analista o el terapeuta. Lo más importante para la práctica clínica de esta contribución de Lacan, consiste, en que él afirma que 'el fantasma no es un síntoma' y por lo tanto no debe convocar a ninguna interpretación por parte del analista. No es algo para ser curado, sino al contrario, para ser disfrutado. Esa es la novedad que aparece después de 1960.

El fantasma es construido por cada sujeto en su más temprana infancia. Es una construcción inconsciente, precoz e inmodificable. Es una construcción de predominio imaginaria, narcisista, que establece desde entonces, esa relación subjetiva y única: entre el sujeto y el objeto causa de su deseo, el cual Jacques Lacan va a llamar la 'Pequeña-a'. El fantasma le ofrece al sujeto una ilusión de comple-

tud y por eso se dice que el fantasma ‘vela la castración’. La forma como cada sujeto construye y organiza su fantasma [que como ya dije siempre es sexual y perverso] nos indica la forma en que el sujeto va a organizar su <goce> [él cual es algo que nos habla del sufrimiento originario]. Así el fantasma satisface ambos aspectos: ofrece un <goce> particular y sostiene el <deseo> sexual del sujeto al velar la castración. Estos descubrimientos fueron extraordinarios y permitieron modernizar la terapia analítica. No era pensable terminar un análisis, sin antes haber conquistado, es decir haber hecho consciente, la naturaleza del propio fantasma.

Sabemos que compartir las fantasías sexuales [fantasma] no es una tarea fácil. Estas fantasías sexuales generalmente son consideradas ‘inmorales o perversas’ y por eso la persona aun cuando conoce sus fantasías sexuales: las guarda en secreto. No habla de ellas. Algunas personas pasan tiempo esperando que sus parejas se atrevan a compartir, a hablar, o a hasta poner en práctica sus fantasías sexuales. Esa espera puede ser larga porque el sujeto teme ser censurado o rechazado por su pareja. Hablar de estas fantasías en la terapia a veces permite que el sujeto no se avergüence de ellas y puede abrir la posibilidad de que sea compartida con su pareja, dando así la oportunidad a beneficiarse de ellas.⁶⁴

En la primera mitad del siglo 20, Wilhem Reich, quien era en ese momento de 1919 el Director del ‘Instituto Psicoanalítico de Viena’ escribió sobre la vida sexual de los hombres y las mujeres. Escribió un libro titulado ‘La función del orgasmo’. Luego sus teorías se fueron complejizando más y se hicieron controversiales y muy debatibles. Reich hablaba de una ‘energía orgástica y de sus bloqueos corporales’. En esencia era una energía sexual, pero ubicaba estos

⁶⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=JSM-RDrOvFI> [video sobre mujeres conversando sobre las fantasías sexuales en pareja en español de 9 minutos]
<http://www.youtube.com/watch?v=9aF8tto4qcI> [video de una conversación sobre fantasías sexuales en español de 8 minutos]
<http://www.youtube.com/watch?v=PUwPitY2ih4> [video sobre la descripción de tríos sexuales en español de 2 minutos]
http://www.youtube.com/watch?v=L_saxX71LJY&oref=http%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3DL_saxX71LJY&has_verified=1 [video sobre la descripción de varias fantasías sexuales en mujeres en español de 3 minutos]

bloqueos a nivel físico corporal. Al hacer esto: se alejaba de la técnica analítica. Luego su activismo social-político, con la fundación de su movimiento llamado 'sexpol' lo alejaron definitivamente del movimiento psicoanalítico ortodoxo freudiano y fundó su propio movimiento teórico-práctico. A Reich se le reconoce el enorme valor de sus ideas innovadoras. En la segunda mitad del siglo 20, varios científicos no psicoanalistas, colaboraron en lograr un mayor conocimiento de la fisiología de la vida sexual humana, poco estudiada para esa época. Primero los trabajos en el 'estudio del comportamiento sexual humano' que realizó Alfred Kinsey y que se hizo público en 1950. Luego mucho después, William Masters y Virginia Johnson⁶⁵ en Saint Louis USA, se dedicaron a estudiar 'la fisiología de la vida sexual humana'. Ellos publicaron en 1966 su libro pionero 'La respuesta sexual humana' que recogía sus primeros diez años de investigaciones biológicas sexuales. Descubrieron muchas novedades en el campo de la 'fisiología del sexo' [en ambos sexos]. Su trabajo le abrió el camino a una nueva especialidad: los 'terapeutas sexuales'. En 1970 Anne Koedt, una activista importante del movimiento feminista americano de la época, publicó su importante trabajo sobre 'El mito del orgasmo vaginal'. La lectura de este trabajo era obligatoria para las mujeres activistas de la liberación sexual de esa época. Luego Shere Hite⁶⁶ muestra en su libro 'El re-

⁶⁵ <http://www.youtube.com/watch?v=znaBIFSUfW8> [video sobre Master y Johnson en ingles de 54 minutos]

⁶⁶ Shere Hite: Sus trabajos sobre sexología se han concentrado principalmente en encuestas anónimas sobre las costumbres sexuales de mujeres y luego de hombres. Hite parte de los estudios biológicos sobre sexo hechos por Masters y Johnson y anteriormente por Alfred Kinsey. También hace referencia a los trabajos teóricos y políticos asociados con el movimiento feminista de la década de 1970 como el 'Mito del orgasmo vaginal' de Anne Koedt.

<http://www.youtube.com/watch?v=bx7kCYKVLqs> [video entrevista a Shere Hite en 1985 sobre su trabajo, en inglés de 30 minutos]

<http://www.youtube.com/watch?v=4o7857mEvss> [video sobre 'El mito del orgasmo vaginal' en inglés de 9 minutos]

<http://www.youtube.com/watch?v=8daRJKZZLBU> [video sobre la existencia del orgasmo vaginal en inglés de 5 minutos]

porte Hite' aparecido de 1976 y luego en su segundo libro 'Las mujeres y el amor' de 1984, las costumbres sexuales y las fantasías sexuales, de miles de mujeres que contestaron su encuesta anónima por correo.

Sabemos que las fantasías sexuales son distintas en la vida sexual de los hombres y en la vida sexual de las mujeres. Lo que excita a las mujeres, no necesariamente excita a los hombres. Las mujeres responden mejor al romance y a la insinuación erótica. Los hombres son más crudos, directos y responden más a la anatomía genital sexual explícita. Los videos de pornografía exitosa para hombres, muestra el acto sexual en su pura crudeza, sin demoras de romance. A veces el acto sexual incluye dos mujeres o dos hombres. Los videos de pornografía exitosa para mujeres, nos muestran un largo preámbulo de romance, con un hombre poco conocido, que es seducido y excitado, por la atracción y fuerza erótica de la mujer, que lo convoca y a quien no puede resistirse, y con quien poco a poco pasa a realizar el coito. A veces el coito es con dos hombres o con dos mujeres. Las escenas que incluyen el exhibicionismo y el voyerismo, así como las que incluyen el masoquismo y el sadismo, son videos pornográficos con romance y hecho para satisfacer la vida sexual.

Quisiera agregar algo sobre las fantasías y actos de 'dominación y Sumisión' que luego me va a permitir expresar una opinión sobre el actual popular libro erótico para mujeres, titulado 'Las 50 sombras de Grey'. Las prácticas de dominación&sumisión, también conocida bajo sus siglas D&S, es un conjunto de prácticas sexuales centradas en relaciones de consenso, que otorgan el dominio de un individuo sobre otro. En realidad describe prácticas de sexualidad no-conventional que da nombre a lo que hoy en día es considerado como una 'subcultura sexual' particular y específica.

El contacto físico no es siempre necesario y la D&S puede incluso ser practicada anónimamente vía telefónica o por email. Pero en muchos casos puede ser presenciales con mutuo consentimiento y ser intensamente físicas. En D&S cada participante siente placer y disfrute erótico por el hecho de ser dominado o ser dominante. Aquellos, cuyo status es de amo son llamados dominantes o [Doms]

y quienes adquieren la posición subordinada, se llaman sumisos o [subs]. Esto ocurre tanto en hombres como en mujeres. Un switch, es un individuo que puede tomar posesión de cualquier rol. Dos switch juntos o juntas pueden negociar e intercambiar roles varias veces durante un encuentro. El término 'dominatrix' es generalmente reservado para una 'mujer profesional' quien domina a otros por dinero.

En la página Web titulada 'Aprendiendo sumisión' encontré dos textos de este mes de Agosto 2013 que me resultaron interesantes. Creo que ilustran las 'Fantasías sexuales' y las peculiaridades de llevarlas a la práctica.

Primer texto:

<http://aprendiendosumision.blogspot.com/?zx=df4dcac86d820a23>

Es una mujer que titula su texto: Cuando se cede al sumiso. Ella dice: Julio y agosto son meses de muchas celebraciones en diferentes comunidades BDSM⁶⁷ a lo largo y ancho del mundo. En casi todas las celebraciones hay exhibiciones. En algunos casos el Dominante cede momentáneamente a su sumiso, para que otros Dominantes, puedan usarlo en la exhibición.

Continúa diciendo: ...cuando el Dominante invitado acepta el compromiso de tener una práctica de exhibición con un sumiso que no es el suyo ¿es consciente de la responsabilidad que conlleva esa acción? ¿Tiene idea de lo que significa hacerse cargo de un sumiso que no le pertenece? Yo creo que no. Quizás entre diez, lo sepa uno.

⁶⁷ BDSM es la denominación usualmente empleada para designar una serie de prácticas y aficiones sexuales relacionadas entre sí y vinculadas a lo que se denomina sexualidad extrema no-convencional. El término se emplea a menudo de forma equivocada como sinónimo de sadomasoquismo. En realidad es una sigla que da nombre a lo que hoy en día es considerado como una subcultura específica entre sus practicantes. El BDSM se halla estrechamente asociado con la 'subcultura leather' [subcultura del cuero]. El acrónimo está formado por las iniciales de algunas de dichas prácticas: Bondage [amarraduras], Dominación, Sadismo, Masoquismo: BDSM. Esta subcultura es una variación normal de la vida sexual, no es una patología.

¿Y qué pasa con el resto? El resto se tira al agua sin saber. Lo que es peor: sin que les importe su propia ignorancia. Las reglas no escritas del BDSM son conocidas por casi todos, porque son de respeto y convivencia. Por ejemplo algunas de estas reglas serían:

1 El Dominante siempre recibirá trato en tercera persona por parte de los sumisos.

2 Si un Dominante quiere tocar o dirigirse a un sumiso con collar, deberá obtener permiso explícito de su Dueño. Si el sumiso no lleva collar ni está bajo la protección de un Dominante, será el mismo sumiso quien decida si quiere tener alguna práctica con el Dominante que lo solicita.

3 Un Dominante no debe azotar sin la suficiente experiencia, sea a un sumiso desconocido o sea su propio sumiso.

4 Si el Dominante va a azotar a un sumiso que no es el suyo y del que desconoce su resistencia, debe hacerlo con máximo cuidado por respeto a su colega, cuidando, protegiendo y respetando a la persona que le fue cedida.

5 Si el Dominante es inexperto y quiere realizar alguna práctica específica, deberá hablar primero con su colega, admitir que no tiene experiencia pero sí deseos de aprender. Eso es la grandeza de la humildad, no deshonor. Busque al encargado de la reunión para que lo asista. Sus colegas más experimentados le darán ayuda de inmediato.

6 El sumiso confiará en su Dueño, quien debería estar presente durante la exhibición. Pero ¡cuidado!, porque el Dueño no puede sentir lo que siente el sumiso, y no siempre tiene la posibilidad de ver absolutamente todo, aunque quiera. Y el Dominante invitado ya sea por ignorancia, error o hacer una prueba, podría hacer daño. También existe la posibilidad de que haga daño de forma premeditada. Y en ese caso, es responsabilidad del sumiso suspender la exhibición con una palabra de advertencia, o detenerla por completo con la palabra de seguridad.

...‘Estoy escribiendo este post porque no quiero que le pase a otra persona lo que me pasó a mí. En una fiesta fui cedida para una exhibición de spanking. El ‘amo’ al que me voy a referir se ofreció a azotarme y comenzó a pegarme con el dorso de la mano. Mi Señor lo detuvo advirtiéndole que esa no era la forma correcta de nalguear y que lo hiciera con la palma de la mano’.

...‘Fue a partir de ese momento en que dejé de entender con qué me estaba pegando, porque el dolor era diferente y mucho más fuerte de lo que yo conocía. Tengo años de spankee y de sumisa. Sé la diferencia entre una paleta, un rebenque, un látigo, la mano, vara, fusta u otros instrumentos. Pero... no era ningún elemento conocido. El golpe era seco, duro, sumamente desagradable y podría decir que hasta perturbador. Estuve a punto de detenerlo, pero el saber que mi Amo estaba allí vigilante y que no permitiría que me sucediera nada malo, me hizo contenerme y soportar. Y ese fue mi error y mi responsabilidad’.

...‘Al llegar a la casa cuando regresamos de la fiesta, tenía las nalgas doloridas. Le pedí a Sir Williams que se fijara y descubrió con asombro varios golpes ya morados y con la sangre encapsulada en bultos. Masajes y cremas mediante, fueron cediendo. A los pocos días me encontré en el chat con alguien de mi total confianza que había estado en la reunión; aproveché para comentarle lo que me había sucedido, y gracias a esta persona pude enterarme de la verdad ya que estaba ubicada en el ángulo opuesto al de mi Señor. Gracias a eso pude entender lo que había pasado.

...‘Mi Amo y yo habíamos sido engañados por este “pseudo dominante”, porque un verdadero Dominante es, antes que nada, un caballero, un hombre respetuoso y no alguien que actúa de mala fe y con clara intención de engañar y dañar. Este master levantaba el brazo como para palmearme, pero cuando lo bajaba y estaba cerca de mis nalgas, cerraba la mano y me golpeaba con el puño y los nudillos. Por eso yo sentía el golpe seco, fuerte, como si me estuvieran golpeando con una bola de acero. Y uso a propósito el verbo golpear, porque no me azotaba, ni nalgueaba, ni palmeaba, sino que me golpeaba con los puños.

‘...Este señor fue con una joven a la que presentó como su sumisa. Es probable que a ella la golpee de esta misma forma, y también es posible que la chica acepte los golpes porque como es nueva, nadie le haya dicho que esos golpes no están dentro de lo sensato, y que el consenso (en mi caso al menos) no es tal, porque de haber sido informada de que iba a ser golpeada con los puños, no lo hubiera permitido jamás. Ni mi Amo ni yo. Entonces pregunto... ¿con qué derecho estos “tipos”, “pseudo amos”, abusadores en definitiva, cometen estos atropellos? Los sumisos no somos “punching ball” de nadie, se llame como se llame y tenga autoimpuesto el rol de amo, sir, lord, señor, master, dueño o lo que sea. Los sumisos, esclavos, spankees, somos seres humanos de carne y hueso que estamos entregando nuestro tesoro más valioso: la integridad física y mental, a una persona que se atreve a engañarnos, que no respeta el SSC, ni el RACK, ni el BDSM como forma de vida y de la comunidad. Son abusadores a los que no les importa si el sumiso sale lastimado o no, porque solo es una “cosa” en la que descargar su frustración.

...‘Mi mensaje en este post que admito estar escribiendo con bastante rabia e impotencia, es que siempre debemos confiar en nuestro Dominante, porque es Él o Ella quien nos cuida y protege. Pero, queridos sumisos recuerden que nadie, ni siquiera su Dominante, podrá protegerlos con la misma eficacia que cada uno se puede cuidar a sí mismo, porque solo uno mismo sabe qué siente y cómo se siente en cada momento, solo uno mismo sabe dónde y cómo le duele el azote o el golpe. Yo soy la primera responsable de mi persona y no debo dejarle toda la responsabilidad al Dominante, porque es una carga demasiado grande. Si veo o siento que hay algo que está mal, debo ayudarlo a protegerme para que nadie me lastime.

...‘Como primera regla, nunca mientan para ser creíbles. Y como segunda, no teman suspender una sesión, ni decir cómo se sienten, ni exigir el cumplimiento de los límites. Si el dominante no respeta tus límites duros... corre, huye, aléjate lo más que puedas de él/ella, porque no es un dominante, es un abusador. Si deseas ser la joya más valiosa para tu Dominante, cuídate, para ti misma y para tu Dom.

Texto dos:

<http://aprendiendosumision.blogspot.com/?zx=df4dcac86d820a23>

Allí dice: ...Hace unos días recibí el mail de un Dominante. Me decía que llevaba pocos meses de practicar BDSM y me escribió para pedir mi opinión como sumisa en una situación específica. Su sumisa le pidió, más bien le exigió, que le entregase amor después de castigarla. Este Dominante me explicaba que él le brindaba afecto si la falta era leve, pero cuando la falta era grave la castigaba, la maltrataba, la humillaba y luego la dejaba abandonada. Está convencido que si le da cariño después del castigo, ella repetirá la falta. Su pregunta era, en definitiva, si yo creía que estaba bien negarle el afecto cuando era castigada por una falta grave como, por ejemplo, la desobediencia. Este mail y mi respuesta me hicieron pensar lo que quiero compartir con ustedes a continuación...

En mi opinión, la diferencia entre la violencia doméstica y el BDSM debería reducirse a una sola palabra: consenso, mutuo acuerdo. Pero en realidad no siempre es tan simple, ni tan lineal.

Las personas que recién comienzan en el BDSM, no siempre tienen las ideas claras, ni saben con certeza en qué se están metiendo. No imaginan la responsabilidad que implica este estilo de vida, tanto para el Dominante como para el sumiso. Es lo mismo si tomamos esto como estilo de vida, como juego o como medio para conseguir placer sexual. Lo que realmente importa es la forma cómo lo enfrentamos. Un Dominante puede elevar al sumiso al éxtasis, conocido como subspace, o puede sumirlo en la más profunda depresión. Difícil que lo logre en la primera sesión, o en dos o tres sesiones, pero puede lograrlo con el tiempo, conociendo al sumiso más y más. Ese conocimiento puede hacer que le repita a su sumiso, al final de la sesión o en cualquier momento, lo bueno que es y cuán orgulloso está de poseerlo... o puede humillarlo al extremo de dejar su autoestima a la altura de un felpudo. ¿Cómo lograría esto último? Abandonándolo sin apoyo luego de cada sesión de castigo, de cada humillación, repitiéndole una y otra vez que no sirve para nada, y... haciéndole creer que es así realmente. Señores Dominantes: no todos los sumisos tienen el mismo nivel de autoestima, y muchos creen que "esto es así, y si soy sumiso debo soportarlo. Él es

mi Amo y si lo dice, debe tener razón". Están en un error... Para eso están los límites y es responsabilidad de cada uno el hacerlos respetar. También cada uno es responsable de la pareja que elige. Se puede equivocar, entonces deberá reconocer ante sí mismo su error y terminar la relación antes de que pueda salir lastimada alguna de las partes...

El Dominante ejerce el mando, la dominación, el "*poder*". Pero... debe tener presente que ese *poder* es prestado, es cedido transitoriamente por parte del sumiso, quien será conducido por un camino de protección, enseñanza, cuidados, entrenamiento, nuevas experiencias e infinito placer. Cuando la parte sumisa cede el Poder, entrega también su bien más preciado: la integridad física y psíquica. Le ofrenda al Dominante su entrega, obediencia, fidelidad, lealtad, afecto y más. A cambio, espera ser compensado con lo que le prometió su Dueño.

Me animo a decir que cuando un Dominante y un sumiso deciden convertirse en pareja, casual o permanente, deberían como primer medida, tener en claro los límites de ambos, porque aunque algunos no lo sepan, los Dominantes también tienen límites. La base, el comienzo de una buena relación BDSM, es la definición de los límites y contestar sinceramente el Play List. En cualquier campo de la vida es importante informarse lo más posible acerca del tema que se va a encarar. De los dos lados van a existir derechos, obligaciones, responsabilidades, pasión, cuidado y entrega. Porque el BDSM jamás se ejerce en solitario. El BDSM es un acuerdo de ida y vuelta. Y posiblemente este sea el punto donde la mayoría se equivoca. Estoy convencida, queridos amigos, que nadie acepta las responsabilidades de su rol en forma incondicional. Los dos obtienen beneficios, cada uno sabrá cuál es el que más le interesa. Puede ser el placer sexual, el manejo del poder, el sentimiento de protección, el sentirse sometido o humillado, o tantos más. No importa cuál sea su interés o por qué haya decidido ejercer su rol, lo importante es tener claro que el placer debe ser similar para ambas partes, de ida y vuelta.

Comentarios sobre las 50 sombras de Grey

Las 50 sombras de Grey es una novela erótica del 2011, escrita por la relativamente desconocida para ese entonces, la autora británica Erika Leonard James.⁶⁸ La acción ocurre en gran medida en Seattle. Este libro es la primera entrega de una trilogía que describe la relación entre una recién graduada de la universidad llamada Anastasia Steele y un joven magnate de negocios llamado Christian Grey.⁶⁹ Se destaca por sus escenas explícitamente eróticas con elementos de las prácticas sexuales que involucran: Bondage, Dominación, Sumisión y Masoquismo [BDSM]. El segundo y tercer libro se titulan: '50 sombras más oscuras' y '50 sombras liberadas'. Las 50 sombras de Grey han encabezado las listas de best seller en todo el mundo, incluyendo el Reino Unido y los Estados Unidos. La serie ha vendido 31 millones de copias en todo el mundo y los derechos del libro han sido vendidos en 37 países, estableciendo el récord como la edición de bolsillo de ventas más rápida de todos los tiempos, superando a la serie de Harry Potter. La novela ha conseguido críticas mixtas. En España, el primer libro de la saga traducido al español salió a la venta el 6 de junio de 2012, impreso por la editorial Grijalbo y los dos siguientes libros se publicaron el 4 de julio del mismo año.

Las 'Cincuenta sombras de Grey' narra la historia de Anastasia 'Ana' Steele, una estudiante de 21 años que cursa la carrera de Literatura en la Universidad de Washington, y que vive con su mejor amiga, Katherine Kavanagh, quien escribe para el periódico estudiantil de su universidad. Debido a un resfriado, Katherine persuade a Ana para que tome su lugar en la entrevista que le haría a Christian Grey, un joven empresario rico y exitoso. Ana se ve atraída inmediatamente por él, pero también lo encuentra intimidante. Como resultado la entrevista no sale del todo bien y le deja a Grey una mala impresión —o al menos eso es lo que ella cree—. Ana trata de consolarse a sí misma con la idea de que lo más probable es que no lo volverá a ver. Sin embargo, se sorprende cuando Grey aparece

⁶⁸ Mejor conocida como E.L. James.

⁶⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=HhdWZSBrAVI> [video sobre imágenes de 'Las 50 sombras de Grey', solo musicalizada de 14 minutos]

en la ferretería donde trabaja. Durante la compra de varios artículos, incluyendo ataduras de cables y cuerdas, Ana le informa a Grey que Katherine quiere fotografías de él para el artículo. Grey le da a Ana su número de teléfono, lo que hace pensar a Ana que ella le gusta. Katherine presiona a Ana para que llame a Grey y organice una sesión de fotos con su amigo el fotógrafo José Rodríguez.

Al día siguiente, José, Katherine y Ana llegan al hotel donde Grey está hospedado, la sesión de fotos se lleva a cabo y Grey invita a Ana a tomar un café. Ambos hablan sobre sus vidas y Grey le pregunta a Ana si está saliendo con alguien, específicamente con José. Ana responde que no está saliendo con nadie, después Grey le pregunta sobre su familia. Durante la conversación, Ana se entera de que Grey es soltero, pero que no es del tipo de hombre de «flores y corazones». Esto intriga a Ana, sobre todo después de que la rescata de la trayectoria de un ciclista que estuvo a punto de atropellarla. Sin embargo, Ana cree que no es lo suficientemente atractiva para Grey, como lo es su amiga Katherine.

Después de terminar sus exámenes Ana recibe un paquete de Grey, que contiene los tres volúmenes de las primeras ediciones de 'Tess de Urberville' lo que la aturde. Esa noche Ana va a beber con sus amigos y termina emborrachándose y marcando a Grey por teléfono para preguntarle por qué le envió los libros, pero él no le responde y le informa que va a ir a recogerla debido a su estado de ebriedad. Ana sale a tomar aire fresco, entonces José intenta besarla a la fuerza y es interrumpido por Grey. Ana accede a que Grey la lleve a casa, pero antes descubre que su amiga Katherine ha estado coqueteando con el hermano de Grey, Elliott. A la mañana siguiente, Ana se despierta para encontrarse a sí misma en la habitación de hotel de Grey quien la reprende por no cuidar adecuadamente de sí misma. Grey entonces le revela que le gustaría tener sexo con ella. Inicialmente le menciona que tendrá que llenar el papeleo antes de que algo suceda, pero más tarde la besa en el ascensor.

Ana va a su cita con Grey, quien pilota su helicóptero, Charlie Tango, hasta su apartamento en Seattle. Una vez allí, Grey insiste en que firme un acuerdo de confidencialidad que le prohíbe hablar de lo que hagan juntos, lo que Ana se compromete a firmar. También

menciona otros documentos, pero primero la lleva a una habitación llena de juguetes BDSM y otros equipos. Allí Grey le informa que el segundo contrato será uno de dominación y sumisión y que no habrá relación romántica, sólo una relación sexual. El contrato incluso prohíbe a Ana tocar a Grey o hacer contacto visual con él. Cuando Grey le está explicando esto, Ana le revela que es virgen y él se compromete a tomar su virginidad sin hacerla firmar el contrato, después tienen relaciones sexuales.

A la mañana siguiente Ana y Grey, tienen una vez más relaciones sexuales, sólo que son interrumpidos por la madre de Grey quien llega unos momentos después de su encuentro sexual. Su madre se sorprende de ver a Ana ahí, ya que daba por sentado que Grey era homosexual, porque nunca lo había visto con una mujer. Grey más tarde lleva a Ana a comer, donde le revela que perdió su virginidad a los quince años con una de las amigas de su madre y que sus anteriores «relaciones» dominante/sumisas, fracasaron debido a la incompatibilidad. Ellos planean reunirse de nuevo y Grey lleva a Ana a su casa, donde descubre varias ofertas de empleo y admite a Katherine, que ella y Grey han tenido relaciones sexuales.

En los días siguientes, Ana recibe varios paquetes de Grey. Estos incluyen un ordenador portátil para que los dos se puedan comunicar a través de correos electrónicos, ya que Ana nunca antes ha tenido una computadora personal, y esto es parte del contrato dominante/sumisa. Ana y Grey intercambian correos electrónicos, donde Ana se burla de él y le indica que hay varias partes en el contrato que no quiere aceptar, como por ejemplo, comer solamente alimentos de una lista específica. Ana más tarde se reúne con Grey para discutir el contrato, y se abruma por todo lo que rodea al BDSM y por el hecho de mantener una relación exclusivamente sexual con Grey que no es romántico por naturaleza. Debido a estos sentimientos Ana deja a Grey y no lo vuelve a ver hasta su graduación de la universidad, donde es un orador invitado. Es en este momento cuando Ana está de acuerdo en firmar el contrato dominante/sumisa.

Ana y Grey, una vez más se reúnen para discutir el contrato, donde tratan los límites infranqueables de Ana. Ana recibe por primera

vez un castigo de Grey, lo que los deja a ambos seducidos y un poco confundidos por la interacción. Esta confusión se agrava por los regalos espléndidos de Grey y por el hecho de que la lleva a conocer a su familia. A pesar de esto, los dos continúan con el plan, aunque Ana no ha firmado todavía el contrato. Después de conseguir un trabajo en Seattle Independent Publishing, Ana se ve más presionada por las restricciones del acuerdo de no divulgación y la compleja relación con Grey.

La tensión entre la pareja llega a un punto en el que Ana le pide a Grey que la castigue con el fin de mostrarle cuan extrema podría ser una relación BDSM. Grey cumple la petición de Ana, golpeándola con un cinturón, sólo para que Ana se dé cuenta de que los dos son incompatibles. Devastada, Ana deja a Grey y regresa al apartamento que comparte con Katherine.

Cincuenta sombras de Grey, también han suscitado críticas, debido a su narrativa trasgresora sadomasoquista. En la revista Newsweek aparece una declaración de la periodista Andrea Reiher, donde expresa su frustración por la narrativa de esta saga y afirmó que 'las mujeres estén renunciando a su poder y a su derecho a la igualdad con su pareja'. Otra periodista afirma que 'ser sumisa sexual, no es sinónimo de ser víctima de abuso'. En un blog femenino actual, respondieron al libro diciendo: 'la mayoría de los seguidores de la saga, elogian la relación sentimental entre Anastasia y Christian y no al tipo de sexo que practican'. En una entrevista varias dominatrices respondieron que 'si bien la sumisión puede ser un escape para las tensiones cotidianas de las mujeres, con frecuencia ellas [las dominatrices] suelen tener con bastante frecuencia clientes masculinos sumisos. Afirman que la confianza es un factor importante en las relaciones de dominio y sumisión'. Otra dominatriz dice que 'aun cuando la popularidad del libro, fue el resultado del deseo actual de 'igualdad sexual de las mujeres' esto no significa, que 'sea una evidencia de la infelicidad' y 'menos de la invalidación del feminismo' Incluso podría ser una señal de progreso, el que

millones de mujeres pretendan perseguir fantasías sexuales atrevidas por su cuenta.⁷⁰

En lo personal opino que el interés despertado por la lectura de este libro, no representa la evidencia de una desviación sexual de las mujeres actúales. El libro es un éxito, porque corresponde a la tradición del 'género romántico' que tanto gusta a las mujeres. Lo particular de este libro está, en que desde una narrativa simple y directa, en donde aparecen jóvenes bellas e ilusionadas, hombres misteriosos, ricos, atractivos y poderosos, la narración las va llevando suavemente, a una intensa escena erótica de un 'porno-light' muy elegante, que ciertamente las va a introducir en el sexo prohibido, es decir, en los actos sexuales de sumisión y dominación.

Igualmente opino que el libro no describe un sexo ofensivo, y violento. Al contrario aparece un romance suave, lleno de belleza y riquezas, que las lleva, poco a poco, al intenso sexo de trasgresor de sumisión y dominación. Hoy en día las mujeres utilizan el internet para liberarse de la vergüenza sexual. Exploran en privado los contenidos sexuales explícitos a través de la computadora. Opino que las fantasías de sumisión, que satisfacen las mujeres al leer este libro, no amenazan los progresos feministas logrados en duras contiendas por todas aquellas mujeres que han luchado por liberarse del dominio social masculino de privilegios. Al contrario representan un avance de liberación, un algo que impulsa a la libertad sexual. La lectura de este libro confirma el derecho a la liberación sexual de las mujeres, este libro les permite el intercambio de información y abre a la discusión más amplia del tipo de vida sexual contemporánea.

⁷⁰ <http://www.youtube.com/watch?v=u-WXRRaxNVY> [video de una entrevista a E.L. James, autora del libro: 'Las 50 sombras de GREY' en español, inglés y subtítulos, de 40 minutos]

Capítulo 16

CLÍNICA DEL GÉNERO SEXUAL

Definir los géneros en dos tipos [binario]: masculino y femenino, resulta ser algo, que no es tan fácil como parece. Los analistas nos encontramos con dificultades conceptuales para ubicar desde la teoría psicoanalítica los géneros tradicionales [binarios] y es aún más difícil incluir a los andróginos y los transgéneros. En este capítulo se trata de abrir a examen estos conceptos, especialmente con más detalle el de masculinidad y feminidad. Cuando nosotros, los analistas nos acercamos al estudio del concepto de género sexual y estudiamos la difícil esencia de la feminidad y en particular el complejo problema de la masculinidad, encontramos que estas preguntas nos llevan a un mar sin fronteras, a una experiencia imprecisa y confusa. Preguntar: ¿Qué define a una mujer? ¿Qué define a un hombre? ¿Qué es el pangénero? Resulta hoy en día algo cada vez más difícil de responder.

El andrógino

Algunos antropólogos sociales proponen que debe cerrarse, dar por terminado, el enfoque que establece la dicotomía del género sexual. Debe dejarse de considerar lo masculino y lo femenino como un par de opuestos. En particular Thomas Gramstad propone que todo sujeto sea considerado básicamente un andrógino, es decir un sujeto que tiene los dos sexos. En este andrógino existiría una combinatoria individual de lo masculino y lo femenino. Así cada sujeto sería único en relación a su género. No habría dos andróginos iguales, con igual combinatoria. Tampoco abriría lo masculino y lo femenino por separado.

El transgénero

Transgénero es un término que se aplica a los sujetos que suponen tener tendencias que son distintas de la identidad de género asignada al nacer. Además esta identidad asignada le otorga un rol social predeterminado el cual tradicionalmente tiene la sociedad para ese sexo. El transgénero muestra una forma de expresión de la identidad sexual de un sujeto, que difiere de su género biológico y

de su identidad sexual asignada. Transgénero es la identidad de género que el sujeto se asigna a si-mismo: hombre, mujer, ambos o ninguno. El término transgénero no se vincula con ninguna orientación sexual particular. Por eso las personas transgénero pueden identificarse como heterosexuales, homosexuales, bisexuales, pansexuales, polisexuales, asexuales.

El concepto de transgénero incluye a las personas cuya identidad no es ambigua. Son personas que fueron asignadas un género sexual al nacer y en base a sus genitales, pero que sienten que esta es una descripción falsa o incompleta de ellos mismos. Un individuo transgénero puede poseer características que normalmente se asocian a un determinado género sexual y puede identificarse a ese sexo o identificarse con un tercer género, una mezcla de ambos o ningún género.

Dentro del transgénero se encuentran conceptos derivados que corresponden a la clasificación de distintas identidades de género, entre los que se encuentran: la androginia, el cross-dressing, el gender-queer, el género fluido y la transexualidad.

(a) La androginia es la presencia de rasgos físicos o psicológicos de ambos sexos en un mismo individuo. (b) El cross-dressing [transvestis] es la utilización de prendas asignadas socialmente al género opuesto y que no involucra un propósito específico. El drag es un auxiliar dramático del cross-dressing, en el que se representan personajes burlescos del género opuesto, con fines primordialmente histriónicos y de teatro. (c) El gender-queer corresponde a los individuos que se identifican de una manera diferente a los géneros binarios clásicos [hombre–mujer]. Se presentan como una mezcla de ambos género binarios (bigénero), un tercer género, un género neutro o nulo (agénero) o todos los géneros (pangénero). (d) El género fluido designa a aquellos individuos de identidad gender-queer que rotan su identidad de género, adecuándose al contexto social. (e) La transexualidad define a aquellos individuos cuya identidad de género es discordante a su género biológico, por lo que desean vivir y ser aceptados como miembros del género contrario al sexo que se le asignó al nacer.

Psicoanálisis: identidad y género

La propuesta de Gramstad de la cual hablé al comienzo de este capítulo no es descabellada. Los Psicoanalistas sabemos que la identidad sexual y el género sexual en sus dos aspectos <cultural e inconsciente> son adquiridas en la temprana infancia. El psicoanálisis afirma que tanto el hombre como la mujer, pueden tener ambos atributos: masculinos y femeninos, independientemente de su sexo biológico. Así un hombre puede ser muy femenino, con algo de masculino y una mujer puede ser muy masculina, con algo de femenino. Por lo tanto la idea de una combinatoria no es nueva para nosotros. La dificultad aparece cuando preguntamos por esas características o rasgos de género que nos permite precisar la cualidad de lo específicamente masculino o femenino y que por lo tanto, estará en la combinatoria. En este trabajo propongo diferenciar dos aspectos fundamentales del género sexual. Los aspectos de género que provienen de la cultura y los aspectos que provienen de lo particular del ser: es decir del inconsciente freudiano.

Excluyo en este estudio los aspectos de género sexual derivados de los genes que influyen en el desarrollo biológico intrauterino de ambos sexos. Los genes provocan ciertas diferencias en el desarrollo biológico temprano del embrión de los seres que van a ser varones y van a ser hembras. Excluyo este elemento, porque mi experticia no cae en ese campo. Sin embargo es un tercer aspecto del género, que es necesario tomar en cuenta.

La organización sexual humana

Es necesario comenzar por diferenciar claramente los cinco elementos básicos de la organización sexual humana. Como ya he dicho en el capítulo anterior, según mi visión personal del asunto, encuentro necesario distinguir lo siguiente:

- (1) Lo real sexual: el cuerpo (lo biológico), lo que refiere a los órganos sexuales internos y externos.
- (2) La identidad sexual o (sexo de asignación): Varón o Hembra, dejando un espacio para los

estados intersexuales. Refiere al sexo asignado por los padres, al significante que atraviesa al sujeto. Esta identidad sexual es precoz, aprendida e irreversible.

(3) El género sexual cultural (que es arbitrario): Refiere a los atributos masculinos y femeninos asignados por la cultura en un momento dado de la historia.

(4) La escogencia del objeto del deseo sexual: Refiere al objeto del deseo sexual: heterosexual, homosexual o bisexual.

(5) La esencia inconsciente del género sexual: la estructura de género sexual inconsciente. Refiere a la esencia de la masculinidad y feminidad.

Género sexual cultural

En forma muy resumida desde el punto de vista de la sociología y de la antropología, el género sexual cultural refiere a los atributos otorgados por la sociedad al sujeto y desde allí, el sujeto se las exige a sí mismo. Las representaciones simbólicas o atributos masculinos y femeninos que circulan en la familia y en la sociedad, dan las exigencias que definen y que van a ser aceptadas por la sociedad de hombres y de mujeres. Estos atributos son diferentes en el espacio urbano y en el rural. También son diferentes de acuerdo a la época y la cultura de las naciones. Estos atributos que hacen a lo masculino y hacen a lo femenino constituyen los patrones o matrices de masculinidad y feminidad tienen una vigencia que hace que se perpetúen a sí mismos, adquiriendo una continuidad histórica. Aparecen así, los llamados aspectos tradicionales de la masculinidad y la feminidad. Estos atributos sociales o representaciones simbólicas, se perpetúan en la cultura a través de los mitos, las tradiciones y los intereses del estado.

Una forma de ser hombre que ha dado sentido a los varones durante centurias, está en el hecho de aceptar y ejercer la <hegemonía paterna>. Ser padre implica tener la autoridad del hogar y ejercer los derechos del <páter familia>. Ser el proveedor, dominar la calle y hacer suyo el espacio público. Los atributos de la mujer, desde

este punto de vista social, han estado centrados en el ejercicio de <la maternidad>, protegida y proveída por el hombre. La mujer acepta y ejerce la dedicación al hogar y a los hijos en el espacio de su casa. Crea y hace suyo un <espacio privado>.

Estos atributos de género establecieron una clara separación arbitraria con la autoridad y la producción de bienes como atributos masculinos. Como atributos femeninos, aparecen la sumisión al poder del esposo y la responsabilidad de la reproducción y supervivencia de los hijos. Estos atributos se mantienen a través de las generaciones por procesos socio-políticos en los cuales comparten responsabilidades de perpetuación por igual: los hombres, las mujeres y las políticas del estado.

Los estudios sociológicos en torno a las formas de presentarse la masculinidad, llevados a cabo en los años recientes en la región Latinoamericana (1999), ha revelado la existencia de una forma de ser hombre que se ha constituido en referente y norma de lo que debe ser un varón. Aparece la versión actualizada del patriarca, en contraparte encontramos la forma de ser femenina.

El problema de la masculinidad

Investigadores sociales chilenos (1999) plantean en la página Web de FLACSO lo siguiente en relación al problema de la masculinidad: “En el marco de una sociedad patriarcal el varón se ve impulsado a construir su identidad por la vía negativa, evitando todo lo que es culturalmente definido como femenino. El miedo a ser femenino pasa a ser el eje alrededor del cual se va estructurando lo masculino”. Los principios del ser masculino se organizan en ideas que rigen la forma de ser masculina.

1. La masculinidad en la forma más valorada de la identidad genérica.
2. El poder, la dominación, la competencia y el control son esenciales como prueba de masculinidad.
3. La vulnerabilidad, los sentimientos y las emociones en el hombre, son signos de feminidad y deben ser evitados.

4. El control de si mismo y el control sobre los otros son esenciales para que el hombre se sienta seguro.
5. Un hombre que <pide ayuda> o <trata de apoyarse> en otros, muestra signos de debilidad, vulnerabilidad e incompetencia.
6. El pensamiento racional y lógico del hombre es la forma superior de inteligencia para enfocar cualquier problema.
7. Las relaciones interpersonales que se basen en sentimientos, intuiciones y contacto físico, son consideradas femeninas y deben ser evitadas.
8. El éxito masculino en las relaciones con las mujeres está asociado a la <subordinación de la mujer> a través del uso del poder y el control de la relación.
9. El ejercicio de la sexualidad es el principal medio para probar la masculinidad, la sensualidad y la ternura son consideradas femeninas y deben ser evitadas.
10. La intimidad con otros hombres debe ser evitada, porque: (a) lo vuelve vulnerable y lo pone en desventaja en la competencia por las mujeres. (b) puede implicar afeminamiento y homosexualidad.
11. El éxito masculino en el trabajo y la profesión son indicadores de su masculinidad.
12. La estima del hombre se apoya primariamente en sus logros y éxitos obtenidos en la vida laboral y económica.

Como se puede ver esta red de creencias se convierte en <una verdadera trampa> que impide reflexionar acerca de las desventajas de sostener el modelo masculino tradicional. La fuerza de los mitos culturales hace que ni la mayoría de los hombres, ni las mujeres cuestionen algunos de estos principios a lo largo de su vida.

Los peligros del Género

Según el estudio de FLACSO (1999) el modelo masculino tradicional es peligroso para la salud. Las estadísticas muestran que la expectativa de vida es menor para los hombres y que es el género masculino el que encabeza los porcentajes de muertes por accidentes, trastornos cardiovasculares, cáncer y úlcera gastro-duodenal. Estas cifras probablemente no estén asociadas a factores hormonales, sino a las características del desempeño del rol masculino tradicional:

a) La agresividad y la competitividad llevan a los varones a involucrarse en situaciones potencialmente peligrosas. La idea de que el hombre debe ser valiente y arriesgado, que no debe tener miedo frente al peligro es la causa de un gran número de accidentes, muchos de ellos fatales o creadores de invalidez.

b) La inexpresividad emocional contribuye a generar trastornos psicósomáticos y otros problemas de salud. Es un hecho comprobado que la represión de determinadas emociones se encuentra asociada a cuadros psicósomáticos, especialmente en las áreas cardiovascular y gastrointestinal. La rigidez inexpresiva prescrita por el modelo masculino tradicional contribuye a incrementar el riesgo.

c) Asumir los roles tradicionales de sostén y jefe del hogar genera un grado de exigencia muchas veces difícil de cumplir, lo que deriva en grados variables de estrés psicológico, que constituye uno de los principales factores de riesgo de una serie de enfermedades.

d) El rol masculino tradicional promueve determinadas conductas nocivas para la salud, especialmente alentadas por el grupo de pares, por ejemplo el beber y el fumar en exceso.

e) Las características del rol masculino tradicional hacen que a los hombres les resulte difícil solicitar ayuda médica y cuidar su salud. Muchas veces llegan a la consulta médica con cuadros avanzados e irreversibles debidos a una pertinaz negativa a solicitar ayuda en los estadios anteriores de la enfermedad. Pareciera que el pedido de ayuda está asociado al hecho de mostrar debilidad frente a los otros.

f) La dificultad para pedir ayuda se incrementa cuando se trata de un tratamiento psicológico. La aversión casi lindante con el miedo que tienen muchos hombres a realizar una consulta psicológica está casi siempre apoyada en la idea de que ellos deben ser capaces de resolver por sí mismos sus problemas. Además, la índole de los tratamientos psicológicos los coloca frente a la necesidad de hablar de sí mismos y de sus sentimientos, tarea para la cual se sienten imposibilitados.

Desde el Psicoanálisis

Podemos decir que esta es <una categoría social impuesta a un ser sexuado>. Sabemos que el Yo se constituye en la temprana infancia gracias al mecanismo de identificación. El <género sexual cultural> es parte del Yo y se adquiere por identificación con los valores aportados por las figuras significativas en la infancia, quienes a su vez son representantes de una cultura dada. Así un varón, que se sabe varón, puede tener conductas y gestos femeninos, proveniente de una identificación materna. Puede adquirir los valores y la conducta propia de su madre. Tenemos así a un varón, con rasgos femeninos. Una hembra, que se sabe hembra, por identificación con el padre, puede mostrar conductas y gestos provenientes de la figura de su padre. Sus valores y conducta resultan en una conducta llamada masculina. Lo común y esperado, es que el varón muestre conducta y valores masculinos y la hembra, rasgos femeninos.

Por lo tanto el <género sexual cultural> refiere a la adquisición por el sujeto de un conjunto de valores culturales adscritos arbitrariamente a cada uno de los sexos. Esto incluye conductas, profesiones, gestos, actitudes, ideales, prejuicios, considerados por una sociedad dada, como apropiadas para determinado sexo. Van a funcionar como <organizadores sociales> de la vida futura del sujeto.

Género sexual inconsciente

Refiere a la estructura psíquica inconsciente que caracteriza a la masculinidad o feminidad del sujeto. La estructura sexual de masculinidad o feminidad <esencia del género> no viene dado por las identificaciones del Yo, como ocurre con el <género sexual cultural>. La estructura o la <esencia del género> también es algo adquirido y también marcado a fuego en el sistema inconsciente del sujeto, pero es producto del conflicto psíquico, de la angustia y de otra serie de mecanismos y experiencias temprana del niño. Participan en esto, la dialéctica del deseo, el choque de la diferencia anatómica de los sexos, el complejo de castración en ambos sexos y finalmente la lógica del falo que ambos sexos presentan. Especialmente está última en su aspecto de función fálica.

Siguiendo la lógica del Fallo, la función fálica y el complejo de castración, descrito por Freud, presentaré la propuesta de cuatro registros, que podrían ayudar a comprender el misterio, de lo que constituye la esencia, la estructura inconsciente sexual, de ambos sexos, <la esencia del género>. Estos registros que me permito proponer a ustedes refieren a la masculinidad y feminidad y son:

- (1) Sadismo y Masoquismo
- (2) Perversión y Erotomanía
- (3) Ingenuidad e Intriga
- (4) Violencia asesina y Maldad oculta.

Es importante aclarar, que un hombre al igual que una mujer, puede organizarse indistintamente con una <esencia inconsciente> de tipo masculino o femenino. Así un hombre puede tener una esencia inconsciente femenina y una mujer tener una esencia inconsciente de tipo masculina.

(1) Primer registro: Sadismo y masoquismo

El hombre con un carácter masculino (estructura inconsciente masculina) identificado con el significante fálico que lo nomina como varón y sabiéndose portador del órgano de significación, va a tener una posición relativa con el otro, distinta a la de la mujer (de carácter femenino).

(a) Sadismo y masculinidad

Su empuje pulsional se organiza más por el lado sádico. Es claramente activo y penetrador, encuentra satisfacción al completar en ficción, el fallo, que cree le falta al otro (posición estructural masculina sadista). Por esta lógica, el hombre y la mujer (de carácter masculino), no pueden evitar ser sadistas. En las investigaciones sociológicas relativas a la pregunta por el mundo masculino encontramos evidencias que apoyan esta propuesta. Elliot Gorn (1985), dice que en el mundo masculino (al sur de USA), predomina el pasatiempo de peleas entre dos adversarios. Gorn se pregunta, ¿Por qué pelean los hombres? ¿Qué reglas siguen? ¿Qué está en juego? En su investigación encuentra una sociedad (rural) en que la ferocidad reemplaza la respetabilidad del padre de familia (urbana). La

violencia, la mutilación, el reto al otro, construyen las relaciones, las jerarquías y las identidades de una sociedad de hombres.

(b) Masoquismo y lógica del no-todo

Sabemos que la mujer, por efecto de la ausencia del órgano sexual visible, se va a organizar según la lógica del no-todo. Esta posición de ausencia fálica la empuja a desear que el otro (portador del falo) la complete. Queda así marcada a fuego en su sistema inconsciente, con el deseo de despertar, el deseo del otro (posición estructural femenina). La teoría psicoanalítica de la pasividad, refiere a la idea de un sujeto, que no inicia la acción y espera del otro que tome la iniciativa. Esta espera, es una manera de comprobar que el deseo del otro ha sido finalmente despertado. Por esta vía se revela lo verdadero e inédito del deseo del otro. Su posición de aparente espera pasiva, es interiormente activa y desesperada, aunque invisible (como sus órganos sexuales). Por esta razón en el vínculo con el objeto de deseo, la pulsión no encuentra fácilmente su camino de satisfacción, ya que tiene que esperar por la acción del otro. Por lo pronto, la pulsión vuelve sobre el sujeto, dando lugar al modelo estructural inconsciente masoquista. Por esta lógica, la mujer y el hombre (de carácter femenino), no pueden evitar ser masoquistas.

(c) Agresividad inhibida

Helene Deutch en 1930 dice lo siguiente: ...<el medio ambiente ejerce sobre la mujer una influencia inhibidora para sus agresiones y su actividad. Las fuerzas del mundo interno y externo actúan en la misma dirección. Especialmente los componentes agresivos son los inhibidos: el medio social no solo los rechaza, sino también ofrece al yo de la mujer una especie de premio o soborno por renunciar a ellos. Así llegamos a un desarrollo que rápidamente tiene lugar en la mujer: la actividad se hace pasividad y se renuncia a la agresión para ser amada. En esta renuncia las fuerzas agresivas que no son activamente gastadas deben encontrar una salida y así lo hacen, dotando al estado pasivo de ser amada con un carácter masoquista>...

(2) Segundo registro: Perversión y erotomanía

El hombre (de carácter masculino) sea este heterosexual u homosexual, ante el horror del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos, y su correspondiente angustia de castración, pue-

den recurrir al mecanismo de la desmentida de la castración. Este mecanismo les permite afirmar que la mujer (madre) tiene pene. Ha visto con horror su ausencia, sin embargo afirma su existencia. La desmentida, borra la diferencia anatómica de los sexos e inaugura el inicio de la estructura perversa.

(a) La perversión

Por lo tanto, solo los hombres o mujeres que tendrán carácter masculino, sean estos heterosexuales u homosexuales pueden desarrollar o construir una actividad sexual perversa (como acto). La huella del trauma, de descubrir la diferencia anatómica de los sexos, con su correspondiente angustia de castración, estará presente en la constitución de la psique de los hombres y mujeres de carácter masculino. Me refiero a sujetos neuróticos (no perversos) con carácter masculino, que desarrollan una capacidad sexual que incluye normalmente fantasías sexuales perversas.

(b) La erotomanía

El modelo sexual de la mujer (de carácter femenino) va por otro camino. La mujer y el hombre (de carácter femenino) aceptan la diferencia anatómica de los sexos y entra en la lógica del no-todo y de sus efectos. Un primer efecto lo encontramos, en el manejo de la angustia ante la diferencia anatómica de los sexos cuando acepta su condición anatómica de no-fálica. Se reconoce en la lógica del no-todo, sabe que no porta el órgano de significación fálica y solo tardíamente descubre la presencia invisible de su propio órgano sexual interno. Otorga al otro la posesión del Falo que desea. Va a desear ser completada por el otro. Por lo tanto, es en el lugar del otro, donde va a surgir el amor y el deseo, y no en el lugar del sujeto. Este es un modelo sexual tipo erotómano, ya que es en el lugar del otro, donde surge el amor y el deseo. Así, según esta lógica, las mujeres y hombres (de carácter femenino) no pueden desarrollar un modelo sexual perverso, pero igualmente, no pueden evitar ser erotómanas o erotómanos.

(3) Tercer registro: Ingenuidad e intriga

El hombre portador del órgano de significación, y por lo tanto de la angustia de castración, insiste en mostrar en metáfora, no solo sus emblemas fálicos, sino también su suficiencia.

(a) La ingenuidad

En los hombres y mujeres (de carácter masculino), la lucha abierta de poder, de puro prestigio y de portador del emblema fálico, pueden consumir su pulsión. Lejos de tener habilidades para la intriga y lo oculto, muestran su inocencia estructural, al creer en lo que sus ojos ven y en lo que sus oídos oyen. Así el hombre y la mujer (de carácter masculino) no pueden evitar su ingenuidad.

(b) La intriga y el misterio

La mujer (de carácter femenino) acepta que tiene una diferencia anatómica radical con los varones. Acepta su condición diferente y entra en la lógica del no-todo. Sin embargo en esta diferencia existe un gran misterio. ¿Por qué es diferente a los otros seres? ¿O por qué los otros seres son diferentes a ella? La mujer y el hombre (de carácter femenino) se van a relacionar con el otro, con una capacidad natural de intriga, ya que el misterio de ser no-toda, nunca queda completamente aclarado. En su estructura inconsciente, busca el falo en el campo del otro. Al otro le es otorgado por este sujeto, un falo imaginario, y pasa a ser reconocido por la mujer (de carácter femenino) como un hombre (portador del falo deseado). El deseo de la mujer de recibir del otro, esa completud fálica, le otorga al otro, el lugar del amo. Si el otro es el amo y ella desea que él la desee, entonces no puede evitar ser fácilmente sugestionable. Para lograr seducirlo recurrirá a métodos y recursos secretos e invisibles. A veces poderes quirománticos. La mujer y el hombre (de carácter femenino) heterosexual u homosexual, siempre usará recursos y métodos secretos en la búsqueda y en la conquista de los emblemas del Falo (fama, dinero, amor, sexo). La mujer y el hombre (de carácter femenino) no pueden evitar el disponer de esa capacidad natural, para leer intenciones secretas, en los actos de los otros, y buscar sus fines a través de estrategias secretas y misteriosas.

(4) Cuarto registro: Violencia asesina y maldad oculta

En este registro es frecuente encontrar reportes periodísticos ocasionales en donde se muestran asesinatos extraños realizados por mujeres en forma demasiado violenta para el patrón femenino. Así encontramos asesinatos de esposos por sus esposas con múltiples puñaladas y mutilaciones. Ese tipo de asesinato corresponde más al patrón masculino. Se trata de una mujer con un aspecto masculino inconsciente.

(a) Violencia asesina

El hombre (portador de un carácter masculino) por lógica fálica, portador del órgano de significación, expresará sus deseos asesinos de manera directa. Esto es, ejerciendo su poderío muscular fálico, en forma directa asesina. Son crímenes visibles y aparatosos. La destructividad en el hombre y la mujer (de carácter masculino) sean estos heterosexuales u homosexuales, encuentra su expresión en la capacidad muscular sádica, que le permite matar en forma directa. Hachazos, puñaladas, mutilaciones, desmembramiento, tiros.

(a) La maldad en la mujer

La mujer al saberse no-toda desarrolla un resentimiento, que conduce a la específica capacidad de maldad oculta que tienen las mujeres (de carácter femenino). Sus deseos asesinos encontrarán una vía de expresión a través de métodos ocultos y secretos. La salida del carácter femenino (en un hombre o una mujer) es indirecta, utilizando los recursos de planes, estrategias y cómplices. Crímenes no visibles. La mujer y el hombre (de carácter femenino) buscan el desquite y la venganza, testimonio inconsciente del resentimiento infantil, por haber nacido mujeres y no hombres.

Capítulo 17
CLÍNICA DE LA INFIDELIDAD

Para iniciar la exploración de este tema es necesario hacerlo desde un espacio que esté más allá de las limitaciones impuestas por la moral. Solo abriendo este espacio amoroso que conlleva la presencia de una posición ética especial, es que podremos explorar la dialéctica del deseo que puedan tener el hombre o la mujer para establecer estos amoríos infieles. Amoríos que a veces resultan necesarios y otras veces inevitables en la vida de pareja. Una cosa es cierta, estos amoríos infieles, además de ser contrario a lo frecuentemente convenido, siempre resultan difíciles, complicados y creadores de sufrimiento.

Ética de la infidelidad

Es posible que podemos hablar de una ética de la infidelidad en la cual, por ejemplo, un sujeto infiel puede tener sus buenas razones personales para ejercer el acto infiel, sin padecer de sentimientos inconscientes de culpabilidad, ni sentimientos conscientes de vergüenza. En esos casos las razones conscientes e inconscientes que llevan a esta persona hombre o mujer a realizar el acto de la infidelidad, son armónicas con sus propios sistemas de ideales. Así pues su acto estará determinado por su ética personal.

La presencia del adulterio

Usualmente la presencia de la infidelidad va a generar una serie de conflictos individuales en el sujeto y conflictos de pareja que a veces son muy dolorosos y que además se acompañan de 'efectos' en el otro engañado. Estos efectos podríamos considerarlos en muchos casos del orden traumático.

Según los ideales de fidelidad que el sujeto tenga, la experiencia de ser la parte engañada en la pareja, va a llevar a cuestionar la sinceridad del amor ofrecido por el otro infiel. A veces la infidelidad empeora la calidad de la relación, al introducirse la creencia y el sentimiento de engaño y a veces de rechazo. Pero otras veces, es posible, que posterior al conocimiento del acto de infidelidad, se pueda

reconstruir una relación sincera en la vida de pareja, que muchas veces actualiza y mejora la calidad de la relación y la calidad de la vida matrimonial. Así un acto infiel, puede tener al final, algún beneficio para ambos participantes de la pareja conyugal.

Ideales de fidelidad

Los ideales de pareja que una persona va a tener se van a explicar por la fuerza de las tradiciones y costumbres que existen en la familia durante la temprana infancia de esa persona. Hoy en día estos ideales familiares y sociales incluyen: primero, el valorado matrimonio por amor y segundo, la idea de una absoluta exclusividad con compromiso de fidelidad del vínculo matrimonial o conyugal. Esta expectativa de fidelidad también se encuentra en el compromiso pre-matrimonial de tipo amoroso. Quiero decir que la fidelidad se espera y se exige en el novio comprometido. Así queda establecido según estos valores sociales que ser infiel: es engañar a la pareja.

Entonces ser infiel es inaceptable como ideal social. Además es un delito conyugal y significa estar incurso en adulterio. Ser adúltero es algo sancionado severamente por la sociedad en su vertiente jurídica [causal de divorcio] y en su vertiente religiosa [vivir en pecado]. Es algo tan grave que muchas veces se utiliza como el principal causal de separación y luego de divorcio, muchas veces no deseado, que podría ser causa de sufrimiento y destrucción de la armonía conyugal.

Sin embargo a pesar de todo esto, la infidelidad, es algo que ocurre todos los días en la mayoría de las parejas. Digo la mayoría porque según las más recientes 'encuestas sociales' la infidelidad conyugal ocurre en más del sesenta y cinco por ciento de las parejas que fueron encuestadas. Ocurre tanto en hombres, como en mujeres. Entonces es inevitable preguntarse: ¿Por qué es esto así? ¿Por qué es tan difícil mantener la fidelidad ofrecida en buena fé a la pareja amada?

¿Cuándo existe la infidelidad?

Definir la infidelidad en la pareja no es un asunto fácil, ni todos están de acuerdo con el mismo criterio. Recordemos aquella enseñanza religiosa que para muchos resulta controversial y absurda: aquello de la posibilidad de pecar en ‘pensamiento, palabra y obra’. Esta enseñanza religiosa deja su huella, así que muchas personas definen la infidelidad solo por la presencia <del deseo por otro>. En cambio para otros, la infidelidad, es solo relevante, cuando aparece la explícita acción infiel, es decir, la infidelidad en acto. La controversia es amplia. Otra forma práctica de acceder al concepto de infidelidad es por oposición al concepto de fidelidad.

Sabemos que el orden social establecido en nuestra cultura occidental desde los tiempos originarios de la fundación de nuestra civilización, se basa en un sistema de principios que específicamente prohíben el incesto y el parricidio. Una vez establecidas estas dos prohibiciones básicas, los grupos sociales se organizan en sistemas cada vez más complejos. Un principio adicional más moderno establecido en el orden jurídico y en el religioso, consiste en la obligatoriedad de ofrecer y cumplir el convenio de fidelidad y de exclusividad conyugal. Así pues la fidelidad se instala además de ser una necesidad, como un baluarte social. En consecuencia la infidelidad y su tipificación legal, el adulterio resulta ser un delito.

En este contexto, el adulterio se considera presente, cuando se comprueba sin dudas, la consumación del acto sexual con otra persona, ajena a la pareja. Esto significa que debe haber una prueba irrefutable de la ejecución del coito con penetración. O una confesión de partes. Existe duda jurídica en la calificación adulterina de juguetes eróticos, con o sin, tocamientos genitales, con otra persona ajena al matrimonio. Y en algunos casos, en donde esta discusión jurídica se ha presentado, se ha concluido que los tocamientos, incluyendo sexo oral, no constituyen un acto infiel.

La pregunta inicial regresa e insiste. Entonces ¿En qué consiste finalmente la infidelidad conyugal? En la práctica clínica cotidiana encontramos que detectar la sola presencia del deseo por el otro, constituye para el sujeto la convicción del engaño y por lo tanto da

inicio al sufrimiento en la persona engañada. Esta premisa basada en percibir <el deseo por el otro> se fundamenta en una observación paranoica de tipo celosa. Por eso la persona engañada clama por una confesión de partes. Como vemos la cosa se va complicando cada vez más.

¿Por qué la fidelidad es una necesidad?

Un poco antes afirmé que la fidelidad es una necesidad y un baluarte social. ¿Cabe preguntarse porque digo esto? Encuentro dos respuestas posibles. Una desde el ángulo 'social cultural' y otra desde el ángulo 'psicoanalítico'.

Primero, desde el ángulo cultural social: La fidelidad de ambos, sobretodo de la mujer, garantiza la legitimidad de la prole y de la futura recepción de los bienes familiares. Es decir el destino del patrimonio familiar. La fidelidad de la mujer garantiza que la herencia de los bienes va a pasar a las manos de los hijos legítimos. Recordemos aquello de 'sangre de mi sangre' que da un sentimiento de convicción a lo propio. Esta es 'una razón social' de importancia para apoyar la fidelidad conyugal de ambos conyuges. La fidelidad de ambos cónyuges 'va a garantizar el traspaso de los bienes familiares a la descendencia legítima' ya que hijos habidos fuera del matrimonio, podrían reclamar derechos sucesorales. Si la infidelidad ocurre, ambos cónyuges, se pueden sentir doblemente engañados. Primero, por el acto de la infidelidad. Y segundo por traspasar sus bienes, al hijo de otro.

Independiente de lo justo o de lo absurdo de este principio, esta realidad se observa en la redacción de las leyes desde el tiempo de la Ley de Familia redactada en el Imperio Romano, que consagra ese principio. Hoy en día 'la modernidad' ha hecho sus efectos en estas antiguas leyes y las cosas han cambiado. Los hijos de una mujer concebidos con su esposo, no se diferencian legalmente de los otros hijos habidos fuera del matrimonio. Es decir, no hay diferencia entre hijos legítimos e hijos ilegítimos. Al no precisar el origen [legitimidad] resulta ser que todos son hijos legítimos con iguales derechos. Esa diferencia de 'hijos' ya no existe más, al menos en Venezuela. Otro detalle de la presencia jurídica de la modernidad:

El concubinato es un estado civil reconocido por el código civil venezolano, por lo tanto sostiene los derechos patrimoniales [en caso de separación] y [sucesorales] de herencia de la concubina y de sus hijos, en forma exacta e igual, a los derechos jurídicos de una mujer legalmente casada con su cónyuge. Hasta aquí los argumentos sociales culturales que sostienen la ‘necesidad’ de la fidelidad conyugal.

Segundo, la visión del psicoanálisis: El motivo para la unión de pareja hombre/mujer u otras variaciones de formación de parejas, como son las parejas homosexuales, bisexuales o de matrimonio abierto [etcétera] pueden tener dos orígenes o razones: una razón es la creación de una pareja por ‘conveniencia’ y la otra razón es la pareja por ‘amor’. Ambos orígenes de la pareja son aceptables, ambas son frecuentes y socialmente legítimas. En la antigüedad, en la época del Imperio Romano el ‘vínculo por amor’ era considerado ‘inferior, débil y plebeyo’. Lo apropiado y honorable en esa época era organizar el matrimonio ‘por razones de conveniencia’. Hoy en día las cosas son diferentes e inversas. Como todos sabemos predomina el concepto valorado del ‘matrimonio por amor’.

Permítanme examinar algunos aspectos de este vínculo por amor. El vínculo de amor empuja a ambos miembros de la pareja a un vínculo de apego intenso, en donde el uno considera al otro como de su propiedad. Esta particular relación de objeto explica muchas cosas. Primero: el juramento de amor eterno que se hace uno a otro. Segundo: explica el dicho incluido en el contrato religioso de ofrecer vida común <hasta que la muerte nos separe>, donde se muestra el deseo sincero de un vínculo para toda la vida.

Esta particular relación de objeto amoroso, donde predomina el apego y la fusión [Self/objeto] propios del ‘amor de pasión’ muestra la clara presencia de una ‘relación de objeto’ de tipo simbiótica. Esto nos explica la exigencia de exclusividad en el vínculo: ‘cada uno es dueño del otro’ en forma exclusiva. También nos explica el sufrimiento y el ficticio o ilusorio ‘sentimiento de humillación’ ante la idea de ‘sentir la traición’ por la presencia del hecho infiel. Esto da cuenta de la frecuente respuesta de violencia y celos, ante la

amenaza de la ‘pérdida de la exclusividad’ al no admitir un tercero en la relación.

Significado del acto infiel

Sobre el misterioso significado del acto infiel podemos decir lo siguiente. La primera pregunta que surge se refiere ¿a si es considerado socialmente igual de grave la infidelidad en el hombre y en la mujer? La voz popular nos dice que es mucho más grave la infidelidad en la mujer. ¿Por qué será esto así? Para entender este alegato es necesario considerar las diferencias en la entrega amorosa y sexual, en los hombres y en las mujeres. Es decir las diferencias de entrega de amor que aparece en ambos géneros. Aquí es necesario aclarar algo. El amor nos habla de una pasión, es decir, de algo involuntario e intenso. El acto sexual nos habla del deseo del sujeto. Este deseo no es el amor. Es decir estamos hablando de dos registros diferentes, que a veces tienen la buena suerte de complementarse.

1 En la mujer generalmente ambos registros o aspectos están unidos: ‘el amor y el deseo’. Una mujer ‘femenina’ necesita de un vínculo previo de amor para lograr una entrega sexual exitosa orgásmica. No es así para la mujer ‘masculina’. Quien puede tener deseo sexual por una persona, sin necesidad de una relación amorosa previa.

2 En el hombre ambos registros del ‘amor y el deseo sexual’ circulan por separado. Un hombre ‘masculino’ puede tener un acto sexual sin necesidad de establecer previamente un vínculo amoroso. Es posible que no sepa, ni el nombre de la mujer con quien tiene relaciones sexuales en ese momento. Por esta razón el común social considera la infidelidad del hombre como un <algo sin importancia>. Una cana al aire. No es así para el hombre ‘femenino’. El ‘hombre femenino’ requiere de un vínculo de amor previo, antes de realizar ‘con satisfacción’ el acto sexual.

La posibilidad de perdonar el acto infiel

La mujer es capaz de perdonar al hombre su acto infiel, siempre y cuando, no muestre amor por el objeto del deseo. Esto es algo que si pueden ofrecer los hombres masculinos. La mujer pregunta al hombre, si él, 'la besó en la boca'. Ese beso en la boca va a funcionar como un testimonio o <una prueba de amor>. O la mujer le pregunta directamente a su pareja 'si siente amor por la otra mujer'. Cosa que el hombre 'masculino' contesta sinceramente con una respuesta negativa.

Existen hombres [femeninos] en los cuales este axioma del amor y el deseo sexual circulando por separado, no aplica. En este caso, la situación para la mujer engañada se hace más difícil. Igual existen mujeres [masculinas] en las cuales este axioma de los registros separados aplica a plenitud y pueden tener un acto sexual, sin estar para nada enamoradas de ese hombre o de esa mujer. Por lo tanto, la importancia del acto infiel varía según la estructura de <género inconsciente> de cada sujeto.⁷¹

El hombre también es capaz de perdonar a su mujer el acto infiel, aún cuando no requiere de la convicción de que su mujer 'no sentía amor' por el otro. El hombre la perdona, a sabiendas de su amor por el otro, por la razón de su deseo de continuar la convivencia y la esperanza de reconstruir una relación de afecto y confianza mutua en el otro.

La infidelidad y el amor múltiple

¿Es posible amar a varias personas a la vez? ¿Se puede amar verdaderamente a dos o tres personas a la vez? La experiencia clínica me ha enseñado que esto sí es posible. Una vez establecida la relación pasional amorosa con el primer objeto de amor, con el cual se ha establecido una relación de pareja estable, entonces puede aparecer un segundo objeto de amor, que también puede provocar una relación de pasión o de menor intensidad. Al no desprenderse del pri-

⁷¹ La propuesta teórica del 'Genero Inconsciente' aparece en el capítulo anterior. Esta es una propuesta abierta a debate y discusión.

mer objeto, se establece una doble vida, que va a durar secreta, hasta tanto esta sea descubierta.

Al descubrirse la doble vida, aparece una crisis en ambas vidas. Una de las dos relaciones va ser interrumpida o se establece un convenio de matrimonio abierto. Este tipo de vínculo con una doble vida organizada a la manera de una bigamia, es más común de lo que se conoce o acepta socialmente. Los hombres pueden tener dos hogares en dos ciudades cercanas o en la misma ciudad y la mantienen así por muchos años. A veces con dos familias con hijos. No es algo extraño, ni es tan raro. Pero aclaremos, no toda vida paralela conlleva a dos familias y al mantenimiento económico de dos casas. La sola presencia de la 'amante oculta' es suficiente para establecer la condición de 'una vida doble' de amor sincero en ambos hogares. Por eso es tan difícil para el hombre terminar con una de ellas.

Infidelidad y exclusividad

Lo más común es la presencia del acto infiel en hombres y en mujeres que se realizan en el puro registro del 'deseo sexual' y en donde no hay 'un vínculo amoroso' intenso, ni de compromiso futuro con el otro. A veces se trata de un 'sexo anónimo' realizado con prostitutas o prostitutos que son elegantes y hábiles en la entrega de sus servicios. Son encuentros sexuales ocasionales que ocurren a pesar de que el vínculo sexual conyugal sea muy satisfactorio. Aunque a veces es necesario admitir que ese vínculo sexual conyugal es insatisfactorio o ausente. La razón para estas infidelidades, no es necesariamente la pobreza de ese vínculo sexual conyugal, tal como lo planteaba Freud, cuando nos hablaba de la dicotomía entre 'la esposa pura y virgen' que limita la riqueza y la variación sexual y la 'prostituta impura' abierta a nuevas y atrevidas exploraciones sexuales.

A veces esta dicotomía o escisión de la esposa como un ser virginal y la prostituta como un ser sexual, no se encuentra en la experiencia clínica. La mayoría de los casos que observo hoy en día obedecen a otra lógica. He encontrado con frecuencia que existe una imperativa necesidad de afirmar [para sí mismo] el triunfo de la con-

quista sexual. La afirmación del poderío fálico [siempre cuestionado]. Algo que no necesariamente implica al amor y es algo puntual y pasajero. A veces hombres y mujeres por igual fálicos, ni siquiera conocen los nombres verdaderos de sus parejas sexuales ocasionales que han servido al propósito del triunfo fálico.

Temor a la entrega exclusiva conyugal

Además del puro registro del 'deseo sexual', también existe la figura del amante. Este amante significa que existe un vínculo amoroso sincero. Esto abre la posibilidad de amar a dos o tres personas a la vez. Entonces cabe la pregunta: ¿Por qué razón puede ocurrir la presencia de dos o tres vínculos amorosos sinceros y simultáneos?

He encontrado que la exclusividad conyugal en el vínculo amoroso sincero, crea dentro del matrimonio, una variable nueva e importante. Me refiero a la variable del <compromiso y de la entrega al otro> es decir: al conyugue, sea este una mujer o un hombre.

Esa mujer u hombre es el objeto del amor y la entrega exclusiva a ese objeto de amor no debería ser un problema. Sin embargo en el hombre [masculino] más frecuente que el caso de la mujer [femenina] este hombre masculino se resiste a esta entrega exclusiva, ya que la teme. Teme quedar atrapado en ella y teme perder su libertad [simbolizada en lo sexual] que lo afirma como hombre. Sin embargo ama a su pareja y tiene muy buen sexo con ella, o con él, en el caso de la mujer infiel. El temor y la resistencia a la entrega conyugal exclusiva, es decir el darse en la entrega totalmente al otro, empujan al sujeto a un segundo y a un tercer amorío simultáneo.

Aparece así la doble vida y la triple vida amorosa, todas sinceras. Al ser múltiples, se ofrece una tranquilidad en la entrega a cada una de ellas o ellos, ya que se entrega a todas y a ninguna. Así se vive el vínculo amoroso sin exclusividad, pero a plenitud.

Cuando no se puede resistir

Existen casos en que el hombre o la mujer no pueden resistirse cuando son deseados o deseadas por un otro que los solicita

sexualmente. Estos sujetos saben que padecen de esta debilidad y también saben que al final terminaran cediendo a la demanda sexual insistente del otro, aún en ausencia de un sentimiento de amor. Ceden sin estar enamorados, ceden para complacer al otro y obtienen un placer de órgano, un placer sin obstáculos en el ejercicio de la sexualidad. No padecen de sentimientos de culpabilidad. Muchas veces se trata de sentimientos de inferioridad o de minusvalía, que se alivian con saberse deseados sexualmente por el otro. Ceder en ese deseo del otro les proporciona una convicción de ser valiosos/as y adecuados/as.

Infidelidad y machismo [doble estándar]

También se podrá examinar la presencia del doble Standard: precisamente ese doble estándar es lo que puntualmente define a la Teoría del Machismo, en hombres y mujeres. El machismo del hombre, el doble Standard en las exigencias cotidianas, permite al hombre, lo que niega a la mujer, y viceversa en el caso de las mujeres machistas. El machista dice: 'Los hombres en la calle y la mujer en su casa'. Algo injusto y arbitrario.

El problema de la infidelidad en este caso del machismo, ya sea del hombre o de la mujer, se maneja como un derecho a ser infiel impuesto autoritariamente al otro. Es decir, un simple abuso del poder, que puede ser ejercido por el hombre machista o por la mujer machista. Como es de entender este planteamiento conyugal machista no produce sentimientos de culpa, ni de vergüenza, ya que es considerado cónsono y armónico con sus propios ideales machistas.

Fidelidad y sumisión

Esto abuso de poder nos abre al problema de la sumisión de la mujer al hombre o viceversa. La más común es la sumisión de la mujer a su hombre: por miedo a la pérdida de la estabilidad personal, miedo a la pérdida del prestigio social de tener pareja [un hombre que la representa], miedo a la pérdida de la pertenencia a la familia y miedo a la posible pérdida de los hijos. Además está presente el miedo a la pérdida de la posición social y miedo a la pérdida del bienestar económico. Estos temores y la presencia de ciertos rasgos

de personalidad masoquista, explican sumisión o la extrema sumisión que aparece en ciertas parejas, encarnada en la figura de la mujer con su hombre machista, o del hombre con su mujer machista.

Infidelidad y perversión sexual

Es necesario antes de terminar incluir en estas observaciones, la infidelidad que ocurre en el caso de hombres casados [neuróticos] que tienen rasgos perversos [no son perversos verdaderos] y que requieren de un partenaire especializado en algún tipo particular de acto perverso. Me refiero por ejemplo al intenso erotismo que aparece en escenas especializadas de tipo masoquistas o sadistas, que van a aparecer dentro de un esquema de infidelidad conyugal, con una prostituta o un prostituto especializado. O el intenso erotismo que aparece cuando hombres heterosexuales casados, contratan prostitutos travestis, para realizar actos sexuales con una aparente bella mujer, que al desnudarse muestra la plenitud de su órgano sexual masculino erecto. Todo esto dentro de un escenario de infidelidad conyugal. Esta sexualidad especial que despliega actos sexuales perversos pasa a ser doblemente secreta, uno por la infidelidad y otra por la naturaleza extraña de este acto sexual.

Capítulo 18
CLÍNICA DE LA SOLEDAD

El sentimiento de soledad es algo profundamente humano. El sentimiento de estar solo aparece cuando no se comparte con nadie. La soledad permanente representa la imposibilidad del sujeto de compartir con algún otro. Cuando una persona comparte sus ideas y sentimientos personales, a veces íntimos, con sus seres queridos y aún con seres anónimos, podemos decir que ‘en ese momento’ el sujeto no está solo. A veces existe la paradoja de compartir la soledad con uno mismo, abriendo así la posibilidad a sentirse acompañado aún estando solo, lo cual permite disfrutar de la propia soledad. O a la inversa también es posible sentirse solo, aún estado acompañado. El niño adquiere su ‘capacidad de estar solo’ ya a los cuatro años. Puede dormir solo en su cuarto sin angustia, con la excepción de los niños fóbicos. Una cosa es la ‘capacidad de estar solo’ y otra cosa es el ‘sentimiento de soledad’.

Es cierto que personas con sentimientos de soledad son capaces de socializar amablemente y aún así se encierran en sí mismas y no comparten sus intimidades. Están presentes socialmente, pero en lo personal están ausentes. A veces al preguntarles por qué no pueden compartir sus sentimientos y sus experiencias íntimas con sus seres queridos, responden que no lo saben. En mi práctica he encontrado que muchas veces esto se debe a la presencia de un temor a la intimidad. Otras veces se muestra con un temor a ser rechazados y se protegen en la soledad. Otras veces temen que la intimidad los comprometa con una relación duradera que no soportan. Por eso prefieren estar solos.

Tendencia a agruparse

A pesar de la existencia de estos casos de seres solitarios que acabo de mencionar, los seres humanos tienen una tendencia natural a agruparse en familias y en comunidades. Lo hacen con aquellos que comparten costumbres, valores, ideologías y otras afinidades. Esta tendencia a pertenecer a la familia o la comunidad se va a sostener por una espontánea y sincera capacidad de respeto y lealtad para con la familia y la comunidad. Así de forma natural los seres

humanos son seres sociales que se agrupan en manadas. Esta tendencia natural recibe el nombre de gregaria.⁷² Es decir a los seres humanos les gusta andar juntos. Les gusta compartir con sus amigos y con sus familiares. La evolución del sujeto en la vida va a abrir la posibilidad para que el sujeto descubra lo importante que es estar solo. La capacidad para estar solo se convierte en algo necesario para desarrollar todas las potencialidades del ser.

Aquí es donde cabe preguntar si la soledad es buena o mala. Pienso que no es ni buena ni mala. El ser humano le conviene tener la capacidad de agruparse y de estar acompañado, al igual que le conviene tener la capacidad de estar solo. Me refiero a estar absolutamente solo, es decir íngrimo.⁷³ La soledad muchas veces es censurada y no es bien vista por nuestro patrón cultural urbano. Nos dicen que estar solo no es bueno. A los jóvenes y adultos les avergüenza ser vistos en soledad. Por ejemplo evitan ir a los cines solos. En otros casos he observado que ciertas personas evitan estar solas por inseguridad y temores fóbicos. El objeto acompañante del sujeto fóbico le resulta muy necesario. Los sujetos fóbicos tienen muy limitado su capacidad de estar solos.

La capacidad de estar solo

Creo es fácil aceptar que es necesario tener la capacidad de estar solo. Ya desde la infancia existen niños que no pueden estar solos. Requieren de una compañía permanente. Esto lejos de ser algo deseable no lo encuentro saludable. Al contrario pienso que la capacidad que tiene el niño de estar solo aún en presencia de su madre, es un indicador de salud y de madurez en ese niño⁷⁴.

En los adultos la buena salud mental permite que exista la flexibilidad tanto de disfrutar la soledad como de disfrutar la compañía de los otros. Esta capacidad de compañía se puede alternar con la ca-

⁷² <Gregario> es un adjetivo que refiere a aquellos animales que viven en manadas. Diccionario DRAE, 2010.

⁷³ Íngrimo e Íngrima: Adjetivo que proviene del idioma portugués [*íngreme*].

⁷⁴ Coincido con las observaciones hechas por el psicoanalista inglés Donald Winnicott en su artículo 'La capacidad de estar solo' el cual aparece en el Journal de la IPA: IJPA Volumen 39 de 1957.

pacidad de estar en soledad. Incluso llegar a disfrutar la soledad absoluta del estar íngrimo. Algunos recomiendan cultivar la sabiduría que emana del silencio en soledad. Otros hablan de la capacidad de compartir la soledad en silencio y de las bondades que surgen de pasar unos días en un monasterio de meditación y silencio.

Formas de vivir en soledad

He organizado mis ideas sobre del vivir en soledad en tres acápites. (1) El aislamiento espiritual (2) El aislamiento autista (3) El aislamiento social. Estos tres tipos de aislamiento o formas de vivir en soledad son importantes de conocerlos y de estudiarlos. Todas son naturales y diversas, no representan ninguna patología.

Formas del aislamiento espiritual

Refiere a una forma particular que utilizan los monjes de cualquier religión o filosofía religiosa, que se retiran del mundo social para vivir en oración. Viven solos en silencio y en la búsqueda de Dios. A lo largo de los siglos se han presentado diversas maneras de lograr el aislamiento religioso en una búsqueda continua de la figura de Dios. Estos monjes o seres espirituales desean estar aislados del mundo social en soledad con una renuncia a sus bienes materiales. Me voy a referir a las tres variedades más conocidas: (a) El anacoreta (b) El ermitaño y (c) El silobato.

- (a) Los anacoretas: Son monjes de los inicios del cristianismo que se retiraban de la vida en comunidad buscando la soledad absoluta. Se aislaban sin ningún bien material. Se retiraban a los monasterios y se dedicaban a la oración y a la búsqueda de Dios. Algunos hacían voto de silencio, con la excepción de las oraciones alabando al señor. Los Monasterios se encontraban muy aislados en las montañas y en el desierto. Por ejemplo el monasterio que se encuentra a los pies del 'Monte Sinaí' que no tiene puerta de entrada. Para ingresar se necesita ascender por un silla que se eleva tirada de una cuerda a un piso superior. En Grecia encontramos los Monasterios ubicados en el tope de las inmensas rocas verticales llamadas Meteoras, que igualmente

tienen un difícil acceso. La idea es lograr apartarse del mundo social para iniciar una vida en soledad.

- (b) El ermitaño o eremita: Se refiere a monjes de los siglos intermedios de la era cristiana. Ciertos monjes se retiraban al desierto para buscar en la soledad absoluta, la figura de Dios. Se entregaban a la vida contemplativa y penitente para buscar a Dios en lugares muy solitarios y así vivir una vida sin ataduras mundanas. Posteriormente siglos después en Europa los Ermitaños se aislaban en la montaña y en cuevas poco accesibles con el mismo propósito de aislarse y buscar a Dios. A veces se aislaban en una 'ermita' construida a tal efecto. Esta ermita construida al lado de algún camino de montaña, no tenía puertas ni ventanas. Allí el monje ermitaño se encerraba y por un postigo o pequeña ventana recibía los alimentos que los caminantes del camino tenían a bien darle. Los creían santos y les pedían que en sus oraciones los encomendaran a Dios.

Hoy en día existe una versión urbana de los antiguos ermitaños. Me refiero a los monjes y monjas de clausura que existen en diversas ciudades actuales, incluso en Caracas. Por ejemplo los monjes Cartujos y las Carmelitas Descalzas. Estas comunidades religiosas de reclusión se dedican a la vida en soledad y al silencio en la búsqueda de Dios.

- (c) El silobato: Eran monjes de la edad media que utilizaban un <aislamiento social> particular. Construían una columna de veinte metros de altura al lado de un transitado camino de montaña y allí colocaban arriba de la columna una plataforma horizontal de tres metros cuadrados, sin baranda, ni techo. Solo la plataforma. Allí vivían y se alimentaban por medio de una cesta que con una cuerda bajaban al camino para que los caminantes les dieran [como una limosna] el alimento que los viajeros desearan dar. Igual que a los ermitaños los consideraban unos santos y les pedían que en sus oraciones los encomendaran a Dios.

Formas del Aislamiento Autista

Esta forma espontánea e involuntaria de presentarse la vida en soledad con su correspondiente aislamiento social, la encontramos en personas adultas con una patología narcisista llamada núcleo autista neurótico. En este punto no están incluidos los niños autistas de Kramer que se caracterizan porque <no tener ningún tipo de contacto humano> ni visual, ni emocional con la figura del otro. Es decir esos <niños autistas precoces> viven en un mundo no humano y a esos niños no me refiero aquí.

Aquí me voy a referir a los sujetos aislados socialmente de cualquier edad, que desarrollan una manera muy particular de relacionarse y de aislarse de los otros y que vamos a llamar autismo neurótico. Estas personas pueden aislarse cuando así lo desean de forma total y efectiva de los demás. Pero esa capacidad de tener ese mecanismo mental de aislarse la tienen otorgada por su propia patología narcisista. Cuando ellos se aíslan es como si colocaran una campana de cristal enorme y allí se metieran. Precisamente se meten allí, en algo que en metáfora o simbólicamente describo como una 'campana de cristal' en la cual entran para evadir y evitar la angustia que sienten. Entran y salen de la 'campana simbólica a voluntad. Cuando están dentro de esa 'campana de cristal' se encuentran en total estado de paz y tranquilidad. No tienen angustia. Es decir desaparece la angustia cuando están separados y aislados de la familia y de la comunidad. Los familiares que están fuera de esa <campana> no comprenden lo que les pasa, se quejan de que solo piensan en ellos mismos y por lo tanto son seres 'muy egoístas'.

Formas de Aislamiento Social

Refiere a una forma particular y patológica de soledad. Sabemos que los seres humanos desde la temprana infancia desarrollan la capacidad de vincularse con los seres que lo rodean y que son los que le dan amor y protección. Así van surgiendo los vínculos familiares y sociales de unos con otros. Establecen lo que hemos llamado un lazo social que incluye el vínculo de amor y de odio. Esta capacidad de vincularse se va a expandir en la vida escolar y se forma el <lazo social> que puede llegar convertirse en una verdadera red

social propia. Desafortunadamente para algunas personas existen situaciones difíciles y patológicas en la infancia que pueden obstaculizar o impedir el desarrollo de estos mecanismos de vinculación. Como resultado de esto estas personas no forman lazos sociales. Decimos no está inscrito en la red social.

Al no estar inscrito o no poseer esta capacidad de vinculación con el otro, las relaciones humanas van a encontrarse obstaculizadas. Estas personas son capaces de establecer una relación con un 'otro' como algo formal algo determinado por las reglas del sitio y del día. Si va a la escuela se relaciona, saluda y habla, con los compañeros y el profesor. Pero dejado a su libre albedrío esa persona no sabe cómo iniciar y establecer una conversación espontánea y simple. No forma 'amigos', ni hace lazo social. Son solo personas conocidas y no se establece una red social. Estas personas son muy solas y no logran mantener una novia. No se casan a menos que sea algo arreglado por otros intereses o personas. Su vida laboral y de familia se encuentra muy interferida. Lo más grave es que esta patología no tiene ninguna forma de cambiar. La persona tiene que aprender a vivir con sus propias características y con sus limitaciones sociales. Este tipo de mecanismo metal lo encontramos en las personas con Asperger y en los niños y adultos psicóticos compensados.

Capítulo 19

CLÍNICA DEL VACIO INTERIOR

Ya desde 1976 me interesé por el estudio de la teoría del espacio psíquico. En esa época escribí y publiqué un trabajo titulado <La aparición del espacio psíquico interno>⁷⁵ en el cual narraba y teorizaba sobre el caso de una paciente narcisista huérfana, traumatizada por la guerra desde muy niña. Padeció de una particular deficiencia en el proceso de las identificaciones tempranas. La paciente había desarrollado, con el propósito de controlar la angustia, lo que para entonces siguiendo a Donald Meltzer se llamó: identificaciones adhesivas.⁷⁶ El uso necesario de este ‘mecanismo adhesivo’ iba a ser un problema serio que la acompañaría por el resto de su vida. Sus identificaciones se sostenían solo si el objeto de identificación estaba físicamente presente. Así pues las separaciones del objeto le resultaban intolerables con montos elevados de angustia desorganizadora. Ante la experiencia inevitable traumática de la separación del objeto adhesivo, se le hacía absolutamente necesario conseguir rápidamente un nuevo objeto de amor al cual adherirse para calmar su angustia y evitar el colapso mental. Las separaciones analíticas de fines de semana o por vacaciones eran catastróficas. Lograr la permanencia del objeto le permitía prolongados periodos de calma. Este problema de no disponer de un <espacio psíquico> que fuera apto para las identificaciones estables es un problema estructural, el cual es originado por serias carencias ocurridas en una época muy temprana, en los inicios de su vida.

Poco después me iba a tocar descubrir otro tipo de problemas relacionados con la configuración del <espacio> y del <tiempo> psíquico.⁷⁷ Fue cuando en 1984 presenté y luego publiqué, un tra-

⁷⁵ Rómulo Lander [1980]: ‘La aparición del espacio psíquico interno’. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis. Vol.1 página 43, 1984. Caracas.

⁷⁶ Donald Meltzer [1975]: Exploration in autism. Clunie Press, Perthshire [UK]

⁷⁷ El sentimiento de ser adecuadamente <contenido> por el objeto permite desarrollar luego la propia capacidad de <contener>. Eso va a permitir la entrada y salida en el objeto, lo cual permite desarrollar la vivencia del <tiempo psíquico>. Según los problemas con las identificaciones tempranas se van a construir tres tipos de tiempo psíquico: tiempo circular, oscilatorio y lineal.

bajo sobre la teoría de los <huecos psíquicos> también llamada teoría del <vacío mental>.78 Se trataba de otra paciente que padecía una extraña percepción subjetiva de padecer de un vacío en el pecho. Ella soñaba que caía en espacios vacíos y se despertaba aterrorizada. Otras veces lo percibía como un vacío en su vida, en su existencia. También refería una vivencia de tener sin vida ciertos aspectos de su mente. Su apego transferencial permitió que el análisis durara varios años. En el curso de estos años se fue aclarando, poco a poco, la semiología de este extraño fenómeno del vacío y del concepto de su tiempo psíquico.

Esta paciente era hija única y su madre había padecido de un serio trastorno melancólico, que la llevaba a ausentarse en su habitación a oscuras, por muchos días, descuidando seriamente a la pequeña bebe recién nacida. La función reverie de esta madre estaba ausente. La relación con el padre, muy presente en su infancia, fue positiva, cariñosa y salvadora. A lo largo de su infancia y juventud la paciente aprendió a disminuir su angustia con un método especial. Este método consistía en desarrollar relaciones de objeto selectivas e intensas: con las cuales se apegaba. Con la adolescencia apareció la posibilidad del vínculo de amor. La presencia del vínculo con el objeto de amor la calmaba. El objeto de amor podía estar presente o ausente. Cuando el objeto estaba físicamente ausente, requería entonces de una presencia virtual, que lograba a través de una llamada telefónica. La voz al teléfono le calmaba la angustia de una forma bastante eficaz. Llegó a tener varios novios simultáneos en diferentes países, con tal de tener el objeto de amor disponible, en el momento necesario, a cualquier hora. Este método de la presencia del objeto, le era relativamente eficaz, ya que ella por las noches al estar sola sin acceso al teléfono, padecía de intensos insomnios.

Como vemos este vacío interior se calma cuando aparece un apego al objeto. Por esta razón este tipo de sujeto que muestra una estructura narcisista también llamada limítrofe o borderline, muestra la presencia de un defecto estructural que la lleva a desarrollar un tipo especial de relación de objeto que es de predominio fusional y simbiótico. No con todos los objetos, solo con el objeto elegido para tal

⁷⁸ Rómulo Lander [1984]: 'Destino de las identificaciones'. Revista de la Asociación venezolana de Psicoanálisis. Vol. 2, página 69, 1985

fin. Esta relación de objeto se pone en evidencia clínica como un apego exagerado al objeto.

Cuando este tipo de sujetos establecen vínculos de amor, en la observación clínica se muestran como pegados uno al otro. Se pegan como una <estampilla al sobre>. Uno de los amantes puede no tener este fenómeno del vacío interior y es este el que hace las veces de <sobre>. El otro amante que si tiene un vacío interior hace las veces de <estampilla>. En los casos en que aparece el <desamor> y la <estampilla> pierde su <sobre>, como consecuencia de esa pérdida, va a aparecer una gran angustia con desesperación. El sujeto piensa que sin su amado o amada no puede vivir. En estos casos es posible que aparezca una ideación suicida. El sujeto <estampilla> abandonado, piensa erróneamente, que ya no vale la pena vivir.

La teoría psicoanalítica plantea claramente que el origen de este vacío interior proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre-hijo. Todos sabemos de lo importante de esta temprana relación.⁷⁹ El sujeto se constituye gracias al mecanismo de identificación que ocurre en esa relación temprana. El proceso de introyecciones e identificaciones tempranas del niño, proceso realizado con diversos aspectos sensoriales de su madre, va a dar origen a la formación de un <Yo primitivo>. La textura de ese <Yo temprano> se va a formar con las progresivas introyecciones e identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes. La deficiencia en estas identificaciones y el predominio de las frustraciones con el pecho nutricional, frustraciones que aparecen por incapacidad en la

⁷⁹ Esther Bick [Londres] en 1968 presentó un brevísimo pero importante trabajo en el IJPA sobre la experiencia de las relaciones de objeto tempranas. Allí sugiere que existen casos que en su etapa de desarrollo más primitiva, las partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unir las partes. Esta función de unir las distintas partes de la personalidad depende inicialmente de la introyección satisfactoria de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado como capaz de cumplir esa función. Bick le dio el nombre metafórico de <Segunda piel> al objeto que posteriormente ejerce esa función de <unir> las partes de la mente. Pone el ejemplo de un hombre que tiene que usar chaquetas de cuero muy pegadas para aliviar su angustia. La Chaqueta o las sábanas muy pegadas al cuerpo dan la vivencia de <unir> las partes sueltas de la personalidad.

continencia y en la <función reverie> de la madre ⁸⁰ va a dejar un efecto de hueco o de vacío en la <textura> de ese Yo primitivo. Esto lo he observado en las ocasiones en que una madre muy deprimida o de rasgos autista y aislada no puede ofrecer una buena <función reverie> a su pequeño hijo. A veces la presencia contratada de una niñera competente va a salvar la situación. Gracias a esta madre sustitutiva la futura vida psíquica de ese bebé será preservada satisfactoriamente.

Todos nosotros tenemos una cuota inevitable de deficiencia de la función reverie materna. Esto es así, porque es inevitable que en la más temprana infancia se padezca de frustraciones con la experiencia del amamantamiento. Es decir de frustraciones variadas con el pecho que aparecen en la dialéctica de la satisfacción-frustración madre-hijo. Si existe un predominio de experiencias de frustración, allí quedará el testimonio de un vacío en la textura del Yo primitivo. Por lo tanto un vacío o hueco que corresponde con las experiencias del período temprano narcisista del desarrollo va a estar presente en la textura del Yo de todos nosotros. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista que todos nosotros tenemos, varía según las experiencias originarias que hayamos tenido en la temprana infancia.

Fue posteriormente que descubrí, que ya en 1970, Jacques Lacan había introducido su teoría de las suplencias. Estas suplencias son identificaciones de imagen o de palabra [imaginarias o simbólicas] que constituyen: significantes, que pueden hacer la función de obturar el hueco o vacío que presenta la <textura> del Yo. Esta suplencia que aparece como un síntoma en la clínica, a veces como un rasgo de carácter, tiene una función defensiva, disminuyendo la magnitud de la angustia.

⁸⁰ La función reverie materna refiere a la capacidad de la madre de contener en su mente las angustias del bebé, sin ella angustiarse, para luego devolverle traducidas al bebé, las razones de su llanto. Por ejemplo: el bebé llora en angustia cuando tiene hambre. La madre lo carga y recibe su llanto y su angustia, explicándole, aún cuando es obvio, que el bebé no entiende: que tiene hambre y que el pecho o el tetero ya llega. Esto repetido muchas veces, con razones o motivos diferentes, introduce <la voz> y la <mirada calmada> de la madre en el proceso de introyección del bebé.

Es común encontrar ciertas patologías graves relacionadas con la existencia de un hueco o vacío en el sujeto. Me refiero por ejemplo a las patologías compulsivas de juegos de azar, las llamadas Ludopatías o las adicciones graves a drogas lícitas o ilícitas, y el alcoholismo grave. Para estas patologías el síntoma de jugar compulsivamente o de consumir compulsivamente, es lo que obtura, es decir tapa el hueco o el vacío subjetivo que el sujeto percibe en su interior. Así el síntoma compulsivo de jugar o consumir drogas es la forma natural que el sujeto ha encontrado para curarse de su hueco. Por eso es necesario estar muy alerta al tratar de curar esos síntomas relacionados con patologías del vacío. En esos casos es necesario ofrecer otro tipo de suplencia que obture o tapone el vacío incurable del sujeto. Los adictos graves encuentran que la pertenencia a un grupo como el de una comunidad terapéutica puede funcionar como una suplencia. Es decir: la pertenencia funciona como tapón. Esto significa que mientras él adicto grave esté dentro de la Comunidad terapéutica su hueco o su vacío está obturado. Pero si abandona la Comunidad el vacío reaparece y con ello el consumo. Otras veces la pertenencia a una secta de tipo religiosa, con una vinculación directa con Dios, puede funcionar como una suplencia que obtura el vacío estructural del Yo.

Capítulo 20
CLÍNICA DE LOS BORDERLINES

Los trastornos limítrofes de la personalidad o también llamados borderlines constituyen hoy día una categoría diagnóstica confusa. Para algunos es considerada un trastorno ubicado al borde de las psicosis y otros simplemente lo consideran una patología neurótica que utiliza mecanismos mentales narcisistas. Esta categoría diagnóstica originada en USA bajo la iniciativa de Otto Kernberg, terminó por integrarse a la terminología usual europea y Latino Americana actual. Por diversas razones previamente se negaban a aceptarla tal como lo testimonia el ICD10.

Según el uso corriente en psiquiatría los trastornos limítrofes o Borderlines refieren a un trastorno de la personalidad ubicado en el límite entre las neurosis y las psicosis. En clínica psiquiátrica proponen que se trata de una patología grave, que no evoluciona, ni hacia la psicosis, ni hacia las neurosis. Los psiquiatras reconocen que con psicoterapia psicoanalítica estos pacientes mejoran su capacidad funcional personal, familiar y laboral. Pero sabemos que se mantienen intactos los mecanismos mentales narcisistas primitivos.

Debo afirmar que la propuesta teórica psicoanalítica ha permitido que las diversas patologías mentales pasen de ser simplemente diagnosticadas, a ser comprendidas en la dimensión de su particularidad humana. Con la aparición de las teorías psicoanalíticas se pudo entender el sentido oculto de los mecanismos detrás de los síntomas y comprender la presencia de esos variados mecanismos mentales, en las diversas patologías. Por esta vía se dio inicio a la posibilidad de ofrecer psicoterapia esclarecedora que aparece a través del dialogo psicoanalítico.

El problema con este paradigma

Como ya dije, para la psiquiatría se trata de un grupo de trastornos ubicados entre las neurosis y las psicosis. Se trata de una patología grave que no evoluciona hacia la psicosis. Ni tampoco hacia algún

tipo benigno de neurosis. En este paradigma borderline vamos a encontrar un serio problema.

El problema está, en que desde el punto de vista del psicoanálisis, dicha patología limítrofe o Borderline, es concebida como una estructura neurótica. Con esto quiero decir una estructura psíquica inconsciente que se fundamenta en el mecanismo básico de la represión. Como sabemos la estructura psicótica se fundamenta en otro mecanismo básico: la forclusión del nombre del padre. La estructura perversa por su parte, se fundamenta en el mecanismo básico de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos (Lacan, J., 1956). Ahora bien, con el efecto favorable de la terapia, no es posible que un sujeto pase de una estructura inconsciente a otra. Estas estructuras se constituyen en la temprana infancia y son permanentes. Los cambios ocurridos por la acción terapéutica del psicoanálisis, son cambios que ocurren dentro de la estructura. Así encontramos que la patología limítrofe o Borderline, se ubica dentro de una patología neurótica grave, con predominio de mecanismos narcisistas. Considero que las dificultades mentales y las particularidades de los mecanismos psíquicos que voy a describir a continuación son de común hallazgo en nuestra práctica cotidiana con este tipo de sujeto limítrofe o llamados Borderline. Esta lista de mecanismos que aquí les ofrezco es producto de mi experiencia. Puede ser que otros analistas agreguen algún mecanismo adicional que no he incluido en mi lista.

1 Vacío Interior

Refiere a una sensación de vacío que tiene el sujeto. Este vacío es algunas veces descrito como un vacío existencial otras veces es descrito como un vacío físico, una sensación de vacío en el pecho, indescriptible. Este vacío se calma cuando aparece el apego a un objeto. Por esta razón este tipo de sujeto borderline desarrolla un tipo especial de relación de objeto con predominio fusional [apego patológico al objeto]. Debo referirlos a la lectura de los capítulos presentados anteriormente sobre <La soledad> y <El vacío> en el cual se describe con más detalle el fenómeno del vacío interior.

La teoría psicoanalítica plantea, que el origen de este vacío interior, proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre hijo. Como sabemos el proceso de identificaciones tempranas del niño con su madre va a dar origen a la formación de un Yo primitivo. La textura de ese Yo temprano se va a formar con las progresivas identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes. La deficiencia en estas identificaciones, por incapacidad de la contención y del reverie materno, va a dejar un efecto de hueco o vacío en la textura de ese Yo primitivo. Todo sujeto tendrá una cuota inevitable de deficiencia de la función materna y por lo tanto un vacío o hueco que corresponde con ese período narcisista del desarrollo. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista varía según las experiencias tempranas que haya tenido cada sujeto.

2 Demanda de reconocimiento

Normalmente el niño recibe un primer reconocimiento cuando su llanto es transformado por el otro en un mensaje. Así, su grito recibe un sentido que ha otorgado el otro cuando su necesidad básica es satisfecha. Esta dialéctica de reconocimiento es llamada la primera afirmación. Los sujetos con una deficiencia narcisista tienen dificultades con esta demanda de reconocimiento. Las personalidades limítrofes [borderlines] por la magnitud de su hueco y por la insuficiencia de reconocimiento en épocas tempranas del desarrollo, son muy sensibles y muy necesitados en la vida adulta a este reconocimiento que otorga el otro y que va a confirmar su percepción de la realidad. Estos sujetos cuando son adolescentes y adultos requieren de recibir del otro una reconfirmación de sus observaciones de la realidad. Cuando no la obtienen, por ser negada, contrariada o desmentida el sujeto va a desatar estados afectivos inesperados e involuntarios de violencia, agitación, angustia o llanto. En la clínica se observa estados afectivos inesperados que parecieran no tener causa justificada. Corresponde con la llamada: Labilidad afectiva de la patología limítrofe.

Es importante no confundir este mecanismo de reconocimiento con la necesidad de aceptación que muestra el neurótico benigno, que regula mucho de su autoestima con una aprobación proveniente del otro, de sus propuestas o actos. La no obtención de la aprobación

del otro produce una desilusión y una desconfianza en sí-mismo. A veces desencadena estados de tristeza.

3 Tipo de relación de Objeto

El tipo de relación de objeto que vamos a observar en los estados limítrofes [Borderlines] consiste en presentar una relación con exagerado apego al objeto. Sabemos que este vacío interior se alivia con este apego al objeto. Así, vamos a observar una tendencia a la fusión Self objeto, en donde el sujeto muestra una pobre o muy limitada capacidad de discriminación con el objeto. Lo que le ocurre al sujeto pareciera que le ocurre al objeto y viceversa. Esta necesidad de apego explica las dificultades que aparecen en los momentos de separación del objeto. Así en las separaciones, aparecen estados afectivos inesperados: angustia, tristeza, miedo, pánico y a veces serias dificultades para continuar con la vida cotidiana.

Cuando la separación del objeto tiene características de pérdida de objeto, por muerte, divorcio, migración etc., el sujeto limítrofe [Borderline] va a mostrar su incapacidad de tolerar el vacío interior con la aparición de un colapso mental. La vida parece que pierde sentido para el sujeto. Pueden aparecer deseos de muerte e ideas suicidas. Este efecto de colapso psíquico, como consecuencia de la pérdida de objeto, se recupera rápidamente al aparecer otro objeto de apego.

4 Discurso de dominio

Este problema surge como una consecuencia de la instalación de un vacío interior en la textura del Yo. El apego excesivo al objeto, que tiene el propósito de aliviar el vacío interior, produce un efecto en la manera como el discurso del otro se impone al sujeto. Lacan describió en 1968 su teoría de los cuatro discursos. Allí plantea el discurso de Amo. Lo describe como un discurso enunciado por el propio sujeto, en el cual, solo después de ser emitido, es que se revela la naturaleza inconsciente del discurso. No es un discurso voluntario, es más bien efecto del inconsciente. El sujeto que habla, como productor del enunciado, se coloca sin darse cuenta, en el lugar del S1 del significante Amo. Cree imponer un saber al otro. Este discurs-

so del Amo, no tiene nada que ver con el discurso de dominio propio del Borderline.

El discurso de dominio se refiere al efecto que tiene la palabra del otro en el sujeto. Su apego al objeto es tal que la palabra del otro, es ley. Esto implica un espejismo [una ilusión] es decir, una sumisión equivocada del sujeto, al otro. Para el sujeto limítrofe narcisista [Borderline], la simple opinión del otro, es una orden a cumplir y a obedecer. Mientras existe el apego excesivo al objeto, el sujeto no puede escapar de la dialéctica del discurso de dominio. Esto es algo a tomar muy en cuenta a la hora de producirse la intervención del analista. La interpretación analítica que invita al analizante a explorar y descubrir por si-mismo, lo oculto en su inconsciente, se puede convertir en una orden del analista. En una imposición. El sujeto en su inescapable apego al objeto, se revela, se disgusta, con este discurso de dominio del cual no puede escapar. Por esta vía puede aparecer una reversión de la perspectiva, una reacción terapéutica negativa, un impasse analítico o una explosión afectiva descontrolada.

Existe otra forma de discurso de dominio, con el cual tengo mis dudas de que se trate de sujetos limítrofes [Borderlines] y por lo tanto neuróticos. Me refiero a los sujetos con una estructura psicótica verdadera compensada, aquellos sujetos que poseen una buena suplencia, con un síntoma grapa, es decir, han instalado con éxito un cuarto nudo⁸¹ y que por lo tanto funcionan como neuróticos, sin serlos. El mecanismo al que me refiero es el siguiente. El sujeto cree leer los pensamientos y deseos del otro, cree saber lo que el otro está pensando y deseando. El sujeto le otorga certeza a esta lectura subjetiva del otro y desde allí se siente dominado y sometido por esos supuestos pensamientos y deseos. Se siente esclavizado por el otro. Este otro que no ha abierto su boca, para pronunciar palabra. He observado varias veces este fenómeno y no parece desencadenar un episodio psicótico.

Si este hecho clínico desencadena rechazo al analista, puede aparecer en el paciente una reversión de perspectiva no muy duradera y

⁸¹ En relación al <Síntoma Grapa> sugiero leer el capítulo dedicado al estudio del Síntoma.

se revierte nuevamente al poco tiempo. Conservan intacto el apego excesivo al objeto. El analista tiene que tener particular cuidado con este tipo de analizantes. Me refiero en el momento de aparecer la intervención del analista. Mi experiencia me indica que es de mayor utilidad ofrecer una extra capacidad de continencia silenciosa, una función reverie ampliada y devolver interpretando o señalando con particular claridad y simplificación. Reformulando las ideas dos veces si es necesario. Ya que sabemos que este tipo de analizante no podrá escaparse a la vivencia de un discurso de dominio.

5 La segunda piel

En algunos casos, más graves aún, la relación de objeto de dependencia que aparece por efecto del apego, se encuentra obstaculizada. Esta barrera aparece por una dificultad especial en la capacidad para hacer introyecciones e identificaciones. En estos casos no se establece fácilmente el apego, la dependencia al objeto, ni la tendencia a la fusión objetal.

En estos casos la dificultad de introyección e identificación hace que las distintas partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unirlas. Esta función, de un algo que une, unifica o contiene, las partes de psiquismo primitivo, depende de la introyección temprana por el bebé de un objeto externo contenedor. El objeto óptimo para crear esta función es el pezón o su sustituto dentro de la boca, junto con la madre que le habla, le carga, le ve y le huele de una forma aceptante y conocida. Esto da origen, a la aparición en el bebé, de la vivencia de un espacio interno psíquico apto para las introyecciones, identificaciones y vínculo objetal. Cuando esto falla, aparece lo que llamamos estados de no integración psíquica, propio de los sujetos que luego se diagnosticaran como limítrofes [Borderlines].

Esther Bick en Londres fué la primera que en 1968 describió estos estados psíquicos. Posteriormente en 1980 fué Didier Anzieu en París quien amplió estos trabajos. El sujeto adulto que sufre de estados o episodios de no-integración, va a describir los intensos momentos de angustia que aparecen en la soledad de la noche y

que se calman con la sensación que ofrece las sábanas muy apretadas sobre el cuerpo. Como si estas sábanas o una chaqueta de cuero estrecha o un abrazo muy apretado sobre el cuerpo, contuvieran las partes fragmentadas de la mente. A este fenómeno Esther Bick le llamó la segunda piel.

6 Los estados adhesivos

Fueron descritos independientemente por José Bleger en 1967 y por Herbert Rosemfeld en 1969 y luego ampliadas por Donald Meltzer en 1975. Refieren a una estructura de personalidad que parece carecer de interioridad, no tiene capacidad de discriminación Self-objeto, y además muestra tener muchas dificultades y limitaciones en el uso de los mecanismos de introyección y de identificación introyectiva. No parecen tener la interioridad [espacio psíquico interno] que sea apto para ubicar las necesarias introyecciones que van a permitir el progresivo desarrollo de la personalidad. Pareciera que las introyecciones, al no encontrar ese espacio interno, se ubican en la superficie de la personalidad. Pasan a ser frágilmente sostenidas por el otro. Por eso el estado de integración psíquica es muy vulnerable y la relación con el objeto presenta ausencia de límites. En su necesidad de supervivencia, el sujeto se pega de tal manera y con tal insistencia al objeto, que sugiere la adhesión Self-objeto. Tal como se pega una estampilla a un sobre postal. En la clínica fenomenológica se observa el sujeto pegado, adherido como un parásito al objeto. El paciente se apega totalmente al objeto analista y a otros objetos significativos, esto hace, que éste objeto sea vivenciado como responsable de la vida del sujeto. Vive la vida del otro y el otro responde por su vida. A veces el sujeto se percibe a sí mismo como muy pasivo, con aspectos muertos en su psique. Usa la vitalidad y la fuerza de vida del objeto de apego como fuente de supervivencia. Aquí aparece una paradoja. Este pegoteo con el objeto origina muchas veces una fuerte hostilidad al mismo objeto [ya que percibe que la vida está fuera de él]. Es decir una envidia al otro, a la fuente de vida, que el mismo no posee. Recordemos al gran cineasta Luis Buñuel cuando le hacía decir a Viridiana: ...el hombre nunca perdona a quién le ayuda.

Rosenfeld la llamaba estructura narcisista omnipotente, con relaciones objetales adhesivas. Bleger previamente la había llamado estructura gliscocárica de ambigüedad, con relaciones objetales parasitarias. Ambas descripciones se fundamentan en las consecuencias de la imposibilidad que encuentra el sujeto de introyectar en el inicio de la vida, un objeto contenedor, capaz de unificar los fragmentos rudimentarios de la personalidad y crear [inaugurar] la vivencia de un espacio psíquico interno [por deficiencia grave de la función reverie materna]. Esta deficiencia de la función reverie es provocada por dificultades graves en la psique materna y también dificultades en el aparato mental rudimentario que trae el bebé de nacimiento. Me refiero a la posible presencia de problemas orgánicos del bebé o dificultades variadas de deficiencias cognitivas y sensoriales. De cualquier forma, las consecuencias que se observan en la clínica son las siguientes: angustia flotante, apego adhesivo al objeto, intolerancia a la separación y un sentimiento de tener aspectos muertos en la personalidad.

7 Características de la vida sexual

Las dificultades tempranas que tienen las personalidades limítrofes [Borderline] van a incluir dificultades en el sentimiento de identidad sexual. Todos sabemos que la convicción de identidad sexual se adquiere temprano en la vida. Esta convicción de identidad sexual normalmente después de los cinco años es irreversible. La asignación de la identidad sexual proviene del discurso de los padres que van a nominar a su prole como niño o niña según sea el imperativo de su deseo. Generalmente este deseo coincide con la realidad anatómica del bebé. Así, en la mayoría de los casos, la realidad anatómica y el deseo de los padres afortunadamente coinciden y el niño se sabe y se reconoce a sí mismo como varón o hembra.

Posteriormente ya a los cuatro años con el drama sentimental Edípico va a aparecer la elección de objeto sexual. Este objeto elegido inconsciente e involuntario, será el objeto del deseo sexual. El objeto que va a satisfacer la pulsión. Así al escoger el objeto de deseo, el sujeto se orienta hacia la heterosexualidad o hacia la homosexualidad. Como ya dije, esta escogencia de objeto sexual se realiza durante el período del drama Edípico. La relación sentimental, el ro-

mance Edípico que tiene el niño o la niña con los padres es crucial para el tipo de escogencia de objeto sexual que tendrá lugar en ese período del desarrollo.

La personalidad limítrofe [Borderline], que como ya vimos, tiene tantas dificultades en la relación con el objeto y deficiencias con los mecanismos de introyección y de identificación introyectiva, que claramente nos permite pensar, que en estos casos vamos a encontrar un sujeto con serias dificultades en su capacidad de establecer un sentimiento de identidad sexual que tenga estabilidad y convicción. Igual dificultad va a encontrar con su escogencia de objeto sexual. Así pues, en estos casos vamos a encontrar que no hay convicción, ni certeza en la identidad sexual, ni tampoco en la escogencia de objeto sexual. Es cierto que disfrutan del sexo, siempre y cuando se cumplen ciertas condiciones que son particulares para cada caso. Esto va a permitir tener una capacidad orgástica. Sin embargo su funcionamiento sexual dependerá mucho de las condiciones impuestas por la demanda del otro. Sus sentimientos de ser hombre o mujer pueden variar según sea el pedido del otro. Sus actos homosexuales o heterosexuales también dependerán de la demanda del otro. Por lo tanto encontramos en la clínica lo que se ha llamado: una labilidad de la orientación sexual.

8 El sistema de ideales

Sabemos que el sistema de ideales del cualquier sujeto va a depender de la constitución de ambos: del 'Yo ideal' y del 'Ideal del Yo'. Estos sistemas de ideales inconscientes y la censura consciente se forman, es decir se constituyen, en el la infancia temprana del niño con su correspondiente particularidad. El primero, el 'Yo ideal' corresponde al período narcisista o imaginario de la constitución del sujeto. Tiene características tiránicas, inflexibles y crueles, en la imposición de sus valores e ideales. Aquí es este sistema aplica la ley del todo o nada, del ojo por ojo, sin otras consideraciones, ni factores atenuantes. El segundo sistema de 'Ideal-del-yo' se constituye durante el período Edípico o simbólico de la constitución del sujeto. Aquí aplica la ley de la tolerancia, de la presencia de los factores atenuantes y agravantes en la aplicación de los valores e ideales.

Estas leyes de tolerancia o intolerancia se las aplica automática e inconscientemente el sujeto a sí mismo. El sujeto es el primer objetivo de sus ideales y luego las aplica a los otros, al mundo. Normalmente el sujeto tiene ambos sistemas operativos. En los momentos de mayor integración de la personalidad, opera y predomina el sistema del 'Ideal del yo'. Es decir un sistema que no tiene esa crueldad y que muestra una capacidad de tolerancia a 'la pequeña diferencia'. En los momentos de crisis, que produce una regresión y de serios conflictos psíquicos, pasa a predominar el 'Yo ideal' cruel e intolerante. El sujeto sufre y se mortifica a sí mismo y a los demás sin poder evitarlo.

El sujeto con un trastorno límite [B borderline] de la personalidad, con sus ya mencionadas dificultades con los mecanismos introyectivos tempranos, va a tener problemas en el progresivo establecimiento del sistema de ideales. Por lo tanto estas personas van a presentar un predominio del sistema de ideales más primitivo. Es decir van a funcionar con predominio del 'Yo ideal' narcisista cruel. Esto significa una tendencia a ser crueles e intolerantes consigo mismos, insistiendo en la búsqueda de una perfección ideal imposible.

Igual van a aplicar estos valores primitivos fundamentalistas a su relación con el mundo. Estos mecanismos de ideales son automáticos e inconscientes. Provocan intensos sentimientos de culpabilidad inconsciente con gran sufrimiento. Estos sentimientos de culpa que son efectos del 'Yo ideal' narcisista, en su búsqueda de alivio, dan origen muchas veces a intensos deseos de auto y hetero castigo, el alivio proviene de la redención y el perdón logrado por medio del castigo o penitencia. A diferencia, los sentimientos de culpa provenientes del 'Ideal del yo' Edípico, buscan el alivio a través de la reparación del daño ocasionado. El sujeto con un trastorno límite [Borderline] de la personalidad, que sufre de sentimientos de culpa provenientes de los efectos del 'Yo ideal' cruel narcisista, va a buscar alivio en el castigo. Buscará la pérdida y destrucción de su patrimonio, de sus relaciones amorosas, familiares y sociales. Otras veces el sentimiento de culpa inconsciente es tan intenso y cruel

que aparecen los deseos de muerte y los intentos de suicidio. Se trata de un sufrimiento innecesario e insensato.

9 La Reversión de la perspectiva

Este concepto fue introducido al psicoanálisis por Wilfred Bion en 1963 en su libro *Elementos de Psicoanálisis*. El sujeto pasa involuntaria e inesperadamente a ver las cosas de la vida y de tener relaciones objetales de una cierta manera, pasa a a verlas de la manera opuesta. Es decir, revierte la perspectiva. Bion decía, que la reversión de la perspectiva, es una forma especial de pensamiento que aparece cuando se trata de evitar el dolor mental, y la ubicaba como un mecanismo de la parte psicótica de la personalidad. Dice que se fundamenta en el mecanismo psíquico del *splitting* (disociación) de tipo estático. Uno de los puntos de vista quedaría disociado, reprimido en forma más permanente, por eso lo llama estático. Este mecanismo de la reversión de la perspectiva, tiene el propósito de lograr algún nuevo tipo de equilibrio mental y que con lleve a una disminución del dolor psíquico.

Bion ejemplificaba este mecanismo con la figura gráfica que ayuda a mostrar la presencia simultánea del fondo y la forma. Son dos siluetas de caras. Una frente a la otra, que configuran a la vez un jarrón. Dependiendo de lo que uno privilegie, verá las dos caras o verá el jarrón. Es decir, depende de la perspectiva o punto de vista. Los sujetos con un trastorno límite (Borderline) presentan con frecuencia y en forma dramática estos cambios de reversión de la perspectiva. El analista que era idealizado, sabio y conocedor de los secretos de la felicidad, pasa a ser repentinamente un ser despreciado, egoísta y malvado. El sujeto límite se ubica en esta perspectiva y no se mueve de ella. Los nuevos acontecimientos van a ser leídos y entendidos de tal manera, que siempre van a confirmar su punto de vista, su perspectiva. El problema está en que la perspectiva deja de ser reversible. El sujeto no puede colocarse en el punto de vista del otro. Su propia perspectiva tiene certeza y el asunto está cerrado, concluido. Los acontecimientos psíquicos que precipitan una reversión de la perspectiva de esta naturaleza, están relacionados con la dialéctica de la angustia y de la frustración. A veces

desencadenado por ausencia de la dialéctica del reconocimiento, por la presencia de un discurso de dominio o por un malentendido.

10 Control de los impulsos

El sujeto humano tiene que domesticar sus pulsiones para poder entrar en el mundo civilizado. El infante humano tiene que renunciar a los fuertes deseos incestuosos, magnicidas y fraticidas. La renuncia a estos deseos humanos, por vía de la represión, inaugura la entrada del sujeto en la neurosis, la cultura y la civilización. Sin embargo será inevitable que esta renuncia produzca en el sujeto su efecto: un malestar con la cultura. Ese malestar lo llevábamos todos con tal de vivir en un mundo organizado y civilizado. La represión constituye el mecanismo mental fundamental que sostiene a la neurosis. Para que sea posible el mecanismo de la represión se requiere de un sujeto que ha superado el período narcisista. Para esto se requiere que la madre haya introducido la metáfora del padre [función paterna] en la psique del niño. Esto quiere decir que la función paterna ha logrado romper la intensa dupla imaginaria madre-hijo y ha introducido al niño en el nuevo orden edípico. El vínculo de dos pasa a ser de tres. Así se inaugura el orden simbólico. El Yo que emerge de esta operación es un Yo capaz de sostener la represión, a pesar de la insistencia e intensidad del deseo y la pulsión que lo invitan constantemente a hacer lo contrario.

El sujeto con un trastorno límite [Borderline] de la personalidad ha logrado a duras penas, obstaculizado por las dificultades que tiene con los mecanismos de introyección e identificación, romper la dupla madre-hijo. Es decir el sujeto límite [Borderline] ha pasado al edipo, pero con un predominio narcisista/imaginario (N/e). Esto quiere decir que la insuficiencia narcisista de la función reverie materna a sido demasiado grande. Esto es lo que deja un enorme hueco constitutivo narcisista que es irreparable. El Yo que emerge de esta operación es un yo que no tendrá la suficiente fortaleza para mantener la represión. La fuerza de la insistencia pulsional vence al Yo, y aparecen actos y conductas inaceptables para el orden personal, familiar y social. En la clínica fenomenológica o clínica de los síntomas vamos a encontrar una pobreza en el control de los impulsos. El deseo y la pulsión sexual y agresiva encuentran

una debilidad en las fuerzas de la represión. Aparecen con frecuencia actos que violan las reglas personales, las costumbres familiares y leyes sociales del propio sujeto. A veces estos actos están en conflicto con sus propios valores e ideales, dando origen a intensos sentimientos de culpabilidad.

11 Compulsiones y adicciones

La angustia que origina el vacío interior que tiene este tipo de personas con trastornos limítrofes de la personalidad, los o las lleva a buscar muchas formas de aliviarla. El apego al objeto es una de ellas. El consumo de drogas es otra manera. Cuando el hueco correspondiente al período narcisista es muy grande, la adicción es entonces muy severa y el sujeto recae una y otra vez después de que se han intentado diversos tipos de tratamiento e intentos de rehabilitación. Estas adicciones pueden ser al alcohol, marihuana, cocaína, heroína y otros tipos. Son llamados los 'adictos graves'. Es oportuno aclarar que no todo consumo de drogas, ni toda adicción, es debida a la patología limítrofe [Borderline].

Otra manera de aliviar la angustia del vacío interior está en la patología de la alimentación: la bulimia o su contraparte la anorexia. En estos casos con patología limítrofe se muestran de difícil recuperación. Para lograr la recuperación y evitar la recaída, es necesario ofrecer una alternativa válida que alivie la angustia. Generalmente se trata de la aparición de otro síntoma más benigno: apego a un objeto, a un grupo, o a una institución. Pero igualmente, no toda bulimia o anorexia se debe a la patología limítrofe [Borderline].

Otra forma de aliviar la angustia del vacío interior está en la instalación de una actividad compulsiva sexual. Hombres y mujeres por igual encuentran en la sexualidad compulsiva un alivio de la angustia. El acto sexual ofrece una intimidad psíquica y una intensidad física extraordinaria a ambos cuerpos. La sensación y el sentimiento de penetrar en el interior del cuerpo del otro, o de ser penetrada y sentir la llenura del vacío vaginal durante el acto sexual y además la presencia del intenso sentimiento de ser deseado o deseada, producen un alivio al vacío interior y a la angustia que de él deriva. Por lo tanto, la conocida oferta de alivio que ofrece el acto sexual, unido

a lo intolerable de la angustia y a la pobreza del control de impulsos, nos explica la tendencia a una sexualidad compulsiva que tiene este tipo de personas.

Capítulo 21
CLÍNICA DE PROBLEMAS SOMÁTICOS

En Clínica Psicoanalítica consideramos a la mente y el cuerpo como una unidad. El cuerpo, que incluye al cerebro, es el sostén orgánico de ese fenómeno virtual que llamamos la mente. Algunos añadirían que el cuerpo también sostiene al espíritu. Pero este último punto nos lleva al campo de la espiritualidad, el cual es ajeno a nuestra especialidad psicoanalítica. Para el Psicoanálisis está claro que la mente no es el cuerpo y viceversa. Pero uno, no existe sin el otro. Sabemos que el cuerpo está constituido por órganos de muy diversa naturaleza y función. Igualmente sabemos que la salud depende de una relación armoniosa entre el cuerpo y la mente. Ambos van a tener una influencia de uno, sobre el otro. Decían los griegos que <una mente sana requiere de un cuerpo sano>. También decían que la anatomía es decir el cuerpo hace el destino del hombre y viceversa. Las diversas enfermedades somáticas pueden ser influidas en su evolución y otras pueden ser producidas por la acción de la mente sobre el cuerpo somático.

En Psicoanálisis podemos diferenciar con propósitos didácticos ciertas patologías que aparecen en el área corporal. Así tenemos (1) Las conversiones (2) Las somatizaciones (3) Alucinaciones y delirios somáticos (4) Las hipocondrías (5) Las enfermedades Psico-somáticas.

1 Las conversiones

Refieren a la presencia de trastornos funcionales de los órganos de los sentidos y de los músculos estriados. Estos trastornos no tienen un substrato biológico, somático. Se encuentra que los órganos de los sentidos y los músculos están sanos. Así pues el problema que a veces es dramático es específicamente funcional. Como ejemplo tenemos las cegueras, las parálisis de brazos o piernas [monoparesias] y la anestesia de alguna parte del cuerpo. Las conversiones se consideran de naturaleza histéricas.

2 Las somatizaciones

Refiere al efecto que ciertos conflictos psíquicos y emociones ejercen sobre el cuerpo produciendo cambios somáticos que se detectan por simple observación o por exámenes especializados. Esos cambios son el efecto somático de un conflicto psíquico. Lo más común se observan en la piel y en aparato digestivo y respiratorio. Por ejemplo erupciones pasajeras, amigdalitis, faringitis y otitis que ocurren por respuesta a la ausencia o pérdida del objeto de amor del cual se depende. Pero estos efectos no se organizan como una enfermedad crónica del cuerpo.

3 Alucinaciones y delirios somáticos

Refiere a serios conflictos psíquicos con presencia de angustias primitivas con predominio de un funcionamiento mental narcisista, que producen síntomas delirantes con o sin alucinaciones que refieren al funcionamiento o a la morfología del cuerpo. A veces se han llamado <hipocondría delirante>. Se trata de síntomas bizarros, raros, que afirman sentir enfermedades de órganos que no existen. Esta patología se puede observar en estructuras neuróticas narcisistas y en estructuras psicóticas. Corresponden con la propuesta de Wilfred Bion sobre las alucinosis.

4 Las hipocondrías

A veces son llamadas hipocondrías y refiere a la firme creencia que tiene el sujeto de padecer enfermedades de diversos órganos. Lacan las ubica dentro de las paranoias. Estas enfermedades no se logran detectar por ninguna vía diagnóstica y por lo cual se concluye que esas enfermedades somáticas no existen. Se les llama: sujetos hipocondríacos. Las quejas y los síntomas se les consideran una forma de proyección de aspectos del conflicto psíquico [proyección paranoica]. Puede ser la angustia primitiva proyectada en un órgano del cuerpo. Por lo tanto es una forma de paranoia dirigida a los órganos del cuerpo. Se trata de un objeto inconsciente proyectado en el órgano quien se hace depositario de una angustia persecutoria, paranoica. Lo más importante es poder descubrir en el diálogo psicoanalítico la naturaleza del conflicto inconsciente que produce

esta situación. La toma de consciencia [insight] de este conflicto va a aliviar la angustia y la proyección. Otras veces se trata de una problemática de 'carencia de afecto' en la temprana infancia. La relación estable con un nuevo objeto de amor obtura la falta [el hueco] y alivia la hipocondría.

5 Las enfermedades psicosomáticas

Los órganos del cuerpo se enferman debido a muy diversas razones. La ciencia médica denomina a estas razones: la noxa biológica. Además de las diversas causas biológicas que producen las enfermedades, vamos a encontrar la posibilidad de que la mente en su vertiente inconsciente pueda enfermar el cuerpo. Es decir al soma. En medicina existen enfermedades crónicas y agudas que no tienen una clara etiología definida. Se considera que para ese grupo de enfermedades misteriosas existen factores emocionales que la causan, la empeoran o la mejoran. Por ejemplo, las enfermedades del tracto digestivo, como son la úlcera estomacal o duodenal, las colitis ulcerativas, las inflamaciones de la garganta y los trastornos de la alimentación. Solo para nombrar las más comunes. En el aparato respiratorio podemos encontrar el asma bronquial y las diversas formas de bronquitis aguda y crónica como enfermedades psicosomáticas. En el aparato circulatorio encontramos la hipertensión arterial y el infarto del miocardio desencadenado por diversos aspectos emocionales. El órgano de la piel es el más sensible a las emociones y a enfermarse por motivos mentales. El cáncer es un tipo de enfermedad de causa desconocida. Algunos piensan que el factor emocional es muy importante. Aún falta por definir la naturaleza de ese factor. Distinguidos analistas e internistas en Venezuela piensan que se debe a un tipo particular de problema emocional. Me refiero a lo que se ha llamado la teoría del <Callejón sin salida> y la teoría del <Pipote de basura>.

(a) La teoría del <callejón sin salida> ⁸²

Esta teoría refiere a las personas que de una forma natural e inconsciente, obligados por su sistema de ideales se encuentran en la vida en posiciones sin salida, aún cuando para otra persona, esa salida si existe. Son personas que no se pueden otorgar a si mismas el derecho a la salida. Quedan atrapadas y sin salida. Siguen adelante con su vida, viviendo dentro de su situación, lo mejor que pueden. Esas personas tienen la tendencia a desarrollar un cáncer.

(b) La teoría del <Pipote de basura> ⁸³

En esta teoría el sujeto de forma natural e inconsciente es el depositario de los problemas de los demás miembros de la familia. Toma los problemas para sí mismo y trata infructuosamente de resolverlos. No puede resolverlos, porque esos problemas pertenecen a <la manera de ser> de otra persona. Cualquier solución que este sanador frustrado encuentre, será puntual e insuficiente. Por eso se les considera que ellos mismos se colocan en el lugar del pipote de basura. Estas personas tienen la tendencia a desarrollar un cáncer.

6 Problemas con la alimentación

La anorexia y la bulimia representan un serio problema mental cuyo síntoma más llamativo se encuentra en el área de la alimentación. Es oportuno aclarar que este no es un problema del orden alimenticio, ni dietético. Se trata de un problema mental. Son jóvenes que se niegan a comer normalmente. Es más fácil diagnosticar a una persona que padece de anorexia ya que esta persona se adelgaza tanto que prácticamente se queda en los huesos. Mas difícil es

⁸² Debo mencionar que este mecanismo mental no lo he leído en ninguna parte. Me complace reconocer que lo oí por separado en mis valiosas supervisiones con los eminentes Doctores Lisandro Lopez Herrera y Manuel Kizer.

⁸³ Igualmente debo mencionar que este mecanismo mental tampoco lo he leído en ninguna parte. Me complace reconocer que se lo oí al extraordinario profesor Doctor Fernando Rísquez, una y otra vez, en sus meritorios estudios sobre el cáncer.

diagnosticar a una mujer que sufre de bulimia ya que esta suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su síntoma. La Bulímica a diferencia de la Anoréxica tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda por sí misma.

La joven con 'anorexia nerviosa' no sólo renuncia a comer por miedo a engordar, sino también es una persona que no gusta de sí misma, ni se acepta como persona, tal cual es. Una vez que la enfermedad anoréxica ha avanzado se produce una deformación de la percepción propia de la imagen corporal: la persona se percibe gorda aunque no sea así. Esta joven anoréxica suele ser considerada por su familia y escasos amigos como una niña modelo ya que es perfeccionista, excelente estudiante, con un nivel intelectual elevado, pero con una tendencia a huir de los conflictos utilizando la negación. Se preocupan excesivamente por lo que los demás opinen de ella y suelen tener bastante control de sí misma.

En cambio las pacientes bulímicas suelen tener poco control de sí mismas, ser más impulsivas, intolerantes y se frustran más fácilmente. La edad de inicio del problema bulímico, suele ser más tardío que en la anorexia. Los 'atracones y vómitos' de las bulímicas se producen a escondidas, provocando que la persona bulímica lleve una vida secreta. En ellas es frecuente el uso de laxantes, diuréticos y productos adelgazantes consumidos en secreto. En la paciente bulímica existe un fuerte temor a no poder parar de ingerir voluntariamente y tener poca capacidad para controlar los impulsos. Esto a veces puede acarrear problemas con abuso de diversos fármacos especialmente con los diuréticos. Al contrario de lo que ocurre con la anorexia, el aspecto de los afectados de bulimia parece saludable: el peso es normal o incluso hay sobrepeso, de modo que resulta difícil detectar el trastorno exteriormente.

(a) La anorexia como síntoma

Desde el punto de vista psicoanalítico la anorexia y la bulimia están lejos de ser específicamente un trastorno de la alimentación. Se trata como ya dije de un serio trastorno mental, emocional. La anorexia y la bulimia son un síntoma visible que se instala en diversas

tipos de estructuras mentales, preferiblemente neurótica de predominio narcisista (N/e). Desde esa estructura mental neurótica narcisista a veces llamadas Borderline, aparece el síntoma anoréxico o bulímico. Este síntoma representa una forma desesperada de curación de un algo que origina intenso sufrimiento psíquico.

(b) El atrapamiento narcisista

Ese algo refiere a una patología en la relación temprana con la madre. Esta es complementada por una deficiencia de la función paterna. La relación de objeto con la madre en estos casos se caracteriza por ser intensa y simbiótica. La madre ‘necesita muy cerca a su pequeña hija’ y su pequeña hija se encuentra ‘demasiado pegada a su madre’. La lucha por la ruptura de ese atrapamiento narcisista mortal con la madre comienza muy temprano. Allí es donde la figura del padre o de quien haga de su función paterna, va a tratar de lograr romper esa dupla mortal. De el éxito relativo de ese intento, se va a determinar, la magnitud de la gravedad del síntoma anoréxico o bulímico.

(c) Imago de la madre atrapadora ⁸⁴

El rechazo al alimento es una forma extraña de lucha por separarse del ‘atrapamiento materno’. Por eso la imagen de una delgadísima <Modelo de pasarela> no tiene nada que ver con la etiología o causa de este problema. La anoréxica es una mujer ciertamente muy delgada pero también muy descuidada en sus arreglos y atractivos femeninos. Su interés no es en ser una atractiva modelo de pasarela sino en tratar de encontrar una calma para sus tormentos interiores. Esta calma la encuentra en su síntoma anoréxico o bulímico.

⁸⁴ Es merito del Doctor Carlos Valedon, de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, el haber desarrollado la descripción y el estudio detallado de la teoría de la <Madre Atrapadora> durante la década de los años ochenta del siglo 20.

(d) El deseo de nada

La lucha a muerte por separarse de la figura internalizada de una madre atrapadora explica la renuncia a comer. No se trata de de <no comer> sino se trata de <comer nada> tal como decía Lacan en los Seminarios 10 y 11 cuando expone que 'la anoréxica no para de comer-nada' y establece el correcto axioma anoréxico: el deseo de nada. Es a través de ese 'deseo de nada' que la anoréxica y bulímica tratan de separarse de la figura internalizada de la madre atrapadora. Esta relación simbiótica con la madre es poco visible ya que estamos hablando de una relación interna que solo existe dentro de la psique de la anoréxica. La madre puede estar para ese momento ya ausente de la vida de la anoréxica o de la bulímica, sin embargo los efectos de ese atrapamiento materno continúan ejerciendo su dominio desde la interioridad de la mente de la paciente. Es de esa figura materna interiorizada que la paciente tratará de liberarse con la ayuda del tratamiento. Este tratamiento debe utilizar todos los medios posibles para ofrecer esta oportunidad a la anoréxica y bulímica. La oferta múltiple simultánea de sesiones individuales, grupales y de familia es la mejor opción. La experiencia enseña que el uso de psicofármacos no ofrece una esperanza válida.

(e) La madre que 'me necesita' y 'yo que me someto'

En la mente de la anoréxica la figura fantasmática internalizada de <la-madre-que-me-necesita> y que requiere de la presencia simbiótica de su pequeña hija para tranquilizarse y satisfacerse, es lo que representa el obstáculo más grande en el progreso de la cura. Los ideales que surgen en la mente de la anoréxica, ante esta figura interna necesitada: la madre, es lo que determina que la hija se constituya como salvadora y gratificadora de las necesidades de esa madre fantasmática <esclavizándola aún más a ella>. La hija se hace así, complaciente, sumisa, y perfeccionista. Más grave aún: reprimiendo su capacidad de protesta y de agresividad para complacer a un otro que para ese momento es inexistente.

(f) La familia poco expresiva

Existen familias en donde las emociones no se presentan abiertamente y en donde se hace muy difícil expresar la agresividad y la protesta. Cuando esto es así, la tendencia a la conformidad y la ausencia de emociones en la familia, no ayuda a la paciente anoréxica a zafarse de su propio atrapamiento, ya que para eso requiere del uso positivo de la agresividad y la protesta. Cuando la familia es expresiva de afectos y se muestra la agresión y la capacidad de protesta, eso va a ayudar en el sistema de ideales a la mejoría de la situación interna de esa joven anoréxica o bulímica.

(g) La pubertad y la imposibilidad de la rebeldía adolescente.

La experiencia nos enseña que con la aparición de la pubertad y con el inicio de la adolescencia se van a desencadenar una serie de cambios en el cuerpo y en la vida de la joven adolescente. Aparecen transformaciones en el cuerpo pulsional de las jóvenes, aparecen cambios en las relaciones de objeto y reorientación del deseo sexual. Se plantea una re-organización de los vínculos familiares, generalmente se lucha por una mayor autonomía e independencia y se cuestionan los ideales de la familia. Este proceso de turbulencia adolescente va a revelar las dificultades de las jóvenes anoréxicas. El atrapamiento materno internalizado se va a hacer más llamativo y dramático en esta época. Es entonces que el síntoma anoréxico va a aparecer con todo su esplendor. La joven que hasta ese momento de la pubertad e inicio de la adolescencia era una joven modelo, adaptada, sumisa, obediente, perfeccionista y estudiosa, va a comenzar su lucha a muerte por liberarse de esa tiranía angustiosa. Su armonía psíquica prepuberal se explica por la identificación materna y su aceptación de su papel de salvadora de la madre. La aparición inesperada de la pubertad y la transformación pulsional adolescente exige un replanteo de este equilibrio psíquico anterior.

(h) El matricidio frustrado

Al intentar los cambios necesarios que requiere la adolescencia, la joven se encuentra atrapada en su interioridad, por un ideal narcisista propio que le exige protección a la 'figura internalizada necesi-

tada de la madre'. Su ideal narcisista le impide ejecutar el rechazo a la figura de su madre. Es lo que comúnmente llamamos la matanza del imago materna. <Asesinato necesario> para lograr la autonomía e independencia de la figura materna. La imago fantasmática paterna es usual que le ayude en esta lucha matricida por la independencia. La falla en la función paterna internalizada, debido a la presencia de un padre pasivo o tímido, es lo que completa el protocolo, que da inicio y perpetúa el síntoma anoréxico o bulímico.

(i) La imposibilidad de zafarse

Ante la imposibilidad de romper el lazo mortal narcisista, estas jóvenes obedecen sumisamente lo que ellas creen son las pautas familiares y sociales. Continúan complaciendo y protegiendo a la figura internalizada materna. Llegan a negar sus propios deseos con tal de satisfacer una demanda fantasmática familiar creada por la misma paciente. Aparte del síntoma anoréxico estas son jóvenes complacientes, inteligentes y adaptadas. También son perfeccionistas y exigentes de sí mismas. Realizan un régimen alimenticio estricto, preocupándose en exceso por las calorías. Hacen dietas monótonas y generalmente comen solas. No son hábiles en el mantenimiento estético personal, ya que se nota una ausencia de preocupación por el maquillaje y el vestuario. Se presentan por lo general con sus caras lavadas sin arreglos y visten con ropas holgadas, las cuales le permiten ocultar su delgadez.

(j) El goce del síntoma

Un aspecto adicional en la dinámica psíquica de estos pacientes se encuentra en el aspecto preciso del 'gocce del síntoma'. Este goce refiere a la necesidad de tener un cierto nivel de 'sufrimiento psíquico' para que su mente funcione en forma balanceada y armónica. Ese 'necesario' nivel de sufrimiento psíquico, creado para lograr mantener la normalidad mental, es llamado por Jacques Lacan la 'Jouissance' que corresponde en español al concepto del 'gocce'. Así que el síntoma se mantiene intacto por dos razones. Una, expresa su lucha contra la imago de la madre atrapadora y dos, satisface la necesidad de goce de la anoréxica. Así pues el desafío para la cura de este tipo de pacientes es inmenso.

7 El abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico exige como ya he mencionado de un abordaje múltiple que consiste en sesiones individuales, familiares e incluir a la joven en un grupo terapéutico, sin ningún uso de medicamentos. El alimento o la ingesta alimenticia no debe ser el centro de interés del terapeuta, ya que el núcleo del problema que origina el síntoma, no es la ingesta de alimentos, sino es la lucha por zafarse del atrapamiento materno interior. El desafío del tratamiento es lograr la forma de ayudar a la joven paciente anoréxica o bulímica a entender este drama y llegar a ese núcleo.

(a) Los ideales

Como actualizar sus ideales y como puede ella llegar a liberarse realizando el matricidio interior, con todos los sentimientos de culpa y de soledad que esto acarrea, es realmente una lucha en que la figura y la función del terapeuta resultan cruciales.

(b) El respeto al síntoma

El respeto al síntoma por parte del terapeuta y el respeto a las capacidades variadas de recuperación de la paciente, permiten el establecimiento de una relación de trabajo que abre las posibilidades a la ayuda por la palabra. El <respeto al síntoma> significa no convertir 'la ingesta de alimentos' en una meta del tratamiento.

(c) El insight no es suficiente

La ayuda del descubrimiento del drama interior no es suficiente. No es suficiente lo que comúnmente llamamos 'el insight' o también 'él darse cuenta' por parte de la paciente. La gravedad de estos pacientes hace que se requiera de una ayuda de tipo ortopédica. Este acto ortopédico no es aceptable en las terapias ordinarias de neuróticos. En este caso se utiliza para lograr, que la paciente se haga cargo de su drama, no solo que conozca de él, sino que se 'haga cargo'. Para que ocurra esta segunda operación psíquica, además del insight, es usual que el terapeuta sea introyectado por la paciente y por esta vía se identifica con el terapeuta. Es decir se

establece una transferencia especular, imaginaria, narcisista. El terapeuta conoce y permite esta simetría. La encuentra necesaria. Esta identificación con el terapeuta va a ayudar en la lucha contra la sumisión y favorece la rebeldía con esos demonios interiores. La paciente va a luchar por establecer un nuevo sistema de ideales que le permita zafarse de ese atrapamiento mortal con la figura internalizada de la madre necesitada.

(d) Dos obstáculos adicionales al tratamiento

Es necesario mencionar dos obstáculos adicionales en el tratamiento de estos pacientes. Como dije anteriormente, el alimento y la angustia de los familiares por resolver y establecer un buen hábito alimenticio, no es del interés del terapeuta, ni es objetivo de la cura. Su alianza es con su paciente, y su paciente es la joven anoréxica o bulímica. No son los familiares. La alianza con la paciente nos lleva a respetar su síntoma. Este punto muchas veces ocasiona la interrupción del tratamiento, ya que a fin de cuentas este es pagado por los familiares. El segundo obstáculo es el problema de dividir el tratamiento entre un nutricionista y un psicoterapeuta. El terapeuta debe oponerse a esta división de tareas. Toda la libido y toda la lucha por la recuperación deben concentrarse en un solo esfuerzo. Insisto, el problema no es la alimentación. El rechazo al alimento es el síntoma, es la forma de curación que la joven encontró espontáneamente, el síntoma no es la enfermedad. El esfuerzo debe concentrarse en lograr el cambio interior y este ocurrirá si la paciente descubre que puede confiar en su terapeuta.

Capítulo 22

CLÍNICA DE LAS TRASGRESIONES

La domesticación de todos los elementos pulsionales del sujeto en su significación sexual o en su significación destructiva, va a permitir que el sujeto se civilice y obedezca las leyes básicas de la sociedad. El advenimiento al Complejo de Edipo [posición subjetiva triangular] va a exigir del sujeto su capacidad de renuncia a ambas significaciones [incestuosa y asesina] de la pulsión.

Así el sujeto al resolver el Complejo de Edipo, renuncia al deseo sexual incestuoso originado en la escogencia de objeto de deseo sexual parental, sea este heterosexual u homosexual. Igualmente le va a exigir al mismo sujeto, la capacidad de renunciar al deseo parricida, matricida y fraticida, originado en forma natural como expresión de la destructividad homicida, deseo que aparece ante la frustración de la demanda incestuosa. Así el sujeto Post Edípico que ha incorporado <la ley del padre> es un sujeto capaz de reconocer las relaciones del parentesco y sus consecuencias. Es un sujeto capaz de respetar las prohibiciones del incesto y el parricidio homicida y además de respetar las leyes consagradas de la sociedad.

Origen de la transgresión

A pesar de todo esto el sujeto puede romper o violar la ley. Esta transgresión de la ley, se puede originar, desde cualquiera de las tres formas fundamentales que dan origen a la trasgresión. Estas son las siguientes:

- (a) La pasión de odio
- (b) La destructividad humana
- (c) La agresividad humana

Desde cualquiera de estos tres acápites el sujeto puede por determinados motivos individuales o grupales romper el orden de la ley y aparecer en acto, como <un transgresor>⁸⁵.

⁸⁵ Los transgresores son llamados en los Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico y los Manuales Judiciales: <Personalidades Psicopáticas>, <Psicopatías>, <Psicó-

La transgresión de la ley deja ver una falla en la instauración de la ley del padre. Una falla en la capacidad de tolerar la frustración y el displacer originada en la prohibición fundamental. Se trata de una dificultad en respetar la ley del padre impuesta durante el período del Complejo de Edipo e instaurada en el momento de su resolución. Esta resolución del complejo de Edipo consiste precisamente en aceptar la prohibición del incesto y el parricidio, que significa ser capaz de renunciar en acto y en metáfora al deseo incestuoso y homicida. El acto de transgredir la ley es el acto del delito.

Por otro lado es necesario aclarar que no todo sujeto que realiza un acto de delito, es un sujeto de la delincuencia. En casos especiales ocurre el delito, pero no existe un delincuente. Como es el caso de los opositores de consciencia.

El acto del delito genuino [trasgresor de la ley] puede aparecer en cualquiera de las tres estructuras clínicas inconscientes ya descritas. Así puede aparecer un acto de delito en un sujeto de neurosis, de psicosis o de perversión. Ahora bien, desde un punto de vista del origen de la transgresión, no es igual una transgresión originada en la pasión de odio, en la destructividad o en la respuesta de agresión. Veamos esto por separado:

La transgresión originada en la pasión de odio

Como sabemos este acto trasgresor tiene características de convicción y certeza se acerca mucho a la transgresión delirante. Se trata del delito que es producto de convicciones delirantes. Naturalmente sin que exista necesariamente un cuadro clínico psicótico, ni esquizofrénico. No presentan sentimientos de culpa. Son delitos planificados, repetidos, con o sin violencia visible, inspirados en la pasión del odio, propio del eje narcisista. A veces con cierto sentimientos de culpabilidad y otras veces convencidos de que se trata

patas> o sencillamente <delincuentes>. Es notorio que estos sujetos no presentan sentimientos de culpa. A manera ilustrativa sugiero ver en youtube la entrevista al célebre asesino Jairo Velasquez [alias Popeye] quien fuera el sicario a sueldo del máximo narco jefe colombiano Pablo Escobar, ya fallecido. La ausencia de sentimientos de culpabilidad y deseo de protagonismo es llamativa en la entrevista que se le hace a Popeye. <http://www.youtube.com/watch?v=4rxMZLWyyDw>

de un acto de justicia <explicable dentro de su sistema delirante>. Aquí encontramos a los homicidas en serie [serial-killer], los homicidas de masas [diversos holocaustos], los suicidas en masa [Jonestown en Guyana, Haven Gate en Los Ángeles, Rancho Santa Fe en New México] y otros homicidios y suicidios delirantes, con certeza de justicia, como en ciertos actos fundamentalistas.

La transgresión en la destructividad humana

Como sabemos tiene su origen en la intolerancia a la frustración y envidia temprana, con presencia de voracidad insaciable. Estos transgresores van a producir delitos de muy diversa naturaleza. Van desde el delito común, hasta el delito de corrupción administrativa y delitos bancarios. Se trata de delitos inspirados en <la voracidad, envidia, grandiosidad e intolerancia a la frustración>. Pueden ser delitos planificados o no, preferiblemente violentos. La frustración de infancia se reactiva con la frustración posterior, provocada en algunos casos por la injusticia social, dando origen al delito común. En otros casos, la voracidad patológica va a originar el delito de corrupción administrativa. Se trata de personas voraces, insaciables y con una imagen grandiosa de sí mismo/a. Por otro lado mientras exista la injusticia social, la enorme diferencia en el bienestar de las distintas clases sociales, los prejuicios y el racismo, será inevitable la experiencia individual de la frustración de la demanda. Por lo tanto la sociedad seguirá produciendo sujetos de violencia, por razones de <frustración de su demanda> que no tiene relación alguna con la supuesta especificidad constitucional de la tendencia del hombre a la violencia como expresión específica y directa de la pulsión de muerte.

La transgresión desde la agresividad del sujeto

Muchas veces esta propuesta se encuentra al servicio de la supervivencia del sujeto, de la salvaguarda de su patrimonio y de la preservación de sus ideales. A veces este tipo de transgresión cae dentro del capítulo de la desobediencia civil. Esta desobediencia civil da origen a los presos de conciencia y a los opositores de la guerra. Igualmente a los que se oponen a ciertos mandatos o leyes del gobierno que son de cumplimiento obligatorio. El revelarse a ellas

coloca a estos sujetos en un acto de delito. Sin embargo este delito es completamente diferente al delito originado en la pasión de odio y en la destructividad humana. A veces la protesta adolescente cae dentro de cierta variación de desobediencia civil. Se transgrede la ley y se cae en el acto de delito por razones de los ideales, sin que exista el sujeto de la delincuencia.

Capítulo 23

CLÍNICA DE LAS ADICCIONES

Heinz Kohut escribió en su primer libro de 1971⁸⁶ que <La droga no es un sustituto del objeto de amor, ya que la droga es el reemplazo a un defecto en la estructura psíquica>. Esta propuesta teórica, a mí entender, fue y es muy acertada. Años después con la llegada del psicoanálisis estructural y con la aparición de la teoría de los huecos en la formación de la personalidad, esta propuesta de Kohut, se hará mucho más fácil de comprender.

En relación a los consumidores de drogas ocurre que es necesario hacer una diferencia en la causa del consumo. El consumidor, ya sea un joven o un adulto, va a consumir por algún motivo. Unos consumen de manera ocasional y curiosa a veces festiva y otros consumen de forma compulsiva e irresistible. La propuesta de Kohut aplica al segundo tipo. Este segundo tipo de consumo recibe el nombre de adicciones graves. Las adicciones graves responden a la necesidad del sujeto de obturar su vacío o hueco mental. Así el consumo de drogas, que incluye entre otras drogas el consumo compulsivo de alcohol, termina siendo un intento curativo del defecto psíquico, es decir del hueco. Lo lamentable es que este intento curativo de aliviar el vacío interior y la angustia sin nombre, es profundamente destructivo. Como dice el dicho popular: <el remedio es peor que la enfermedad>. En una época de mi vida trabajé por diez años en un equipo de pioneros, que con bastante éxito, logró establecer el inicio de las primeras comunidades terapéuticas de Caracas. Para esa época la Psicodelia era una novedad. Era la época del inicio de la melodía de los Beatles. En ese entonces me dijo un paciente lo siguiente: La droga es mi cura para la pérdida del sentido. También me dijo: La droga salvó mi vida, sin ella me hubiera suicidado, porque me sentía tan solo y tan perdido, agregaba y decía: la droga me ayudaba a recrear la ilusión de fuerza y de orden.⁸⁷

Sabemos que los adictos graves pueden mantenerse abstinentes por largos periodos de tiempo. Para que esto ocurra se necesita estable-

⁸⁶ Heinz Kohut (1971): 'El análisis del Self'. IUP NY. Aparece en la página 46.

⁸⁷ Rómulo Lander (1988): Aspectos teóricos de las adicciones graves. Revista de Psicoanálisis de la ASOVEP. Año 5: Volumen 2, 1988. Página 223. Caracas.

cer un vínculo de tipo simbiótico con el objeto. Esta relación simbiótica obtura el hueco psíquico y desaparece temporalmente la sensación del vacío interior con su correspondiente angustia sin nombre. Las Comunidades Terapéuticas con su oferta sincera de pertenencia, con su exigencia estricta de abstinencia, con su sistema de jerarquías que se instaura a través de una justicia paterna con reglas visibles que son igual para todos y con un sistema de reconocimiento de su conducta apropiada y de afirmación de su ser que cada miembro de la comunidad puede obtener con su conducta y experimentar como propia, con todo esto, se va a ofrecer una relación de objeto con la comunidad, que va a producir el efecto de obturar la falta de sus miembros. Mientras el sujeto es parte activa y está comprometido con el sistema y reglas de la comunidad no habrá consumo. No habrá consumo por una simple razón: ese miembro no necesita la droga. El problema aparece cuando después de uno o dos años de vivir con éxito en esta comunidad, se le plantea el alta. Es decir el egreso. Al salir de la comunidad el sujeto se enfrenta a la calle, donde rigen otras leyes y otras reglas. La calle es el infierno. La calle es peligrosa. En los casos afortunados la familia del egresado puede ser capaz de ofrecer pertenencia, respeto y justicia con reglas que sean iguales para todos. O puede no ser capaz de ofrecerle eso. Al perder la suplencia que obtura la falta el sujeto vuelve de nuevo a sentir su vacío interior y su angustia sin nombre. La droga está allí a su alcance para aliviarle de su sufrimiento.

Los miembros de una comunidad que han sido consumidores de drogas pueden provenir de cualquiera de las tres estructuras Psíquicas inconscientes que he mencionado en capítulos anteriores. Algunos son simples neuróticos, otros son estructuras psicóticas compensadas y muy pocos son estructuras perversas verdaderas. Lo importante de reconocer las estructuras mentales inconscientes y sus diferentes mecanismos es que nos va a ayudar a ayudarles a encontrar una suplencia efectiva y duradera. Sabemos que los huecos de la mente no tienen compango. No tienen arreglo, son huecos estructurales. Están allí para permanecer, pero pueden ser obturados con una nueva suplencia no destructiva. Algunos de los consumidores recuperados con éxito dedican su vida a ayudar a otros consumidores. Se hacen terapeutas de nuevas comunidades. Así

pueden mantener activa su suplencia que les obtura la falta. Otros encuentran en el vínculo de amor, una relación muy estrecha tipo simbiótica que les obtura la falta. Otros lo encuentran en Dios al unirse y pertenecer a cualquier grupo o secta religiosa en la cual exista un régimen sincero de respeto y justicia visible [con reglas claras] que igual para todos. El reconocimiento del bien actuar y la afirmación de su ser, completan la ecuación para la pertenencia y la posibilidad de obturar el hueco.

TERCERA PARTE EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Capítulo 24 SUFRIMIENTO Y DOLOR PSÍQUICO

En el sufrimiento, visto desde el Psicoanálisis, no hay distinción entre el dolor psíquico y el sufrimiento humano. Ambos son conceptualizados de la misma manera: como expresión de un monto elevado de excitación en el sistema. Freud hablaba del eje placer-displacer y de la necesidad de mantener un equilibrio, es decir un monto de energía razonablemente estable. El hablaba de la necesidad de mantener la homeóstasis refiriéndose con esto a ese equilibrio del monto de energía estable en el sistema. El principio del placer-displacer, que tiene como tarea mantener la homeóstasis, se encuentra obstaculizado por el Principio de la Realidad que obliga al sujeto a enfrentar la frustración de sus necesidades y la insatisfacción de lo que el sujeto cree es su deseo. El dolor y el sufrimiento se presentan en el Yo como un afecto displacentero y pueden conceptualizarse al menos en cuatro formas.

Las cuatro formas del sufrimiento humano

- (a) La angustia [incluye las fobias y el miedo]
- (b) La culpa (incluye al masoquismo moral)
- (c) El duelo [referido a la pérdida de objeto]
- (d) El goce [refiere al concepto de Jouissance]

Capítulo 25

CLÍNICA DE LA ANGUSTIA

¿Qué es la angustia? Desde el punto de vista clínico y fenomenológico se trata de un <afecto displacentero> difícil de precisar en palabras pero cuyos efectos aparecen en el cuerpo y en el Yo. Es similar a la emoción del miedo, terror y pánico que son diferenciables según sea la intensidad del fenómeno, siendo el pánico el miedo más intenso. Debo dejar claro que estas emociones no son estrictamente sinónimos de la angustia. Estos son fenómenos afines pero diferentes, ya que en el miedo a diferencia de la angustia, el peligro está bastante identificado, sin embargo es capaz de aumentar el monto de excitación y por lo tanto de provocar dolor psíquico y sufrimiento. Pero volvamos a la angustia.

Correlato somático de la angustia

Es común que la angustia presente algún correlato somático que varía de intensidad y tipo según el sujeto. Por ejemplo la angustia puede aparecer como una sensación displacentera o dolorosa en el epigastrio, referido como un puñal o un apretado en esa zona, o una inesperada taquicardia, una molesta erección pilosa, o la aparición de la boca seca. Algunas veces se presenta una sensación de ahogo y falta de aire, otras veces deseos imperiosos de evacuar o de orinar, una molesta sudoración, una contracción molesta o dolorosa del esfínter anal. Una sensación de desmayo inminente y a veces pérdida del conocimiento. Una pérdida o disminución momentánea de la visión o de la audición. A veces una presencia de parálisis o paresia muscular transitoria. Percepciones extrañas auditivas, visuales o sensoriales, una desorientación en la percepción del tiempo y del espacio. Estados variados de confusión mental transitoria o una sensación de despersonalización momentánea, etc.

Freud y la angustia como pérdida

Freud revisó y cambió su concepto de angustia tres veces a lo largo de su vida. Sin embargo dos cosas se mantuvieron a lo largo de su obra. Encontramos que desde 1917 en sus <Conferencias introductorias> y después de su trabajo de 1926 titulado: <Inhibición,

síntoma y angustia> y aún después de 1932 en las <Segundas conferencias introductorias> y hasta 1939 en el <Esquema del Psicoanálisis>, la angustia sigue siendo una <respuesta del Yo ante el displacer> entendido como un aumento del montante de excitación [energía]. Freud, hasta el final de su vida considera al <Yo como el lugar natural de la angustia>. La describe como un <afecto> provocado por la pérdida o la separación del objeto y mantiene la idea de la angustia como una señal de peligro ante la castración y las pérdidas.

Tipos de angustia según Freud

Freud plantea en su conferencia de 1932 titulada: <Angustia y vida pulsional> lo siguiente: ... <Al estudiar las distintas situaciones de peligro, comprobamos que ha cada período del desarrollo le corresponde una angustia propia>. Entonces podemos decir con Freud lo siguiente: resulta útil desde un punto de vista clínico fenomenológico estudiar la angustia en sus tres niveles de tiempo lógico, los cuales corresponden a las tres formas de presentarse la pérdida o separación del objeto: (a) Angustia de Aniquilación (oral) (b) Angustia de Separación (anal) y (c) Angustia de Castración (genital).

Lacan y su teoría de la angustia

Para Lacan la angustia es conceptualizada de una forma diferente. En su Seminario X de 1963 dedicado al estudio de la Angustia, Lacan plantea que más que describirla o definirla, es necesario ubicarla en su posición estructural. Al igual que Freud dice que la angustia es un <afecto> cuya función mínima es ser una señal de algo. No de un peligro, sino de una hiper-presencia del objeto(a). Una omnipresencia en más del objeto-a, lo cual obtura la falta. Cuando Lacan dice que la angustia <es una invasión del Real sobre el Imaginario> está aceptando que su lugar natural es el cuerpo y el Yo (Je).

Si para Freud la angustia muestra la pérdida del objeto, para Lacan la angustia muestra, no la pérdida, sino la <presencia en más>. Esta presencia <en más> hace obstáculo para la aparición del significante de la falta. Sin la falta, el sujeto deja de ser deseante. En un

momento determinado al referirse a este punto Lacan habla sobre <la falta de la falta>. Sin la inscripción de la falta, el sujeto se encuentra en un infinito sin límites. Sin el significante de la falta, el sujeto se tropieza con el <unheimlich>, lo ominoso [lo siniestro]. La dialéctica entre la presencia y la ausencia del objeto, representada en el juego del carretel o llamado del Fort-da, permite al sujeto infante ratificar el significante de la falta, necesario para el sostén del deseo y el reordenamiento del mundo para el sujeto.

Cuando Lacan dice que <la angustia es la única forma subjetiva de la búsqueda del objeto perdido> plantea en una paradoja, que lo que se busca <no es el objeto, sino su ausencia>. Ya que su <ausencia-presente> introduce el significante de la falta. El falo como significante de la falta, pasa de ser un significante metafórico, a ser uno metonímico, ya que la falta [en tanto falo] se desplaza, circula está en todo lugar y en ninguno. Lo portan todos y a la vez no lo porta nadie.

Este objeto faltante soporte del deseo y ordenador del sujeto puede ser conceptualizado además de objeto fálico, como objeto pequeña-(a). Este objeto-(a), <es el objeto sin el cual no hay angustia>. Toda circunstancia que pretenda <colmar al sujeto> acarreará el surgimiento de la angustia. Así, en la lección del 5 de Diciembre del 1962 [Seminario 10], Lacan dice <que la angustia aparece en el colmo de la presencia de los objetos que no faltan>. Así, <la angustia es lo que no engaña, lo que se presiente y está fuera de duda>.

Capítulo 26

CLÍNICA DE LA CULPA

En psicoanálisis el concepto de culpa refiere a una tensión entre el SuperYo y el Yo. La culpa es de naturaleza inconsciente y se reconoce por sus efectos en el sujeto. Actualmente se puede decir con más precisión que la tensión ocurre entre el Yo como instancia psíquica y sus ideales, ya sea el Yo ideal o el Ideal del Yo. Es decir, ideales correspondientes al orden imaginario [i(a)] o simbólico [I(a)]. Las manifestaciones indirectas clínicas de <la culpa inconsciente> las encontramos en la necesidad de castigo. Así aparecen los que fracasan al triunfar, los delitos realizados por previos sentimientos de culpa, los sentimientos de odio a sí mismo que encontramos en el depresivo melancólico, la reacción terapéutica negativa y en las estrategias del sujeto masoquista.

Auto-reproches

Los auto reproches corresponden a una conciencia de culpa, es decir a un fenómeno que tiene plena cualidad de conciencia. En los auto-reproches no hablamos de la culpa inconsciente, sino plenamente consciente. Ocurre cuando el sujeto sabe que de acuerdo a sus valores morales y éticos [que son conscientes] los ha trasgredido y en consecuencia ha procedido mal. Sufre de auto reproches que generalmente lo llevan a una búsqueda de reparación del daño. Estos valores morales y éticos corresponden con los <Ideales del Yo> en su aspecto consciente. Son independientes de los sentimientos inconscientes de culpa y por lo tanto no corresponden con lo que el psicoanálisis refiere como sentimientos inconscientes de culpabilidad. Sin embargo es útil mencionarlos porque estos auto reproches son el único elemento de culpa que el sujeto reconoce en su conciencia.

Masoquismo Moral

El sufrimiento proveniente del Masoquismo Moral puede ser entendido como un síntoma ya que se trata del <sadismo vuelto sobre el sujeto> debido a sentimientos inconscientes de culpabilidad. Sigmund Freud ya había introducido en 1905 y luego amplió en

1924 su teoría del masoquismo humano. Allí Freud distinguió tres tipos de masoquismos: el masoquismo sexual, el moral y el femenino. En esta teoría, el masoquismo moral, es producto de un conflicto inconsciente de culpabilidad del cual naturalmente el sujeto no tiene consciencia.

Este conflicto de culpabilidad inconsciente empuja al sujeto a buscar formas de sufrir. Es decir una forma de expiación inconsciente. La paradoja nos muestra como este sufrimiento representa a la vez un alivio para el sujeto. Es necesario precisar que en esta <clínica del masoquismo> no encontramos ninguno de los elementos de la <lógica depresiva>. Es decir, no existe un desencadenante de fracaso, ni existe un predominio de vínculo de odio con el objeto, ni una autoestima disminuida. Al contrario el masoquista muchas veces muestra su gran autoestima, su posición de altruismo, hasta de morir por los demás, su afirmación en la vida y su capacidad de tolerar bien el dolor y el sufrimiento. Está claro que son dos tipos de clínicas diferentes. La <lógica masoquista> es una cosa y la <lógica depresiva> es otra. Así pues, los sentimientos de culpa inconsciente llevan al sujeto a una punición masoquista aparentemente absurda, a un castigo sin sentido, que solo se comprende cuando se descubren los sentimientos de culpa inconscientes que subyacen en la actividad masoquista moral. Este <masoquismo moral> es curable por el diálogo analítico. Esto se logra al resignificar los delitos imaginarios de la infancia.

Vergüenza

Es necesario distinguir la <culpa> de la <vergüenza> ya que no son la misma cosa. Ambas producen sufrimiento al sujeto. La culpa, como ya dije refiere al sujeto del inconsciente. Refiere a la tensión entre el <Yo> y sus <ideales>. La vergüenza se refiere al sujeto de la consciencia. Es una <tensión> entre el <Yo> y el <otro>. Se presenta clínicamente en el campo social. El sujeto se avergüenza ante la sociedad de pares que lo rodea, por las trasgresiones que el sujeto ha realizado a su propio código de ética. No toda respuesta de vergüenza es patológica. La presencia patológica de la vergüenza nos abre otro campo de trabajo. La patología de la vergüenza se encuentra en aquellos sujetos que regulan su autoestima en función

del otro. Es decir en función ser aceptados y queridos por el otro. No logran adquirir una cierta autonomía de su criterio de bien y mal que los llevaría al sentimiento de culpa. Estos sujetos atrapados en la dialéctica de ser aceptados por el otro, sufren de patología narcisista. No han logrado un acceso pleno a la triangularidad del Edipo.

Capítulo 27
CLÍNICA DEL DUELO

¿Qué es el Duelo? Refiere a una respuesta del Yo que aparece cuando se pierde el objeto. Es una reacción dolorosa con sufrimiento ante la pérdida del objeto y su metáfora fálica. El duelo no es considerado una enfermedad, ni nada patológico. Por lo tanto es necesario estar muy alerta y reconocerlo, sin confundirlo con un estado depresivo [que es otra cosa]. Sabemos que desde el inicio de la vida el objeto encuentra al sujeto y viceversa. Se desarrolla un proceso de vínculo al realizarse la catéxia objetal, es decir al investir de energía psíquica a la representación mental del objeto. El sujeto hace suyo por identificación una parte del mundo que lo rodea. A través de este mecanismo de identificación temprano se construye el Yo y se desarrolla la personalidad. Luego la vida ofrece de forma inevitable la experiencia de la pérdida del objeto ya desde la infancia. Aparecen las pérdidas inevitables de la vida. La pérdida al nacer [el trauma del nacimiento], el destete, La separación para ir al colegio, la pérdida de los amigos, la pérdida de objetos queridos. Esta pérdida es percibida por el Yo como un desgarró, una parte de sí que desaparece, que ya no es más. Es dolorosa y sufriente.

El Yo desarrolla la capacidad de tolerar las pérdidas que son inevitables y necesarias para continuar con el progreso de la vida. Así el niño pequeño elabora la pérdida del pecho [el destete] y luego la relación exclusiva con la madre cuando va al pre-escolar. A veces la pérdida involucra la muerte de un ser querido. Este trabajo de aceptar y elaborar las pérdidas se llama <trabajo de duelo>.

El trabajo del duelo exige al sujeto doliente de retirar las cargas afectivas [las catéxias objetales] del objeto perdido y transferirlas a un nuevo objeto. Este trabajo de duelo toma su tiempo variable para cada persona. Es usual que en el caso de la muerte de un ser querido, el sobreviviente, durante el transcurso de un año, haya terminado con su trabajo de duelo. Si se prolonga más tiempo es posible pensar en un duelo patológico que por alguna razón no logra concluirse. Generalmente se trata de relaciones de objeto simbióticas con el objeto perdido y eso demora más el trabajo del due-

lo. Otras veces se trata de un vínculo afectivo ambivalente, con odio oculto o reprimido que demora ese trabajo.

El vínculo de odio con el objeto perdido va a provocar un obstáculo en ese trabajo del duelo. La culpa con el objeto perdido problematiza este mecanismo de duelo. Aparecen así los <duelos patológicos> que prolongan el dolor y sufrimiento del sujeto, a veces con castigo y auto punición.

Capítulo 28
CLÍNICA DEL GOCE

¿Qué es el Goce? Empecemos por decir que el sufrimiento psíquico refiere como ya he dicho a <un exceso en el monto de energía psíquica que el sistema tiene en un momento dado>. La angustia, la pérdida y la culpabilidad pueden causar sufrimiento. Sin embargo el sufrimiento psíquico puede existir en ausencia de todas ellas.

La teoría del Goce en francés llamado originalmente <Jouissance> es introducida en psicoanálisis por Jaques Lacan en su célebre seminario de la Ética [Seminario 7 de 1960]. Esta innovación teórica representa una contribución muy importante al psicoanálisis ya que nos va a permitir avanzar en el estudio del sufrimiento psíquico. En la clínica psicoanalítica actual existen sujetos que no pueden escapar de la necesidad de sufrir. Es más, para mantener su equilibrio psíquico necesitan sufrir. Al estudiar estos casos encontramos que no corresponden al masoquismo clásico freudiano ya que no encontramos indicios de sentimientos inconscientes de culpabilidad. Sin embargo la permanente búsqueda de sufrimiento se mantiene presente.

Lacan introduce su teoría del goce como un fenómeno estructural del cual ningún ser humano puede escapar. Siguiendo a Freud, Lacan plantea que es un algo implícito en la lógica de la pulsión. Se ubica en un más allá del principio del placer freudiano (Freud, S. 1920). Toda persona tendría un montante de goce en su vida cotidiana. Este goce está más allá del placer, es decir se plantea como una forma especial de <regodeo en el sufrimiento>. Cuando el montante de goce es elevado el analizando se nos presenta con una clínica similar a la depresiva: una situación de vida que inevitablemente le conduce al sufrimiento, una <incapacidad de resolver la situación> porque en el fondo no desea resolverla, la paradoja nos muestra un deseo de no seguir viviendo de esa forma, ya que se encuentra atrapado o atrapada a veces con llanto, otras veces no, con una interferencia de la alegría de vivir.

La historia de infancia revela la presencia de serias dificultades en los primeros años de vida. Así encontramos historia de abandonos,

carencias y pérdidas graves. Historia de guerra, muerte, pobreza. Separaciones traumáticas de los padres con abandono afectivo. Drogadicciones y patología mental grave de los padres. Este panorama de temprana infancia introduce <un montante cotidiano de sufrimiento> que queda inscrito en la estructuración de la personalidad durante el temprano periodo de infancia. Por razones del azar de la vida, otros sujetos tienen en su historia de infancia un monto de sufrimiento <menor>.

Lo importante es que este goce, entendido como una forma especial de sufrimiento <es necesario para el equilibrio psíquico de estos sujetos>. Por lo tanto no es un síntoma y no puede ni necesita de ser curado. Solo hay que entenderlo y aceptarlo.

Muchos de estos analizandos durante el proceso analítico aumentan el conocimiento que tienen de sí mismos. Abren nuevas oportunidades para vivir mejor. Rescatan mucha de la capacidad de placer ubicada en su vida sexual, pero no logran deshacerse de su necesidad de sufrir, es decir de su Goce. <Su necesidad de goce es parte de su ser, necesaria para su equilibrio psíquico>. Es útil aclarar que estos analizandos no presentan una dinámica de odio al objeto, ni a sí mismos. No presentan una disminución de la autoestima. Así pues el estado de goce, no es un estado depresivo per se, ni un estado masoquista.

Alivio del estado de goce

La pregunta de si el analizando demanda el alivio de su estado de goce es una pregunta aceptable. A su manera, los analizandos demandan ser curados de su vida de sufrimientos. En un primer momento no está claro de cuál sufrimiento se trata. En los inicios del análisis puede encontrarse que el sufrimiento sea predominantemente masoquista [presencia del masoquismo moral] producido por los sentimientos de culpa originados por ejemplo en su vida sexual. Podrían tener una moralidad sexual muy estricta, tributaria del Yo Ideal [narcisista]. Esta moralidad estricta se puede ir actualizando progresivamente, al ir resignificando la subjetividad de sus referentes idealizados en la infancia. Al levantar la severidad de sus represiones sexuales, construidas en su infancia, se puede conocer-

se la naturaleza de los deseos sexuales propios, y por esta vía se abre a la travesía del fantasma. Posteriormente el analizando puede comenzar a discriminar otro tipo de sufrimiento proveniente del <estado de Goce>. Ese sufrimiento es reconocido como tal, sin embargo no accede a la curación. El sujeto tendrá que aprender a vivir con su montante de goce.

Placer y Goce

Juan David Nasio discípulo de Lacan, plantea por allá en el año de 1995 algo que yo había defendido desde hacía muchos años. Dice Nasio siguiendo a Freud que <el placer equivale a una disminución del monto de tensión [energía] que lleva a la homeóstasis>. Mientras que <el goce equivale a un monto de tensión de energía, que aumenta> en el cual <el cuerpo es puesto a prueba>. El placer es <decididamente transitorio>, mientras que el goce es tan <radicalmente permanente> y en su expresión <se vuelve atemporal>. El placer pasa y desaparece, mientras que el goce es una tensión adherida a la vida misma, que tiene carácter de permanencia y asemeja a una repetición [que no es].

Sufrimiento y las ideas religiosas

Las tres grandes religiones monoteístas otorgan un lugar de importancia en su planteamiento teológico al sufrimiento humano, pero en lo personal encuentro que este sufrimiento es explicado insuficientemente por los sentimientos de culpa ancestrales, inconscientes. Todas ellas otorgan una culpa original que es fundante del ser. Esta culpa ancestral se debe a la conducta de Adán y Eva en el Paraíso. Naturalmente entendida como metáfora.

Desde entonces la vida en este mundo [que es considerada transitoria y breve] es definida por acción de esta <culpa> ancestral como causante del inevitable <valle de lágrimas> en el cual, el arrepentimiento sincero y la penitencia sincera, podrían lograr la salvación del sufriente. Jesús de Nazaret en su pasión <sufre y muere> para redimir los pecados del mundo. Es decir para lograr el <perdón de los pecados> y redimir la <culpa> de toda la humanidad, sea esta de judíos o gentiles. Así, el Judaísmo, el Cristianismo y el Islamis-

mo, religiones monoteístas desarrolladas con un tronco común, desde entonces, van por la misma senda de <la teología de la salvación>. Estas ideas religiosas ofrecen la visión de un ser, que inevitablemente está orientado a vivir en sufrimiento.

Otra forma de explicar o comprender el inevitable sufrimiento humano había aparecido quinientos años antes del nacimiento de Jesús de Nazaret. Allí, al norte de la India en las laderas del Himalaya, había nacido un niño del clan Brahmánico Gotama, que fue llamado Siddharta. A los 29 años de edad fundó una nueva religión que más bien podría considerarse una nueva filosofía ya que es más una sabiduría, fundada en la palabra y el conocimiento, que una Fe religiosa. Lo interesante para nosotros en esta investigación psicoanalítica sobre el sufrimiento humano es que el budismo que fundó Siddharta se basa en una enseñanza que es específica del inevitable sufrimiento humano. Eso es lo relevante para este trabajo sobre el sufrimiento humano.

Sobre el Budismo y su relación con el sufrimiento

Siddharta Gotama, más conocido como el Buda o el Iluminado, transmitía sus enseñanzas de forma oral, por lo que al morir no dejó ningún testimonio escrito de sus ideas y pensamientos. De ello se encargaron más tarde sus discípulos. Los elementos centrales en los que se basaba la <Iluminación del Buda> estaban relacionados con llegar al conocimiento de las denominadas <cuatro verdades fundamentales>:

(1) <La vida es sufrimiento> Esta afirmación va más allá del simple reconocimiento de la existencia del sufrimiento en la vida y se refiere más bien a que <la existencia humana es intrínsecamente dolorosa> desde el momento del nacimiento, hasta el de la muerte.

(2) <La causa de este sufrimiento> radica en el hecho de que el hombre desconoce la naturaleza de la realidad. Creo que esta afirmación se refiere a desconocer la naturaleza de su deseo, y por ello siente ansiedad, tiene apego a las cosas materiales y padece de la codicia.

(3) <Se puede poner fin al sufrimiento> si el hombre logra superar su ignorancia e ir más allá de las ataduras mundanas.

(4) <El camino para dar fin al sufrimiento> es el camino de las ocho etapas, que consiste en tener una adecuada visión de las cosas, buenas intenciones, un modo de expresión correcto, realizar buenas acciones, tener un modo de vida adecuado, esforzarse de forma positiva, tener buenos pensamientos y dedicarse a la contemplación del modo adecuado. Generalmente, estos últimos ocho puntos se resumen en tres categorías que conforman el pilar central del budismo: la moral [refiere una ética], la sabiduría y la concentración [refiere a la meditación: es decir a poner la mente en blanco].

Como vemos, estas enseñanzas de Siddharta coinciden en su planteamiento de sufrimiento inevitable, con la teoría reciente del Goce tal como lo hemos descrito en el acápite anterior en donde el equilibrio psíquico del ser humano requiere inevitablemente de un cierto monto de sufrimiento para sostenerse.

Capítulo 29
CLÍNICA DE LA FELICIDAD

Como hemos visto en los capítulos precedentes el sujeto no puede evitar vivir en un relativo estado de sufrimiento. Este sufrimiento puede aparecer por la vía del trauma psíquico, del conflicto psíquico o del defecto estructural. Sabemos que el monto de sufrimiento varía de acuerdo al principio del caso por caso. El monto de este sufrimiento inevitable, solo puede en el mejor de los casos, ser modulado y disminuido, pero no es posible desaparecerlo. Entonces me pregunto: ¿Acaso existe el acceso a la felicidad?

En su vida diaria el sujeto va a insistir en la búsqueda de un estado relativo de paz y tranquilidad. Eso es posible encontrarlo con un poco de aprendizaje en el saber vivir que a veces es llamado la sabiduría de vivir. La paz mental se define por la ausencia de sentimientos de culpa. La tranquilidad mental aparece con la ausencia transitoria de la angustia. El sujeto aprende que la alegría, el placer y el bienestar dependen de los acontecimientos que traiga la vida cotidiana. Por lo tanto la paz y la tranquilidad mental son asuntos por los cuales el sujeto puede trabajar para lograrlos. El sujeto aún consciente de esta realidad subjetiva siempre va a buscar un algo más, un algo perdido que llaman la felicidad. Pienso que el sentimiento de felicidad existe y aparece solo por breves momentos en la vida del sujeto. Por lo tanto el sentimiento de felicidad es puntual y surge como consecuencia de la aceptación de ser lo que somos. Estos momentos de felicidad refieren a la presencia involuntaria de ciertas percepciones. Estas percepciones son extrañas y ocurren con una sobrecarga de energía de ese momento de vida. Con esa percepción actual se establece de forma involuntaria una relación inconsciente [no voluntaria] con trazos de memorias y fantasías que provienen de una época de infancia. A veces son fantasías del periodo pre-verbal las cuales se encuentran reprimidas y olvidadas.

Se trata de un encuentro momentáneo entre el pasado y el presente. Es un fenómeno mental involuntario, inconsciente e irrepetible, en el sentido de que siempre será una experiencia nueva. No idéntica a la anterior. Por eso es que podríamos decir que el estado momentáneo de felicidad trata de una experiencia narcisista del suje-

to. La facilidad o disponibilidad que el sujeto tiene para la despersonalización y para una regresión transitoria, es lo que va a ayudar a la aparición de estos momentos breves de felicidad o también llamados momentos de éxtasis. Las personas que se controlan mucho a sí mismas, pueden encontrar obstáculos para tener este tipo de experiencia regresiva y de éxtasis. Alguna vez preguntaron a Sidharta Gautama <El Buda> sobre su felicidad. El contestó que en total, sumando los momentos de felicidad de toda su vida, podría decir que había tenido una dos horas de felicidad en toda su vida.

Fantasías infantiles y armonía del Yo

Sigmund Freud decía en 1898 en su carta número 82 enviada a su amigo de Berlín Wilhelm Fliess⁸⁸, que <la felicidad aparecía con la satisfacción de una fantasía infantil>. Freud se está refiriendo a un fenómeno mental donde se encuentran <el pasado y el presente> en un solo instante. Por ejemplo, aquel momento de felicidad que aparece cuando <se observa momentáneamente la lluvia> o se escuchan <los ruidos o los olores de un atardecer>. En ese momento el sujeto cae en éxtasis. Se podría pensar que allí se han encontrado en forma espontánea involuntaria el presente y el pasado. El tiempo se comprime en esa experiencia. Helene Deutsch en 1927 decía <que los momentos de felicidad surgen como efecto de la armonía interior del Yo>. Esto concuerda con la idea que aquí he propuesto sobre la <aceptación de uno mismo>.

⁸⁸ Otorrinolaringólogo berlinés [nacido en Polonia] autor de teorías inéditas sobre la <bisexualidad fisiológica constitucional> de todo individuo, teorías sobre <la periodicidad biológica> específica en todo sujeto, categorizada como ley fundamental según el modelo de los ritmos mensuales femeninos y teorías inéditas sobre <la correspondencia estructural> entre <los órganos genitales y los cornetes de la nariz>. Fue amigo íntimo de Sigmund Freud. Mantendrían correspondencia de 1887 a 1904. En esa correspondencia se deja entrever su influencia en las ideas novedosas que tendría el creador del psicoanálisis. Así como la importancia de Fliess en su presencia epistolar para el autoanálisis de Sigmund Freud.

La demanda y el estado de felicidad

Está claro por lo que he presentado en los párrafos anteriores, que la felicidad no aparece cuando se evita el dolor psíquico y se satisfacen las necesidades biológicas. La ausencia de dolor y sufrimiento lleva a un estado que podríamos llamar de bienestar. La felicidad tampoco refiere al <estado de alegría> ya que ésta es un sentimiento que acompaña a la satisfacción de la demanda. Igualmente el <estado de infelicidad> no aparece por la presencia de la tristeza. Se puede estar triste y a la vez tener un momento de intensa felicidad y éxtasis.

Relación entre el amor y la felicidad

Sabemos que en el amor de pasión el sujeto hace uno con el otro. Los sujetos en este estado de pasión de amor pueden sentir <momentos de alegría y placer> que surge en el encuentro deseado de los cuerpos. La experiencia sexual de tipo genital, con plenitud orgástica puede tener <momentos regresivos> que llevan al sujeto a un <estado de éxtasis> momentáneo.

Hacer el bien y la felicidad

La idea del <bien> y del <mal> deriva de los valores éticos, sociales y religiosos que constituyen nuestros ideales. Como todos sabemos, estos valores e ideales son arbitrarios. Es útil conocer estos 'valores personales' para así conducir nuestros actos según nos parezca conveniente. También sabemos que las ideas <del bien> y <el mal> varían según las culturas y las épocas. Lo que es <bien> para un sujeto o para una cultura, puede ser <mal> para otra. Para algunas personas hacer el bien y vivir una vida virtuosa les produce momentos de bienestar. Esto solo quiere decir que <su acto es harmónico con sus ideales>. Pero como ya he planteado, la idea de la felicidad refiere a otra cosa.

El éxtasis místico y la felicidad

El <éxtasis místico> descrito para nosotros por Santa Teresa de Avila y por San Juan de la Cruz, sugiere que se trata de un encuen-

tro con Dios. El sujeto en ese momento hace una unidad con la vivencia de Dios y encuentran en ese momento <la suprema felicidad>. En esta <experiencia mística> por efecto de una regresión transitoria, el sujeto se disuelve en el otro, en el <ser supremo divino>. Este tipo de experiencia, el de hacer <unidad con Dios> se encuentra usualmente en las personalidades narcisistas. Los religiosos y los místicos realizan ejercicios de meditación en <estado de mutismo> y en <aislamiento social>, sin ingesta de alimentos y sin permitir el sueño. Estos ejercicios espirituales tienen como propósito provocar un <estado regresivo> que es lo que va a facilitar el encuentro con Dios. Ocurre una pérdida de la alteridad con los ideales.

El Psicoanálisis y la felicidad

La demanda de Psicoanálisis incluye un pedido de alivio al sufrimiento. La mayoría de los pacientes desean encontrar <el secreto de la felicidad>. Creen que el analista lo posee y que seguramente se lo dará. La realidad es otra. Sucede que el analista solo ofrece <la búsqueda de una verdad perdida>. Esa verdad que solo se encuentra en el inconsciente del analizando. Es decir el analista no le ofrece la felicidad. Sin embargo al final del análisis, después de haber pasado por el proceso analítico y haber actualizado sus ideales infantiles, el analizando puede llegar <a aceptarse a sí mismo>, tal como és. Esta aceptación de sí mismo le abre la posibilidad de encontrar sus momentos de felicidad.

El estado de infelicidad

Sigmund Freud dijo en la carta mencionada a Fliess de 1898 que el Psicoanálisis podía transformar la incapacidad y la agonía neurótica, en una <infelicidad común>. Aquí Freud plantea lo común de la infelicidad que se iguala con el sufrimiento humano común.

Sobre la insatisfacción, la voracidad y la felicidad

Sabemos que el deseo es insatisfacible, de tal manera que nadie puede estar completamente satisfecho. Así pues es inevitable que con el diario vivir aparezca la frustración de algo. Esto se puede

percibir como sufrimiento. Pero se puede aprender a tolerar ciertos niveles de insatisfacción y sufrimiento y a la vez <estar en paz> con uno mismo. Esto va a permitir poder acceder a <los momentos de felicidad> que la vida nos depare.

Por eso es útil aprender a distinguir diferentes tipos de insatisfacción. Existen personas que han padecido serias frustraciones y carencias en la temprana infancia, estos sujetos sufren de <voracidad> y se muestran incapaces de tolerar la frustración. Son seres insaciables. Este fenómeno de la <voracidad> nos abre a un nuevo problema: a los que nunca están satisfechos y siempre quieren más y más. El tener todo no les es suficiente. Esta voracidad va a obstaculizar el acceso a <la aceptación de sí mismos>. Sin eso, es difícil tener acceso a los pocos momentos de felicidad que la vida nos depara.

La maldad y la felicidad

Pienso que la maldad humana tiene una amplia presencia en este mundo. La capacidad de maldad que un sujeto pueda tener es un asunto derivado de las vicisitudes traumáticas del desarrollo temprano del bebé. No es un asunto de simple origen pulsional. El maltrato al niño, el abuso de los padres sobre sus hijos y las excesivas experiencias de <angustia de muerte> en el pequeño niño, darán posteriormente en la vida, origen a los seres malvados. Estos seres tendrán inevitables niveles de <envidia> y <resentimiento social>. Este resentimiento los lleva a desear <el exterminio> del otro odiado. Esto va a dar origen a las persecuciones, al racismo, al sexismo, y al holocausto. La pregunta más difícil es: ¿Puede el odio al otro, producir felicidad al malvado? A la verdad que no lo sé. Pero pudiera ser que el ser malvado encuentre un momento de felicidad cuando se comprime el tiempo y el pasado lleno de odio se encuentra con el presente, donde el malvado desahoga ese antiguo odio en el objeto actual y encuentra su extraño momento de felicidad. O quizás solo de placer.

La angustia que hace obstáculo a la felicidad

El miedo insuperable es la emoción más negativa y dañina que tiene el ser humano. El miedo insuperable es capaz de producir la demora y a veces la renuncia a las buenas oportunidades que trae la vida. Ese miedo excesivo impide o limita seriamente la toma de riesgos. El miedo va a poner una restricción al <dejarse ir> en momentos de riesgo regresivo y eso va a limitar los posibles <momentos de felicidad>. Sabemos que el miedo es una de las cuatro emociones básicas del hombre y todos hemos experimentado el miedo alguna vez. Sin embargo existen seres que lo padecen en exceso. Los paraliza y surge lo que se llama <la cobardía>, que no es más que la incapacidad de vencer el miedo. El miedo de morir, da paso al miedo de vivir. Por esa vía nos abrimos a una existencia insegura. El ser inseguro es un ser que no se acepta a sí mismo. Su inseguridad da testimonio de la existencia de una exagerada <exigencia moral y ética> de la cual no encuentra salida fácil.

La desesperanza y la felicidad

El Psicoanálisis plantea que la desesperanza aparece cuando el sujeto <renuncia a ser amado por el otro>. Muchas veces este mecanismo mental de la renuncia a ser amado aparece como un resultado del odio a sí mismo. Este odio a sí mismo a su vez es el resultado de las múltiples experiencias tempranas de frustración alimenticia y de carencias tempranas que obstaculizan <el amor a sí mismo> y la aparición saludable del sentimiento de pertenencia. Esto dificulta los momentos de felicidad.

Las quejas crónicas que asemejan infelicidad

Las <lamentaciones interminables> y las <quejas repetidas> que se expresan en voz alta son dichas especialmente para ser oídas por la misma persona que las pronuncia. Estos sujetos quieren oír su propio lamento. Es una forma de dar testimonio de su violenta inconformidad histórica por las carencias y los traumas sufridos en la infancia. A veces la queja crónica convierte al quejoso en una falsa víctima, y al que escucha en un falso victimario. La queja crónica se

roba el espacio para los posibles momentos regresivos <de felicidad>.

El sufrimiento y el espacio para la felicidad

Como ya he dicho <el goce> introducido al psicoanálisis por Lacan, refiere a un <monto necesario de sufrimiento> que el ser humano necesita para funcionar de manera óptima. La presencia de este <Goce> no impide los posibles momentos de <felicidad>.

Las pérdidas necesarias y la felicidad

La vida es una cadena interminable de pérdidas. Cada pérdida va a abrir nuevas experiencias y oportunidades. La capacidad del sujeto de elaborar las interminables situaciones de pérdida le va a permitir reordenar su psique con nuevas realidades identificatorias. De esta forma el sujeto progresa en la capacidad de conocimiento y expansión de su psique. Para tolerar y elaborar las pérdidas se necesita un manejo apropiado y una tolerancia a los niveles de angustia producidas por la pérdida y el fracaso transitorio. La incapacidad para asimilar las pérdidas va a resultar en un obstáculo para la integración y armonía del Yo. Esta falta de armonía interior del sujeto va a dificultar abrir un espacio para los posibles momentos de felicidad.

La búsqueda de la felicidad

Muchos piensan que los momentos de felicidad no existen. Otros piensan que esos momentos llegan solos. A veces llegan y no son reconocidos como tales. La verdad es que <no existen> herramientas para la búsqueda de la felicidad. Sin embargo es recomendable saber algo de esa supuesta felicidad, tener plena consciencia <del derecho a esos momentos> llamados <de felicidad>. Ahora bien, sabemos que los momentos de <felicidad> son involuntarios y ocasionales y además sabemos que se requiere de una <aceptación de sí mismo>. Por eso es recomendable desarrollar cualquier método para <aumentar el conocimiento de sí mismo> lo cual podría aumentar la posibilidad de aceptación de sí mismo y por esa vía se hacen posibles los breves momentos de felicidad.

CUARTA PARTE

EL PROBLEMA DE LA ETIOLOGIA VISTO DESDE EL PSICOANÁLISIS

Capítulo 30 LÓGICA DE LA CAUSA

El propósito de este capítulo es ofrecer una visión de la etiología vista desde el Psicoanálisis. En relación al delicado problema del concepto de salud mental, visto desde el Psicoanálisis se hace necesario que estemos dispuestos a actualizarnos. Empecemos por el principio. Todos sabemos que en relación al concepto de la 'normalidad' del funcionamiento de la mente humana, nos encontramos en un terreno controversial. Aquí me voy a permitir hacer una o varias propuestas que son personales. Es decir, muchos otros analistas, podrían estar en desacuerdo conmigo.

Digo lo siguiente: si me baso en la idea de que el Psicoanálisis promueve el cambio, la transformación de aspectos de la mente a través de un trabajo del inconsciente, entonces puedo decir que este trabajo abre la posibilidad al sujeto a que se conozca a sí mismo y se acepte tal cual es. Este trabajo es logrado con el diálogo psicoanalítico, el cual va a ayudar a la toma de consciencia. Esta toma de consciencia es también llamada el darse-cuenta o insight. Este insight ocurre conjuntamente con una experiencia emocional dentro del sujeto que va a ser llamada el hacerse-cargo. Ambos mecanismos llevan a cada sujeto a modificar la crueldad natural de su propio SuperYo infantil. Esta modificación lograda por el dialogo psicoanalítico, le da al sujeto, la fortaleza necesaria para tolerar emociones dolorosas como la angustia y la tristeza, y permite buscar soluciones a los problemas cotidianos de la vida, sin incapacitarse. Por otro lado, está claro que el concepto de normalidad y de salud ofrecido por la Medicina y la Psiquiatría en los Manuales de Diagnóstico estadístico, se proponen y se sostienen solamente como una propuesta genérica y universal.

Es un algo que sería igual para todos, según el listado de los síntomas, vistos estos síntomas, desde una perspectiva epidemiológica de base estadística. Me refiero, a que en relación al capítulo de la salud mental, se considerarían enfermas o anormales, a todas las conductas y maneras que quedan fuera de la 'dispersión estadística' de la campana de Gauss.⁸⁹ Este concepto de salud mental y de normalidad en la Medicina, se sostiene en lo general y no se sostiene en lo particular de cada uno. Entendemos que estos diagnósticos médicos psiquiátricos de 'Códices o Manuales' basados en síntomas, los cuales están definidos por la dispersión estadística campana de Gauss, no son más que una guía general para los psiquiatras médicos y para las cuestionables estadísticas psiquiátricas hospitalarias. Hay que admitir que esta guía de diagnósticos es necesaria solo para ser utilizada en las decisiones financieras de los diversos sistemas públicos y privados de salud y además en las decisiones de inversión de las transnacionales farmacéuticas.

Pero está claro, que no son útiles, para la comprensión de lo que pasa en lo particular de cada uno de nuestros pacientes y son menos útiles en el manejo del proceso analítico. Para eso se necesita de la comprensión dinámica que incluye el trabajo del inconsciente y de todo aquello que ocurre con 'esa persona en particular' incluida naturalmente la específica historia de infancia de cada sujeto. Aquí es útil presentar un ejemplo clínico. Sabemos que la envidia temprana es la base del resentimiento en los seres humanos. Todo esto, dentro de la diversidad del ser, ya que todos hemos padecido en los primeros seis meses de la vida algo de hambre y por lo tanto aparece la envidia en intensidad variable.⁹⁰ El monto de esta envi-

⁸⁹ Curva típica, también denominada <campana de Gauss> en honor al matemático alemán Carl Friedrich Gauss quien la describió. Refiere a la distribución media o promedio de las características de una data determinada cuya dispersión gráfica produce una figura tipo acampanada. Lo normal es lo que cae dentro de la campana. Lo anormal cae fuera de la campana.

⁹⁰ El concepto de la envidia como un mecanismo mental primitivo fue originalmente propuesto en psicoanálisis por Melanie Klein. Ella presentó la idea de que durante el primer año de la vida el bebé produce con el pecho alimenticio tres tipos de vínculos emocionales: <envidia celos y rivalidad> según sea la relación de objeto: monádica, diádica o triangular. La envidia se define por su inevitable componente destructivo. No así los celos y la rivalidad.

dia hace la diferencia en relación al monto de resentimiento particular que tenemos cada uno de nosotros. Esto no es medible en la campana de Gauss.

Estas involuntarias experiencias infantiles producen diversas conductas y para el enfoque psiquiátrico estas se pueden ver como síntomas o como presencia de cierta patología. En Psicoanálisis pensamos que estas conductas son formaciones de carácter y no son formaciones de síntomas. Ninguna de estas diversas formas de evolución en la vida de una persona tiene que ser considerada patológica o enfermiza por el simple hecho de que su conducta cae fuera de la dispersión estadística de la campana de Gauss, es decir fuera de la normalidad. Es útil aclarar que existen ciertas patologías cerebrales orgánicas que pueden y producen síntomas en el campo de lo mental. Es decir existen patologías psiquiátricas cerebrales [no mentales] que tienen una causalidad orgánica. Esos casos de etiología orgánica, no son a los que se refiere la teoría psicoanalítica. Generalmente [no siempre] el Psicoanálisis teoriza y trabaja con personas que no tienen una patología orgánica cerebral.

De todo esto se desprende que para el psicoanálisis la salud mental no es definida por la presencia o ausencia de los síntomas. La salud mental se define por la aceptación que el sujeto tiene de sí mismo.

Ciertas conductas extravagantes y raras [llamadas psicóticas] pueden terminar violando el código social vigente resultando en conductas inaceptables para el común de la sociedad. La sociedad es clara en su código de conducta cívica, e igual de clara es el código de conducta religiosa. Si la conducta de un individuo, viola las expectativas de su propia familia, de los códigos de conducta social de su comunidad, de los códigos de conducta religiosa o incluso los códigos de conducta de un régimen político, el problema es con la familia, con la sociedad, con la institución religiosa o con el régimen político. Pero de ninguna manera esto significa que la persona carece de salud mental. Sencillamente ese sujeto no desea seguir esos códigos de conducta pre-establecidos según la cultura, la religión o la política de su comunidad, y decide seguir, los códigos propios según lo dicte su propia ideología. Su ética se fundamenta en

seguir los dictámenes de su propia conciencia, de sus propios valores. Entiendo que es inevitable que esta decisión del sujeto, lo coloque en situación de ser un excluido social, pero estemos claros, eso no significa que carece de salud mental. Aparecen los seres ex-céntricos y los llamados presos de conciencia. Aparecen las conductas radicales producidas por ideologías, que no significan la presencia de enfermedad mental.

Ubicación del Examen Mental

El cerebro es un órgano biológico y la mente no lo es. Es necesario insistir en que el psicoanálisis propone que la mente es un aparato virtual llamado aparato mental. El cerebro es un órgano de la biología. Por eso entiendo que cuando hablamos del examen mental en Psiquiatría nos referimos al examen de ciertas 'funciones cerebrales' que están asentadas en el funcionamiento cerebral. Tal como ocurre cuando se evalúan las funciones de la orientación temporal-espacial, las características de la memoria, de la atención, de la concentración, del pensamiento, las funciones sensorio-perceptivas, la capacidad de síntesis y de juicio crítico y de otras funciones cerebrales más. A esas 'funciones cerebrales' al igual que otras, tales como las características funcionales de los órganos de los sentidos [como la visión y la audición], agregando la evaluación de las funciones motoras, funciones del equilibrio, capacidades de sensibilidad corporal. Está claro que a esas funciones cerebrales se les puede aplicar la lógica de la 'dispersión estadística' de la campana de Gauss. Por esta vía estadística se puede conocer la respuesta promedio ubicadas dentro de la dispersión de la campana de Gauss y que en el examen mental van a representar la norma. Al tener definida la norma, por contraste vamos a tener 'lo que no es la norma', es decir la anormalidad. En biología esto puede ser aceptable. Así pues el examen mental es un examen de funciones biológicas cerebrales.

Hasta ahí se puede hablar de la normalidad basada en el promedio de las respuestas estadísticas que miden esas funciones cerebrales. Pero intentar aplicar esos criterios estadísticos de normalidad al funcionamiento de la mente, que repito no es el cerebro, resulta ser equivocado y por lo tanto es inaceptable.

Normalidad, sin campana de Gauss

Así, ese razonamiento de la lógica de Gauss no aplica para el estudio de los mecanismos de la mente. Intentar evaluar por este método, la normalidad, el promedio, de por ejemplo la dialéctica del deseo humano o la ambivalencia del amor y el odio hacia un objeto, no es posible.

Ernest Jones⁹¹ en 1931 termina por decir que 'la mente normal es una utopía, es decir no existe'. Se anticipó a la opinión que Sigmund Freud expresara en 1937 cuando este dijo 'que un Yo normal, es como la normalidad en general, no es más que un ideal' [es decir no existe].⁹² Como ejemplo de este argumento puedo decir que se puede determinar en forma estadística, el promedio y dispersión estadística del peso de un cerebro humano, en tal o cual edad. Aquellos cerebros que están fuera del promedio y por fuera de la dispersión de la campana de Gauss, serían simplemente anormales. Pero ocurre, que la mente es un fenómeno virtual, a la cual, como ya hemos visto, no aplica esta lógica estadística. Por lo tanto todo sujeto en su inmensa diversidad es 'un ser natural'. Con esta palabra 'natural' quiero decir que es 'un ser normal en relación a sí mismo' aunque sea único en la infinita diversidad de lo humano y su conducta sea extravagante y rara. Es decir alejada de la realidad ordinaria y que hasta podría ser catalogada de ser una conducta excéntrica que en el fondo no significa más que 'una conducta distinta al resto de la comunidad'.

En conclusión: la presencia o ausencia de una patología mental o llamada anormalidad mental en un sujeto, va estar determinada, por la aceptación que el sujeto tenga de sí mismo. Si no se acepta a sí mismo, en su diversidad, entonces algo anda mal, en él o ella, y seguramente pedirá ayuda. En ese caso podría hablarse de tal o cual patología mental. Si el sujeto 'se acepta a sí mismo' se podría decir que 'disfruta de salud mental' y si su conducta extravagante

⁹¹ Ernest Jones (1931): The concept of a normal mind. *International Journal of Psychoanalysis* Vol. 23:1-8

⁹² Freud, Sigmund (1937): Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*. Amorrortu Editores B.A.

crea disrupción social, religiosa o política, entonces el problema es municipal y de sus correspondientes códigos sociales, religiosos o políticos, pero no constituyen enfermedad mental.

Sigmund Freud introduce temprano en su obra el concepto de las <series complementarias>. En esta propuesta teórica de las series complementarias encontramos que <la causa de las distintas dificultades> del óptimo funcionamiento psíquico <no es una sola> sino la sumatoria de distintas noxas. Así en esa sumatoria freudiana vamos a encontrar aspectos genéticos con sus correspondientes defectos hereditarios, defectos congénitos orgánicos adquiridos, también pueden presentarse diversos tipos de daños ocurridos en la vida intrauterina o las características inusuales del parto y luego del amamantamiento. Al igual que las difíciles relaciones a veces dañinas con la figura de la madre y luego con la del padre y finalmente con los hermanos, refiriéndome a lo fraterno.

Todo esto constituye ‘múltiples factores causales’ que representan las distintas dificultades que encontramos para la constitución y luego para el funcionamiento óptimo de la mente humana. Todos estos distintos factores van sumando experiencias inusuales que pueden ordenarse en tres acápites fundamentales:

- (a) El trauma psíquico
- (b) El Conflicto psíquico
- (c) El defecto psíquico

Estos tres factores o <tipos de causa> se complementan uno al otro, es decir no son mutuamente excluyentes, por lo tanto son factores complementarios. Además son factores universales ya que todos nosotros en la constitución de la psique tenemos algo de estos tres factores. Desde un punto de vista del psicoanálisis es necesario precisar la metapsicología de cada uno de estos tres acápites. Me voy a referir por separado a cada una de ellos.

Capítulo 31
CLÍNICA DEL TRAUMA PSÍQUICO

Naturaleza del Trauma Psíquico: Refiere a la incapacidad del Yo como instancia imaginaria, de tramitar o asimilar en su sistema, el montante de estímulos originados por la cadena significante en un momento dado. Este concepto supone la capacidad de registrar la experiencia a través del polo perceptual del aparato psíquico.

(a) Importancia de la experiencia

Ahora bien, no todo acontecer del sujeto genera una experiencia. El sujeto podría no registrar la experiencia. Como por ejemplo lo que ocurre en el caso de las defensas autistas del neurótico⁹³. Allí, el acontecer pasa a ser <solo un evento> que no deja huella en el sujeto. Es decir no hay <una experiencia>.

También no toda experiencia del sujeto es trauma. En ese caso de la experiencia no-traumática, el monto de estímulos es tramitable y la experiencia produce un objeto de pulsión. A veces llamado 'objeto interno'. Si la experiencia no es tramitable, deja una huella que podríamos llamar traumática, aún cuando no produce síntoma. Esta propuesta de la experiencia, introduce la relación que existe entre el orden de Lo Real y el trauma. La producción de síntoma podría ocurrir posteriormente con el apres-coup [nachtraglich], el aposteriori. Así el trauma se ubica en la zona compartida entre el orden Real y el orden Imaginario que encontramos en los tres aros de la propuesta borromea del RSI.

Aquí me surgen varias preguntas. ¿Qué califica a la experiencia original como traumática? ¿El monto de estímulos intramitable determinado por el deseo y los ideales o el apres-coup o nachtraglich? ¿Por qué la experiencia no es tramitable, será que es inaceptable al ideal? ¿Por qué el apres-coup o el nachtraglich se dirigen a esa experiencia y no a otra? ¿Será que queda marcada como una

⁹³ Me refiero a las contribuciones teóricas y clínicas de Frances Tustin. Sugiero revisar sus trabajos sobre las barreras autistas en los neuróticos.

huella? ¿Qué mecanismo psíquico va a permitir que a posteriori se resignifique una particular experiencia anterior? ⁹⁴

Pienso que la respuesta puede ir por el lado de la dialéctica entre el deseo y la prohibición, efecto de la censura que es automática e inconsciente y se encuentra enlazada con el sistema de ideales del sujeto. Sabemos que la cadena significativa reprimida va al inconsciente por los efectos de la censura. Desde allí insiste. El llamado: 'retorno de lo reprimido'. El sistema de ideales, especialmente el Ideal del Yo, es modificable con el conocimiento que es producido como efecto del diálogo analítico. Como consecuencia de este proceso podemos encontrar modificaciones profundas en el tipo de síntoma que posteriormente producirá el sujeto. En clínica psicoanalítica, el síntoma y el trauma están relacionados a través de la teoría de la angustia, del conflicto y de las defensas. Recordemos que el síntoma tiene un lado de satisfacción de pulsión y otro de goce.

⁹⁴ Aquí me parece oportuno aclarar los conceptos de *Nachtraglich* y *Apré-coup*. Freud dice en 1895 en su trabajo sobre la histeria, que Sólo por vía del *nachtraglich* los acontecimientos del pasado han devenido en trauma. Existe traducciones discordantes del concepto freudiano de *nachtraglich*. La definición de Strachey postula una causa preexistente que sólo se conoce luego de un momento posterior, en el que se explica el efecto diferido por asociación, con el momento que lo ha causado. Esto sugiere una concepción lineal del tiempo, que se mueve hacia adelante. El segundo momento evoca al primero, el cual sería la causa del trauma original. Así el 'antes contiene la explicación del después'. La segunda traducción de *nachtraglich*, va a hacer referencia al concepto francés del *apré-coup*, y así postula que se produce una re-escritura del pasado. Esto es muy importante. Aparece la re-escritura [nueva versión del hecho] cuando un nuevo conocimiento conduce a una comprensión modificada de la historia. Así el futuro puede constituir el pasado como causa. Según Lacan más que conexión causal con linealidad histórica, lo que hay es comprensión, no re-construcción. La visión de la historia cambia cuando surge una concepción modificada. Esta concepción modificada del pasado tiene en cuenta un nuevo texto y un cambio futuro a medida que la nueva comprensión toma el lugar de las racionalizaciones previas del yo. Esto adquiere particular importancia en la eficacia del método psicoanalítico ya que hace posible la transformación de ciertos elementos de la mente.

Creo que es interesante retomar la ligazón conceptual entre el trauma y lo Real, pues esto nos permite relacionar el trauma y la angustia y el trauma con la defensa. La angustia es una invasión del Real en lo imaginario, el Yo se defiende ante la angustia y va a producir según sus recursos diversos mecanismos defensivos: represión, escisión, proyección y desmentida.

(b) El trauma y el fantasma

Sigo utilizando al concepto de fantasma que Lacan presenta hasta 1975 cuando dice que el fantasma <es sexual> y además siempre es de naturaleza perversa. Me distancio del concepto de Jacques Alan Miller del <fantasma fundamental> el cual pierde su naturaleza sexual. A este fantasma fundamental prefiero darle otro nombre, como el de <shintasma>, una mezcla gramatical de 'síntoma' con 'fantasma'. Para mí, el fantasma es una fantasía sexual con su mini guión y su propósito: velar la castración y permitir el completo goce de órgano.

El fantasma no es síntoma, es el <Tesoro de la sexualidad>. Por velar la castración se le considera perverso. Es formado de manera particular por cada sujeto. Aquí me refiero al sujeto del inconsciente. Cada quién tiene el suyo, aunque muchas veces reprimido. ¿Y el trauma? El fantasma se organiza según las experiencias infantiles. ¿Serán estas experiencias traumáticas? Pregunto: ¿Es todo lo reprimido de naturaleza traumática? ¿Puede haber elementos reprimidos no-traumáticos? ¿Experiencias inaceptables a los ideales y por lo tanto reprimidas, pero no-traumáticas? La respuesta va a depender del concepto de trauma que se use. Recordemos que la experiencia infantil reprimida, la cual contribuye a organizar el fantasma personal, es de naturaleza incestuosa.

(c) El trauma y Lo Real

En relación a Lo Real: recordemos que lo Real es lo no simbolizado o simbolizable. No está atravesado por los significantes. Tiene existencia en este mundo, pero no tiene existencia conocida para el sujeto, está en un más allá de lo percibido. Y desde otro vértice, se encuentra en un más allá de lo reprimido. Tanto Freud como La-

can se refieren al <Das Ding>, en español <la cosa>, como un aspecto de lo real. De nuevo aquí encontramos lo no-significable. Pregunto: ¿Si no está ligado o atravesado por el significante, como puede ser traumático? La analista argentina Mirta Goldstein en el 2002 dice que deja <una huella real> que busca ligazón con el imaginario. Aquí aparece lo considero una contradicción. ¿Cómo tiene rasgo de Real, la huella, si lo Real al registrarse en la cadena significante, pasa a ser la Realidad? Pienso que La propuesta de Mirta de una huella desligada [que se hace traumática] pasa a tener existencia al ligarse a la cadena significante. Entonces deberemos decir: que deja una huella en el sentido de realidad del sujeto.

Mirta Goldstein (2002) sostiene que la naturaleza del trauma está relacionada con la sexualidad infantil. Diría que claro que sí, pero no es exclusivo. Por ejemplo, el trauma de la diferencia anatómica de los sexos es muy importante, pero no es el único. Aceptar la diferencia anatómica de los sexos, permite al sujeto aceptar la castración y entrar en las neurosis. ¿Será esto un prototipo de trauma? ¿Aceptar o no aceptar la castración? Lacan decía que la angustia es la puesta en acto de la castración. ¿Es la angustia el correlato obligante de toda experiencia traumática? Yo diría que sí. Lo que hace a la experiencia intramitable, es la angustia que hay en ella y es lo que nos permite definirla como traumática.

Una nota sobre el stress post traumático

Este asunto corresponde a la clínica psiquiátrica. No pertenece a la clínica psicoanalítica. Explicaré porque. El trauma que sabemos representa <lo no asimilable> puede ser del orden mayúsculo y podríamos llamarlo un súper-trauma. Por ejemplo, un trauma de guerra, un secuestro, un terremoto o la participación en algo muy fuerte y violento. En esos casos la mente va a necesitar un tiempo extra para ordenar los estímulos y asimilar lo ocurrido. Algunas personas con una organización mental narcisista necesitan más tiempo para procesar lo ocurrido. A veces ocurren regresiones que complican el proceso de asimilación. Mientras eso sucede la mente va a producir ciertos síntomas que van a llamar la atención del psiquiatra clínico. Estos síntomas pueden ser: insomnio, angustia, intolerancia, evitación de ciertas situaciones, llanto, cierta conducta

agresiva, pérdida de interés en algunos temas, etcétera. Es algo que ocurre como testimonio de un proceso mental de asimilación de lo ocurrido durante el súper-trauma. Indica que la mente post traumática está trabajando en asimilar los estímulos, en entender lo ocurrido. Por eso no es recomendable dar medicamentos excesivos a estos sujetos. Yo prefiero aumentar el número de sesiones a diarias y no dar ningún medicamento. Solo algo para dormir [en caso necesario]. En los códigos de diagnóstico lo han llamado: stress post traumático, que no es más que la nominación de este proceso de recuperación.

Capítulo 32
CLÍNICA DEL CONFLICTO

La lógica del conflicto refiere a un concepto dinámico de dos fuerzas que se oponen. Tiene que ver con la dialéctica de la pulsión, del deseo y de los ideales tramitados a través de un aspecto del SuperYo. La censura automática inconsciente, proveniente de la tensión del SuperYo, va a instalar la prohibición. En toda su obra, desde 1895 hasta El Esquema del Psicoanálisis en 1938, Freud insiste en el dualismo irreductible de la naturaleza mítica del conflicto psíquico entre: primero la sexualidad: la pulsión y su representación a través de la cadena significativa y segundo: las prohibiciones del parricidio y del incesto, que encontramos en el complejo de Edipo. Así el conflicto en el 'ser que habla' tiene un origen universal sexual y mortífero, representados por el deseo incestuoso y parricida.

El conflicto, la angustia y lo real

Freud planteaba que la propia naturaleza del hombre es conflictiva. El mismo proceso civilizatorio está fundamentado en la represión del deseo incestuoso y parricida. Desde esa represión, el sujeto no puede escaparse a su naturaleza conflictiva. Existe una estrecha relación entre el conflicto, el síntoma, la angustia y lo real. El 'síntoma' se ubica en el espacio que existe entre el Real y el simbólico [grafo RSI]. La 'angustia' se ubica en el espacio entre el Real y el imaginario. El 'conflicto' crea una tensión que empuja al sujeto a la angustia y al síntoma. Estas dos últimas, al estar entrelazadas con el conflicto y lo real, se convierten en signos de la existencia. Antes de seguir adelante encuentro que puede ser útil y valioso aclarar aquí, algo de la importancia que tiene el RSI y su lógica borromea, en este asunto del conflicto psíquico.

Topología y los tres órdenes propuestos por Lacan

El RSI refiere a las iniciales de los tres órdenes que operan según Lacan en la psique del sujeto humano: el real, el simbólico y el imaginario. En un comienzo hasta 1953, Lacan se dedica al estudio y el desarrollo de sus propuestas en el orden imaginario. De 1953 a 1963 se dedica al estudio del orden simbólico. Luego desde 1963 hasta aproximadamente 1972 plus desarrolla el estudio sobre el

orden de Lo Real. Posteriormente a 1973 se dedica al estudio avanzado de la topología y la teoría de los nudos, que he llamado período de lo absoluto. Es en 1973 en el Seminario 20 titulado <Aún> que la topología del nudo Borromeo⁹⁵ va a introducir un nuevo estatuto en la propuesta de los tres órdenes. La propuesta borromea profundiza el estudio de la topología en Lacan. Desde este momento en adelante la topología va a predominar sobre la lingüística en los intereses de Lacan.

Orden imaginario

Refiere a una capacidad de la psique humana de operar fundamentalmente con imágenes dentro de una relación dual con el semejante. El término imaginario fue introducido por Lacan después de sus trabajos sobre el Estadio del Espejo en 1936. El predominio de imágenes: visuales, auditivas, olfativas, táctiles, ocurre en los inicios de la constitución del sujeto. Lacan propone en sus estudios sobre el ‘estadio del espejo’ y en la ‘constitución del sujeto’ que el Yo es fundamentalmente imaginario. En el seminario II (1955) dice: ...<no hay medio de captar nada de la dialéctica analítica sino postulamos que el Yo es una construcción imaginaria. El hecho de ser imaginario no le quita nada>

El señuelo

El pasaje de lo especular, a lo imaginario, permite definir lo imaginario como un fenómeno de señuelo, una forma de operar del Yo con puras ilusiones, algo que ocurre entre el **yo**/moi y el **mi**/je. Este orden imaginario es propio de lo que podríamos llamar <periodo narcisista temprano del desarrollo>. El estatuto del orden imaginario solo se precisará cuando se describen los tres órdenes en su cua-

⁹⁵ La Topología es la rama de las matemáticas [Geometría] dedicada al estudio de aquellas propiedades de los cuerpos geométricos que permanecen inalteradas por transformaciones continuas. Es una disciplina que estudia las propiedades de los espacios topológicos y las funciones continuas. La Topología se interesa por conceptos como: *proximidad*, *número de agujeros*, el tipo de *consistencia* (o *textura*) que presenta un objeto, comparar objetos y clasificar, entre otros múltiples atributos donde destacan: *conectividad*, *compacidad*, *metricidad* o *metrizabilidad*. Los matemáticos usan la palabra *topología* con dos sentidos: informalmente es el sentido arriba especificado, y de manera formal se refieren a una cierta familia de subconjuntos de un conjunto dado, familia que cumple unas reglas sobre la unión y la intersección.

lidad borromea. La lógica borromea del orden imaginario tiene...<una consistencia de las imágenes>.

Orden simbólico

Refiere a la capacidad de la psique humana de utilizar la palabra y el lenguaje. El significante y la cadena significante es lo que define al orden simbólico. Lacan insistía en decir que un significante es aquello que 'representa algo para otro significante'. Su propuesta de 1953, sobre la importancia del simbólico en el trabajo analítico, lo presenta Lacan en su célebre Discurso de Roma <Función y campo de la palabra y del lenguaje>, especie de manifiesto que dispara la ruptura con la Sociedad Psicoanalítica de París. Los próximos diez años lo dedica Lacan al desarrollo del orden simbólico. El simbólico <es el orden del significante> que se hace operativo gracias al nombre del padre. Esta función refiere a la 'función paterna' que introduce la ley dentro del psiquismo y rompe la dupla imaginaria madre-hijo. Consecuencia de la ley fundamental de la prohibición del incesto. La lógica borromea del orden simbólico tiene...<una insistencia de la cadena significante>.

Orden de lo Real

Refiere a lo imposible de simbolizar, a lo no simbolizado. Por lo tanto desconocido para el sujeto. Lo Real tiene ex-sistencia fuera del conocimiento del sujeto. No está atravesado por la cadena significante. Por eso Lacan dice que lo Real tiene ex-sistencia. Ex-siste: fuera de la realidad del sujeto.

Lo real y la realidad

Es necesario distinguir entre el concepto de realidad y el orden de Lo Real. La realidad se refiere a todo aquello que ha entrado en contacto con el sujeto a través de los órganos de los sentidos. Por medio de la percepción, las cosas de este mundo adquieren representación psíquica. Estas representaciones tienen existencia para el sujeto por efecto de las <catexias> o también llamada <investidura pulsional>. Lo real deja de ser Lo Real y se convierte en realidad cuando por medio del contacto con los órganos de los sentidos y de los mecanismos psíquicos de introyección e identificación, va a devenir objeto interno.

Por otro lado, la diferencia entre realidad psíquica y realidad exterior es inexacta y topográfica [no es topológica]. Lacan utilizando la teoría topológica propone que la diferencia es relativa. La realidad externa es otra realidad psíquica. Es una misma realidad que pasa a ocupar lugares topológicos relativos, similar a las dos caras de la figura topológica que encontramos en la cinta de Moebius.

Otra vez Lo Real

Lo real refiere a otra cosa. Es todo aquello 'que existe' pero de lo cual el sujeto no tiene conocimiento, aquello imposible de simbolizar. Que no ha sido procesado por los órganos de los sentidos. Aquello con lo cual el sujeto se tropieza. Dicho de mejor forma: aquello con lo cual el sujeto es tropezado. A medida que Lacan progresó en el estudio de Lo Real el concepto se hizo más complejo. Me explico.

Lacan plantea, al igual que Freud, que existe un más allá del inconsciente reprimido. Algo desconocido. Freud lo llamó en alemán <das Ding> y en español <la cosa>. Lacan toma esta idea, de la existencia, de un Real más allá del inconsciente reprimido y conserva el nombre de <das Ding>. Esto refiere a aspectos inconscientes imposibles de simbolizar. Por lo tanto se mantendrán desconocidos para el sujeto. El real definido como lo imposible. Lacan decía que el sujeto tiene un solo acceso relativo a lo real: ...<la ventana a lo real>... Se refiere al objeto (a). La lógica borromea del orden de Lo Real tiene...<una ex-sistencia...fuera de sí>.

El nudo Borromeo

El 2 de Marzo de 1972 en el Seminario Aún, Lacan dice: ...<es un nudo de tres anillos, cadena de tres, tal que al desatar uno de los anillos de esta cadena, los otros dos se deshacen>. En esa época Lacan estaba en la búsqueda de una forma de entender su geometría de la tetrada que había planteado sobre la lógica del deseo: <yo te demando>, <que rechaces>, <lo que te ofrezco>, <porque no es eso>. Lacan en esta tetrada se refiere a la lógica de la pequeña (a) y al objeto causa de deseo. En esa época entró en conocimiento de la existencia antigua de la propuesta Borromea.

Función Borromea

Esa noche del primero de marzo, descubre a través de un amigo, una proposición matemática que había hecho el topólogo francés Guilbaud. Así Lacan descubre el nudo y la propuesta de la función borromea. El nudo que tiene características de función borromea, si se corta uno cualquiera de los anillos, los otros quedan libres. Esta función borromea no es asignable a ninguno de los tres anillos en particular. Es una propiedad del nudo como tal. Por ello el nudo Borromeo le permite a Lacan proponer e ilustrar la topología del RSI.

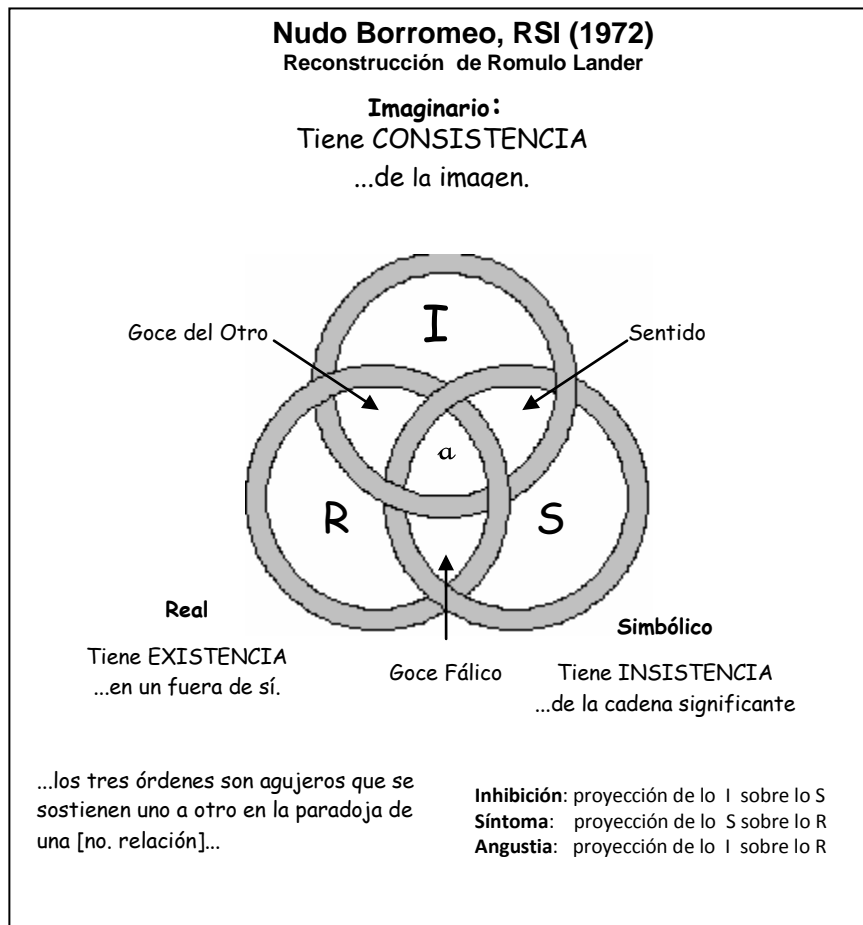
Lo Borromeo se complejiza

Más adelante, posterior a los seminarios de Octubre de 1972 la teorización borromea se hace cada vez más compleja. Lacan propone que las funciones mentales se mantienen operativas en tanto los tres nudos se encuentran unidos. Lacan nos dice que encontrar un ejemplo de lo que ocurre cuando un anillo se suelta y libera los demás anillos, es tarea fácil. Las consecuencias de soltar un anillo, la encontramos en el colapso psíquico de las psicosis, ya sean funcionales o esquizofrénicas. Esto ocurre cuando algún síntoma que actúa como suplencia o grapa, cuarto nudo o sostén artificial, que sostiene los anillos, es eliminado. Este <síntoma grapa> puede ser cualquier síntoma que este en función de amarrar. Por ejemplo: la bulimia, la droga adicción, el juego compulsivo, el trabajo compulsivo, pueden funcionar como un 'síntoma grapa' que sostienen unidos los tres anillos, evitando el colapso mental.

Función Borromea y los tres ordenes

En Marzo de 1975, Lacan dice en el seminario sobre el RSI, que la topología del nudo Borromeo, le permitía enunciar, que esta 'función borromea' homogeneizaba los tres órdenes [RSI]. Plantea la <consistencia del imaginario> <la insistencia del simbólico> y la <ex-sistencia 'fuera de sí'> del real.

Pasemos ahora al esquema de la proposición Borromea:



La teoría del conflicto visto desde Freud

Es inevitable repetir algunos conceptos. En términos de la teoría planteada por Sigmund Freud, una persona tiene un conflicto cuando demandas internas contrarias se oponen. Un conflicto puede producirse por la oposición entre, por un lado el deseo y por el otro las exigencias de los ideales. Según el Psicoanálisis el conflicto constituye una característica humana, ya que es inevitable que el sujeto civilizado enfrente sus pulsiones con lo prohibido según sean

sus ideales. El núcleo esencial del conflicto es la lucha entre la pulsión sexual y la censura sostenida por los ideales. Para establecer el conflicto se requiere de cierta fortaleza del Yo y como consecuencia de la represión de las pulsiones, van a aparecer ciertos síntomas neuróticos. El conflicto termina cuando el yo toma una decisión, que puede ser difícil, pero esa decisión es una inevitable ayuda para salir de la encrucijada. Utilizando criterios metapsicológicos clásicos encontramos que es útil profundizar en este tema utilizando tres conceptos básicos freudianos: tópico, económico y dinámico.

(a) Tópico

Es necesario diferenciar primero a las dos tópicas freudianas. La primera y la segunda. En la primera tópica de 1885 vamos a encontrar los dos sistemas fundantes: consciente e inconsciente, con un tercero que es el sistema preconscious. Estos sistemas van a estar enfrentados cuando aparece el conflicto psíquico. Ambos sistemas operan de manera diferente. En el sistema inconsciente vamos a encontrar el proceso primario: caracterizado por la a-temporalidad, la no-contradicción, los mecanismos de condensación y desplazamiento, la energía no-ligada que es muy móvil y luego en el sistema consciente, vamos a encontrar el proceso secundario: caracterizado por la energía-ligada a las representaciones imaginarias y simbólicas, lo cual crea una especie de tejido de huellas mnémicas, de representación-palabra y representación-objeto que están interconectados y regidos por las leyes del lenguaje y atrapados en las referencias lógicas temporales y espaciales. Ambos sistemas están separados por el mecanismo de la represión.

En la segunda tópica de 1923 encontramos al Yo, Ello y SuperYo. Cada una con sus características propias, sometidas al empuje [pulsión] incansable del Ello, a las demandas del Yo y a la tiranía del SuperYo, con sus ideales, que va a sostener la fuerza de la censura y de la represión. Cada sujeto va a constituir sus ideales que son de dos tipos: Yo-ideal [que es narcisista] y el Ideal del Yo [que es edípico]. Los ideales modelan lo que luego se va a llamar la ética personal y la moral pública.

(a) Económico

Este acápite se refiere a inversión de la energía psíquica. La pulsión es la energía y es lo que determina las catexias o investiduras objetales. La pulsión busca objeto y empuja por la satisfacción. Si esta satisfacción encuentra una prohibición y la satisfacción se hace imposible. La prohibición va a permitir la aparición del conflicto psíquico entre las instancias psíquicas. La represión mantiene inconsciente el deseo y para eso necesita invertir energía psíquica en lograrla y en mantenerla. Esto nos obliga a incluir el concepto de lo dinámico.

(b) Dinámico

Al deseo inconsciente empuja sin descanso y se opone a la prohibición. Sabemos que el deseo recibe la energía de la pulsión y que no cesa de buscar objeto. Este objeto es la representación que corresponden con inscripciones, huellas mnémicas de experiencias libidinales tempranas, simbólicas e imaginarias, que van a incluir las experiencias con el propio cuerpo. Es un deseo infantil, incestuoso y parricida, al que se opone la ley universal, que establece la prohibición del parricidio y del incesto. La dinámica histórica del deseo, da cabida a lo que tiene que ver con la singularidad de cada sujeto. Tiene que ver con las vicisitudes de su historia personal.

Capítulo 33
CLÍNICA DEL DEFECTO

El defecto estructural refiere a deficiencias particulares, a diversos tipos de déficit que ocurren en la constitución temprana de la psique del sujeto. Como entendemos que la psique se constituye en una época temprana de la vida, es posible por lo tanto, que en este proceso temprano de la constitución del sujeto puedan ocurrir fallas que producen defectos, déficit e insuficiencias en la estructura subjetiva inconsciente.

(a) Invariantes estructurales

Así encontramos la posibilidad de la forclusión, que refiere a lo no inscrito. Esta forclusión puede referirse a la importante inscripción de la función paterna, que al encontrarse forcluida, no se inscribe, provocando lo que Lacan llama <la forclusión del nombre del padre>. Estos defectos estructurales no pueden ser restituidos <ad integrum> en una etapa posterior de la vida. Podrían ser suplidos sus efectos, a través de una suplencia imaginaria o simbólica, a través de una prótesis sintomática, pero no restituidas. La forclusión del nombre del padre no es modificable por la palabra. Se trata de la presencia de <invariantes estructurales>. Aliviados por una suplencia que permiten que el sujeto haga algún lazo social.

(b) Variantes constitutivas

Durante este proceso de constitución del sujeto, pueden existir variaciones en la magnitud del deseo del otro (deseo del deseo del otro), tramitado a través de la función materna. También puede existir variaciones en la <capacidad reverie> del otro, tramitado igualmente por la función materna. Encuentro que es inevitable que existan variaciones particulares en la tolerancia del bebe, a la dialéctica satisfacción/frustración. También pueden existir variaciones en la magnitud de la presencia oportuna y de la generosidad en la función materna, dando origen a variaciones particulares de carencias o deficiencias tempranas relacionadas con la función materna, dando origen a diversos fenómenos como la vivencia de un vacío interior, que tampoco puede ser restituido en épocas poste-

riores de la vida. No son accesibles a la palabra. Si pueden ser suplidas por una suplencia o una prótesis sintomática.

Las variaciones en las características del <aparato cognitivo> (del bebé), dan origen a una infinita variedad de posibilidades en la relación que el bebe va a tener con el objeto de pulsión, creando por identificación, la calidad de dicho objeto. Así encontramos niños sordos, ciegos o híper-acústicos de nacimiento, niños con sensibilidad aumentada o disminuida en los otros órganos de los sentidos. Todo esto producirá variaciones en la asimilación de los estímulos y variaciones en la constitución del objeto de pulsión.

También encontramos variaciones particulares en la tolerancia natural al dolor físico por parte del bebé. Lo cual produce variaciones en la asimilación de estímulos y variaciones en la constitución del objeto de pulsión. El defecto o la deficiencia estructural se muestran en la actividad psíquica a lo largo de la vida. Pueden tomar ropaje de síntomas, constituyéndose en invariantes.

La causa y el RSI

En relación a la propuesta de Jacques Lacan sobre <los tres órdenes> y su particular relación entre sí, unidos por la <función Borromea> puedo decir lo siguiente: ⁹⁶

- (a) **El trauma** se inscribe en el espacio existente entre el real y el imaginario.
- (b) **El conflicto** se inscribe en la intersección del imaginario y el simbólico
- (c) **El defecto** estructural se inscribe en el espacio existente entre el real y el simbólico

⁹⁶ Los tres órdenes y la función Borromea se encuentran descritos en el capítulo 12, página 93 del libro: 'Experiencia subjetiva y Lógica del otro' de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, Caracas 2004.

Teoría del defecto y el vacío interior

Ya desde 1976 me interesé por el estudio de la teoría del espacio psíquico. En esa época escribí y publiqué un trabajo titulado <La aparición del espacio psíquico interno>⁹⁷ en el cual narraba y teorizaba sobre el caso de una paciente narcisista huérfana, traumatizada por la guerra desde muy niña. Padeció de una particular deficiencia en el proceso de las identificaciones tempranas. La paciente había desarrollado, con el propósito de controlar la angustia, lo que para entonces siguiendo a Donald Meltzer se llamó: identificaciones adhesivas.⁹⁸ El uso necesario de este ‘mecanismo adhesivo’ iba a ser un problema serio que la acompañaría por el resto de su vida. Sus identificaciones se sostenían solo si el objeto de identificación estaba físicamente presente. Así pues las separaciones del objeto le resultaban intolerables con montos elevados de angustia desorganizadora. Ante la experiencia inevitable traumática de la separación del objeto adhesivo, se le hacía absolutamente necesario conseguir rápidamente un nuevo objeto de amor al cual adherirse para calmar su angustia y evitar el colapso mental.

Las separaciones analíticas de fines de semana o por vacaciones eran catastróficas. Lograr la permanencia del objeto le permitía prolongados periodos de calma. Este problema de no disponer de un <espacio psíquico> que fuera apto para las identificaciones estables es un problema estructural, el cual es originado por serias carencias ocurridas en una época muy temprana, en los inicios de su vida.

Poco después me iba a tocar descubrir otro tipo de problemas relacionados con la configuración del <espacio> y del <tiempo> psíquico.⁹⁹ Fue cuando en 1984 presenté y luego publiqué, un trabajo sobre la teoría de los <huecos psíquicos> también llamada

⁹⁷ Rómulo Lander [1980]: ‘La aparición del espacio psíquico interno’. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis. Vol.1 página 43, 1984. Caracas.

⁹⁸ Donald Meltzer [1975]: Exploration in autism. Clunie Press, Perthshire [UK]

⁹⁹ El sentimiento de ser adecuadamente <contenido> por el objeto permite desarrollar luego la propia capacidad de <contener>. Eso va a permitir la entrada y salida en el objeto, lo cual permite desarrollar la vivencia del <tiempo psíquico>. Según los problemas con las identificaciones tempranas se van a construir tres tipos de tiempo psíquico: tiempo circular, oscilatorio y lineal.

teoría del vacío mental.¹⁰⁰ Se trataba de otra paciente que padecía una extraña percepción subjetiva de padecer de un vacío en el pecho. Ella soñaba que caía en espacios vacíos y se despertaba atemorizada. Otras veces lo percibía como un vacío en su vida, en su existencia. También refería una vivencia de tener sin vida ciertos aspectos de su mente. Su apego transferencial permitió que el análisis durara varios años. En el curso de estos años se fue aclarando, poco a poco, la semiología de este extraño fenómeno del vacío y del concepto de su <tiempo psíquico>.

Esta paciente era hija única y su madre había padecido de un serio trastorno melancólico, que la llevaba a ausentarse en su habitación a oscuras, por muchos días, descuidando seriamente a la pequeña bebe recién nacida. La función reverie de esta madre estaba ausente. La relación con el padre, muy presente en su infancia, fue positiva, cariñosa y salvadora. A lo largo de su infancia y juventud la paciente aprendió a disminuir su angustia con un método especial. Este método consistía en desarrollar relaciones de objeto selectivas e intensas: con las cuales se apegaba. Con la adolescencia apareció la posibilidad del vínculo de amor. La presencia del vínculo con el objeto de amor la calmaba. El objeto de amor podía estar presente o ausente. Cuando el objeto estaba físicamente ausente, requería entonces de una presencia virtual, que lograba a través de una llamada telefónica. La voz al teléfono le calmaba la angustia de una forma bastante eficaz. Llegó a tener varios novios simultáneos en diferentes países, con tal de tener el objeto de amor disponible, en el momento necesario, a cualquier hora. Este método de la presencia del objeto, le era relativamente eficaz, ya que ella por las noches al estar sola sin acceso al teléfono, padecía de intensos insomnios.

Como vemos este vacío interior se calma cuando aparece un apego al objeto. Por esta razón este tipo de sujeto que muestra una estructura narcisista también llamada limítrofe o borderline, muestra la presencia de un defecto estructural que la lleva a desarrollar un tipo especial de relación de objeto que es de predominio fusional y simbiótico. No con todos los objetos, solo con el objeto elegido para tal

¹⁰⁰ Rómulo Lander [1984]: 'Destino de las identificaciones'. Revista de la Asociación venezolana de Psicoanálisis. Vol. 2, página 69, 1985

fin. Esta relación de objeto se pone en evidencia clínica como un apego exagerado al objeto.

Cuando este tipo de sujetos establecen vínculos de amor, en la observación clínica se muestran como pegados uno al otro. Se pegan como una <estampilla al sobre>. Uno de los amantes puede no tener este fenómeno del vacío interior y es este el que hace las veces de <sobre>. El otro amante que si tiene un vacío interior hace las veces de <estampilla>. En los casos en que aparece el <desamor> y la <estampilla> pierde su <sobre>, como consecuencia de esa pérdida, va a aparecer una gran angustia con desesperación. El sujeto piensa que sin su amado o amada no puede vivir. En estos casos es posible que aparezca una ideación suicida. El sujeto <estampilla> abandonado, piensa erróneamente, que ya no vale la pena vivir.

La teoría psicoanalítica plantea claramente que el origen de este vacío interior proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre-hijo. Todos sabemos de lo importante de esta temprana relación.¹⁰¹ El sujeto se constituye gracias al mecanismo de identificación que ocurre en esa relación temprana. El proceso de introyecciones e identificaciones tempranas del niño, proceso realizado con diversos aspectos sensoriales de su madre, va a dar origen a la formación de un <Yo primitivo>. La textura de ese <Yo temprano> se va a formar con las progresivas introyecciones e identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes. La deficiencia en estas identificaciones y el predominio de las frustraciones con el pecho nutricional, frustraciones que aparecen por incapacidad en la

¹⁰¹ Esther Bick [Londres] en 1968 presentó un brevísimo pero importante trabajo en el *International Journal of Psychoanalysis* sobre la experiencia de las relaciones de objeto tempranas. Allí sugiere que existen casos que en su etapa de desarrollo más primitiva, las partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unir las partes. Esta función de <unir> las distintas partes de la personalidad depende inicialmente de la <introyección> satisfactoria de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado como capaz de cumplir esa función. Bick le dio el nombre metafórico de <Segunda piel> al objeto que posteriormente ejerce esa función de <unir> las partes de la mente. Pone el ejemplo de un hombre que tiene que usar chaquetas de cuero muy pegadas para aliviar su angustia de fragmentación. La chaqueta o las sábanas muy pegadas al cuerpo dan la vivencia de <unir> las partes sueltas de la personalidad.

continencia y en la <función reverie> de la madre ¹⁰² va a dejar un efecto de hueco o de vacío en la <textura> de ese Yo primitivo. Esto lo he observado en las ocasiones en que una madre muy deprimida o de rasgos autista y aislada no puede ofrecer una buena <función reverie> a su pequeño hijo. A veces la presencia contratada de una niñera competente va a salvar la situación. Gracias a esta madre sustitutiva la futura vida psíquica de ese bebé será preservada satisfactoriamente.

Todos nosotros tenemos una cuota inevitable de deficiencia de la función reverie materna. Esto es así, porque es inevitable que en la más temprana infancia se padezca de frustraciones con la experiencia del amamantamiento. Es decir de frustraciones variadas con el pecho que aparecen en la dialéctica de la satisfacción-frustración madre-hijo. Si existe un predominio de experiencias de frustración, allí quedará el testimonio de un vacío en la textura del Yo primitivo. Por lo tanto un vacío o hueco que corresponde con las experiencias del período temprano narcisista del desarrollo va a estar presente en la textura del Yo de todos nosotros. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista que todos nosotros tenemos, varía según las experiencias originarias que hayamos tenido en la temprana infancia.

Fue posteriormente que descubrí, que ya en 1970, Jacques Lacan había introducido su teoría de las suplencias. Estas suplencias son identificaciones de imagen o de palabra [imaginarias o simbólicas] que constituyen: significantes, que pueden hacer la función de obturar el hueco o vacío que presenta la <textura> del Yo. Esta suplencia que aparece como un síntoma en la clínica, a veces como un rasgo de carácter, tiene una función defensiva, disminuyendo la magnitud de la angustia.

¹⁰² La <función reverie materna> refiere a la capacidad de la madre de contener en su mente las angustias del bebé [sin angustiarse], para luego devolverle traducidas al bebé, las razones de su llanto. Por ejemplo: el bebé llora en angustia cuando tiene hambre. La madre lo carga y recibe su llanto y su angustia, explicándole, aún cuando es obvio, que el bebé no entiende: que tiene hambre y que el pecho o el tetero ya llega. Esto repetido muchas veces, con razones o motivos diferentes, introduce <la voz> y la <mirada calmada> de la madre en el proceso de introyección del bebé.

Es común encontrar ciertas patologías graves relacionadas con la existencia de un hueco o vacío en el sujeto. Me refiero por ejemplo a las patologías compulsivas de juegos de azar, las llamadas Ludopatías o las adicciones graves a drogas lícitas o ilícitas, y el alcoholismo grave. Para estas patologías el síntoma de jugar compulsivamente o de consumir compulsivamente, es lo que obtura, es decir tapa el hueco o el vacío subjetivo que el sujeto percibe en su interior. Así el síntoma compulsivo de jugar o consumir drogas es la forma natural que el sujeto ha encontrado para <curarse> de su hueco. Por eso es necesario estar muy alerta al tratar de <curar> esos síntomas relacionados con patologías del vacío. En esos casos es necesario ofrecer otro tipo de suplencia que obture o tapone el vacío incurable del sujeto. Los adictos graves encuentran que la pertenencia a un grupo como el de una comunidad terapéutica puede funcionar como una suplencia. Es decir: la pertenencia funciona como tapón. Esto significa que mientras él adicto grave esté dentro de la Comunidad terapéutica su hueco o su vacío está obturado. Pero si abandona la Comunidad el vacío reaparece y con ello el consumo. Otras veces la pertenencia a una secta de tipo religiosa, con una vinculación directa con Dios, puede funcionar como una suplencia que obtura el vacío estructural del Yo.

Capítulo 34
UN ALERTA EN EL DIAGNÓSTICO

El nuevo Manual de Diagnóstico Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana el DSM-5 el cual ha sido diseñado unilateralmente por un equipo de Psiquiatras americanos, ha encontrado una oposición muy clara y fuerte en las distintas organizaciones de Salud mental de todo el mundo. El nuevo DSM-5 propone un nuevo criterio de salud mental que es dañino para la sociedad. Dos cosas sobresalen en el diseño de este nuevo Manual: (a) Ha sido diseñado bajo criterios no-científicos y sospechosos de tener un interés externo a la ciencia, además bajo los auspicios económicos de la industria farmacéutica internacional. (b) La industria farmacéutica hizo firmar a los psiquiatras participantes 'compromiso de confidencialidad' que les impide dar declaraciones y explicar sus criterios y sus procedimientos. Ambas cosas son contrarios con el espíritu de la ciencia. Más bien corresponden con prácticas comerciales viciosas y planificación deshonestas.

En Septiembre del año 2013 cuando fue lanzado al público este nuevo Manual de Diagnóstico DSM-5, el Instituto Nacional de Salud Mental de USA el NIMH, anunció que oficialmente abandona el apoyo y el uso de la clasificación de enfermedades que aparece en el citado Manual DSM-5 y advierte a todos de sus peligros. También anunció que abandona la clasificación que determina cientos de patologías mentales definidas con criterios no-científicos y extrañamente muy acordes a las necesidades de la industria farmacéutica. Así pues el NIMH Instituto Nacional de Salud Mental, la agencia de investigación biomédica dependiente del gobierno de USA y considerada la mayor proveedora de fondos de investigación en Salud Mental de todo el mundo, anuncia oficialmente que dejará de hacer uso de la clasificación de enfermedades que aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM por considerarlo carente de validez científica.

Según declaraciones del NIMH el contenido del DSM-5 no se sometió a control externo. Encuentran que se ha introducido un cambio en el concepto de enfermedad lo que hace que no haya fronteras definidas entre lo normal y lo patológico. Además reduce el número

de indicadores para la evaluación. Aumenta las nuevas patologías dando origen a un exceso de diagnósticos: sobre-diagnos. En definitiva hace patológica la simple existencia, la vida.

El Manual sigue ampliando la lista de trastornos mentales hechos a la medida de los intereses de la industria farmacéutica. Ya en 1980 ya se habían añadido 112 nuevos trastornos mentales a la edición del DSM-3. En 1987 en la tercera edición revisada el DSM-3R y en 1994 en la cuarta edición el DSM-4 aparecieron otros 58 trastornos más. El trastorno de ansiedad social, llamado primero: fobia social, fue uno de los siete nuevos trastornos de ansiedad creados en 1980. Para la década de 1990, los expertos lo llamaban <el trastorno del decenio> e insistieron que hasta uno de cada cinco estadounidenses lo padecía. Isaac Marks un renombrado experto en miedos y pánicos, radicado en Londres, fue quien en el decenio de 1960, reconoció la ansiedad social, opuso gran resistencia a su inclusión en el DSM-3 como categoría particular de enfermedad incluida en la lista de comportamientos asociados con este problema.

En 1987 se le añade la <aversión a hablar en público> lo que lo hace aún más peligroso, al incluir prácticamente a todo el mundo. Para 2008 en USA casi la mitad de los habitantes se consideran clínicamente enfermos al padecer de algún cuadro mental y casi la cuarta parte de la población [67,5 millones de personas] ha tomado antidepresivos. Se prescribían ya entonces 200 millones de recetas anuales para tratar la depresión y la ansiedad.

Los diagnósticos correspondientes al trastorno bipolar aumentaron en 4.000 % dando origen a una excesiva sobre-medicación, la cual no es posible, sin antes existir un excesivo sobre-diagnóstico. Uno de los responsables de la llegada del trastorno bipolar a USA es el psiquiatra Joseph Biederman, quien lleva años haciendo estudios y conferencias sobre el tema y quien recibió 1,6 millones de dólares entre el año 2000 y el 2007, procedentes de las farmacéuticas que fabricaban los medicamentos para dicho trastorno, al parecer sus donaciones eran para dedicarlos a seguir investigando la enfermedad.

Hasta los años 90 el trastorno bipolar era una afección desconocida en los niños. Ahora ya es uno de los diagnósticos más frecuentes en psiquiatría infantil, la presencia de este trastorno se han multiplicado por 40, en menos de 10 años, siendo muchos de estos niños de dos y tres años de edad los cuales son medicados. Esto es algo que debe alarmarnos.

La escandalosa relación de la creación de estas nuevas enfermedades con el negocio de la psicofarmacología fue revelada por el estudio realizado por la psicóloga estadounidense Lisa Cosgrove, quien reveló que de los 170 miembros del grupo de trabajo del DSM-5, es decir los que hacen el Manual de Diagnóstico de referencia mundial: 95 miembros [el 56 por ciento] tenía una o más relaciones financieras con las empresas de la industria farmacéutica.

Es alarmante cómo han logrado convertir en patológica la infancia. En el último DSM-5 se incluyen hasta las rabietas del niño, si son más de tres a la semana, durante un año, son enfermos mentales. El gobierno estadounidense dice en base a estos parámetros, que uno de cada cinco niños, tiene un trastorno de la salud mental. Estas concepciones también son las que permitieron que se aprobara en Santa Fe recientemente una ley de autismo. El diputado Avelino Lago, a quien se debe el proyecto, manejó cifras que hablan de 32.000 niños con autismo en la provincia. El TGD o espectro autista [como figura en el DSM-5] amplía aún más su cobertura. Se diagnostica como el TDAH con cuestionarios, en este caso el CHAT, que habitualmente responden los padres según lo que les parece poco, demasiado, o habitualmente. Es decir en ambos casos no son los expertos los que diagnostican. En este caso, es un instrumento que sólo es de utilidad para evaluar situaciones poblacionales a grosso modo, ya que además no permite hacer ningún diagnóstico diferencial, respecto a una situación circunstancial, que hace que un niño se aisle, lo cual es diferente a una problemática más grave y permanente. En cambio se está usando para determinar en un niño de 18 meses la presencia de una enfermedad incurable, que sólo puede ser tratada sintomáticamente, lo cual marcará seriamente su vida.

En lo personal considero que este Manual de Diagnóstico, los llamados DSM en general, se basan en el estudio estadístico de síntomas. No toma en cuenta la dinámica de la vida de las personas, que sería lo que va a permitir evaluar en forma individual el significado y el sentido de cada síntoma. Un mismo síntoma puede significar distintas cosas, en distintas personas. El Manual hace un listado de síntomas para catalogar las diferentes enfermedades de manera universal, no individual. Por todo esto considero una posición ética necesaria el pronunciarse en contra del uso del DSM. El DSM es contrario al buen uso de la ayuda médica y psicológica, es contrario a la buena ayuda individual que podemos dar en forma efectiva al otro necesitado.

QUINTA PARTE ASPECTOS TÉCNICOS

Capítulo 35 PSICOTERAPIAS DE LA CONSCIENCIA

Las psicoterapias orientadas a ofrecer y entregar una ayuda por vía directiva, quiero decir de consejos y de orientación son fundamentalmente psicoterapias de la conciencia. Son útiles y representan una posibilidad de ayuda al sujeto. Sin embargo no producen un crecimiento emocional, ni actualizan el conocimiento que el sujeto pueda tener de sí mismo. Actualmente se plantea a nivel mundial un interés en aumentar la eficacia de la psicoterapia. Se insiste en buscar formas de acelerar los resultados de la psicoterapia. Según los trabajadores de la salud mental en todo el mundo, dicen que la enorme masa humana necesitada de ayuda así lo exige. Ante estas exigencias actuales se hace necesario pensar en crear modificaciones técnicas que acorten y que hagan más efectiva estas psicoterapias. En lo personal creo que no es posible hablar de la efectividad de las psicoterapias en términos generales. Es necesario hacerlo desde la particularidad de cada tipo de psicoterapias ya que estas son de variado tipo y de variados efectos en el sujeto. Algunas pueden acelerarse de una manera, otras de otra manera.

Los tipos de psicoterapia

Desde el punto de vista de las psicoterapias que utilizan la palabra y el diálogo, pero que no utilizan, ni hacen un manejo del cuerpo, me permito, distinguir dos grandes tipos:

- (a) Las psicoterapias orientadas a la ayuda por vía directiva de consejos y de orientación, las cuáles son fundamentalmente psicoterapias de la conciencia. Las actuales ofertas de terapia Cognitiva son psicoterapias orientadas a la conciencia.

(b) Las psicoterapias orientadas a la exploración y búsqueda interior, al conocimiento de si-mismo y al descubrimiento de lo desconocido de nuestra propia naturaleza. Esta psicoterapia trabaja fundamentalmente con los procesos mentales inconscientes. El llamado inconsciente freudiano o inconsciente dinámico. El psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica caen en esta segunda categoría.

Capítulo 36

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia Psicoanalítica es aquella Psicoterapia orientada a la exploración y búsqueda interior. Orientada al conocimiento de si-mismo y al descubrimiento de lo desconocido de nuestra propia naturaleza. Esta psicoterapia trabaja fundamentalmente con los procesos mentales inconscientes el llamado inconsciente freudiano o inconsciente dinámico. El psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica caen en esta categoría.

Todos sabemos que la psicoterapia refiere a una ayuda psíquica a través de la palabra. Sin embargo algunos tipos de psicoterapia incluyen el manejo del cuerpo como recurso técnico para apoyar los descubrimientos del diálogo. Así tenemos a la bioenergética con sus ejercicios y sus acupresiones y tenemos el pasaje a la acción que encontramos en la psicoterapia Gestalt y en el Psicodrama. Ambas han probado su efectividad muchas veces y ambas trabajan con la aceptación de los procesos mentales inconscientes. Son psicoterapias orientadas a la exploración y búsqueda interior, al conocimiento de si-mismo y al descubrimiento de lo desconocido de nuestra propia naturaleza.

Creo que es necesario para ejercer la psicoterapia sin enfermarse, disponer de un conocimiento de la teoría del funcionamiento mental y de la teoría de la técnica. Por eso soy de los que piensan que todo psicoterapeuta sea este analista o no-analista necesita primero de conocer las propuestas básicas del psicoanálisis. Hoy en día podemos decir con tranquilidad que el psicoterapeuta necesita haberse sometido a algún tipo de psicoterapia personal. Es conocido por todos, que entre los requerimientos usuales en el entrenamiento de psicoterapeutas se encuentra la siguiente exigencia básica:

...es indispensable que el futuro psicoterapeuta conozca tanto como sea posible los aspectos inconscientes de su propia vida mental. Esto lo logra a través de su propio tratamiento psicoterapéutico. Así en su trabajo el futuro psicoterapeuta estará dentro de lo posible, libre de prejuicios, de áreas ciegas y de necesidades neuróticas incons-

cientes. Además podrá tener mayor claridad y capacidad de discriminación en sus propios momentos regresivos.

El diálogo psicoanalítico

El diálogo que se establece en las psicoterapias de orientación psicoanalítica es un diálogo extraño y muy especial.

(a) No es el <diálogo del profesor> universitario o el diálogo del médico o del psicólogo que ofrecen a su interlocutor una saber cierto y seguro. Ellos pueden decirle al interlocutor <al paciente sufriente> lo que a este le pasa y además lo que le puede aliviar. Muchas pacientes desean oír este diálogo y encuentran su alivio en él.

(b) Tampoco se refiere al <diálogo del sacerdote> quien ofrece una ayuda basada en la moral religiosa, donde los consejos y observaciones del sacerdote, que están basadas en un preciso código de conducta, alivian a través de una alianza con el SuperYo del sufriente. Muchas personas encuentran un alivio sincero en este diálogo de tipo espiritual, donde el perdón y la esperanza se apoyan en la fe.

(c) Tampoco me refiero al <diálogo del amigo> quien en el mejor de los casos escucha atentamente y aconseja de buena fe, ubicándose en los zapatos del otro. Sabemos que es inevitable que el amigo <al colocarse en los zapatos del otro> se identifica con su amigo y es desde esa identificación que dará sus opiniones y consejos. Muchas personas tienen un confidente, el cual es un amigo, que ayuda en esos momentos críticos al actuar como un alter ego y ofrecer un apoyo efectivo al Yo, en momentos de angustia y de difíciles decisiones.

(d) No me refiero al <diálogo que ocurre con el quiromántico> la misteriosa y talentosa leedora de cartas, el lector astral o el que recomienda ciertos cristales preventivos o curativos que ciertamente ofrecen ayuda a través de la ideología mágico religiosa que logran una cierta efectividad a través del <poder de la sugestión>.

(d) Tampoco me refiero al <diálogo del profesional de salud mental> que realiza entrevistas estructuradas o sesiones de consejo y orientación ambas basadas en el previo conocimiento universitario que tiene el entrevistador. Este entrevistador cree poseer un saber sobre el otro. Cree entender lo que al otro le pasa y lo que el otro necesita hacer para aliviarse. Desde este lugar de saber le da con toda la buena Fe del caso, sus mejores recomendaciones y consejos. Efectivamente muchas personas sufrientes y preocupadas desean consejos y escuchar a alguien que les diga lo que deben hacer.

(e) Muchas otras veces, todos estos tipos de ayuda o <tipos de diálogo> solo ayudan parcialmente o son simplemente inefectivos. Y el mismo problema se les presenta una y otra vez. Caen muchas veces en el mismo hueco. Entonces se abre la posibilidad para un tipo de diálogo diferente. El diálogo al cual me voy a referir es el <diálogo psicoanalítico>. Este es un diálogo especial en el cual el que hace las veces del analista ocupa un lugar y una posición muy particular. Este diálogo psicoanalítico o de psicoterapia psicoanalítica puede llegar a producir algo que los medicamentos no pueden ofrecer ni tampoco lo ofrecen las ayudas espirituales, ni las terapias de orientación y consejo, ni los recursos extremos esotéricos. Me refiero a que el diálogo psicoanalítico permite que aparezca en el sujeto sufriente un conocimiento nuevo sobre si-mismo. Un conocimiento que no tenía antes.

Afirmo que con este diálogo tan especial el paciente puede aprender, puede descubrir algo sobre las causas de su sufrimiento y las alternativas para su cura. Descubre las crueldades de su moral y la naturaleza de su sexualidad. Aprende a descubrir los misteriosos orígenes de su personalidad basados en su existencia temprana.

Este tipo de diálogo fue introducido a comienzos de este siglo por Sigmund Freud y él lo llamó Psicoanálisis. A lo largo del siglo 20 han aparecido muchas otras formas de ayuda al sufriente basadas en este tipo de diálogo psicoanalítico. Estas variaciones del psicoanálisis clásico aparecieron como una alternativa para hacer más efectivo y breve el procedimiento analítico y hacerlo más accesible a una enorme masa de personas necesitadas de ayuda. Sin embargo

todo diálogo que surge de cualquier sujeto que ocupe el lugar y la posición analítica es un diálogo psicoanalítico. No importa si el sufriente este sentado, parado o acostado. No importa si la frecuencia es de una, dos, tres, cuatro o más veces por semana. Si el sujeto entrevistador ocupa verdaderamente el lugar y la posición analítica ese diálogo es psicoanalítico independientemente de quien lo ponga en acto.

La especificidad del acto analítico

Como ven en esta declaración, sostengo que la especificidad del psicoanálisis no la define, ni la garantiza, el encuadre analítico, ni el diploma por sí mismo. Más bien la define <el lugar y la posición> que ocupa el sujeto que hace ese tipo de diálogo.

Lugar del analista

El lugar del analista es el de la escucha privilegiada, donde el analista es colocado según sea la dinámica de la transferencia. Es el lugar del semblante o si se quiere el lugar de la pequeña (a). Toda sesión psicoanalítica transcurre bajo los efectos de la transferencia. No puede ser de otra manera. El analista va a ocupar diversos lugares durante el desarrollo del proceso analítico. Ocupará el lugar que la estructura de la transferencia le asigne. El analista no se coloca: el analista es colocado según la historia infantil del analizando. Esta transferencia va a permitir revelar elementos inconscientes inéditos de la historia infantil del analizando revividos en transferencia. Se trata de elementos vivenciales que van a complementar lo hablado por el paciente utilizando su capacidad de memoria. El analista en su receptividad emocional puede recibir todas esas identificaciones proyectivas del analizando para hacer con ellas continencia y reverie. A la vez el analista tiene que estar alerta ante los recuerdos encubridores, los engaños mnémicos y la violencia de la memoria. El analista podrá señalar, interrogar o interpretar la transferencia en los momentos cruciales del proceso analítico. La escucha analítica se ejerce sin hacer juicio de valor. A eso Freud lo llamó: neutralidad del analista.

La inevitable presencia de la transferencia

Quiero aclarar que aun cuando toda sesión ocurre bajo los efectos de la transferencia, esto no quiere decir, que es necesario u obligatorio interpretar la transferencia en cada sesión. El abuso de la interpretación transferencial corre el riesgo de banalizar la transferencia. Por lo tanto soy de la opinión de que ésta sólo debe ser interpretada cuando hay presencia de angustia transferencial o resistencia. Esta transferencia construida con los objetos de identificación tempranos del analizando se va a desplegar en el eje narcisista. Es oportuno mencionar que esta tarea asumida por el analista, de soportar analíticamente el peso de la transferencia, no es tarea fácil. Soportar el sentimiento de ser amado u odiado, como señuelo de objetos del pasado, manteniendo su deseo y su vida personal fuera de este proceso analítico, una y otra vez, por diez horas diarias, no es tarea fácil. De nuevo el imperativo de análisis profundo y amplio para el analista queda confirmado y a la vista. Sin esa preparación no es posible recibir y soportar la transferencia sin enfermarse.

Posición del analista

Cuando el analista decide intervenir con su palabra, lo hará desde una cierta posición. ¿Cuál es esa posición del analista? Es aquella en la cual el analista al pronunciar su palabra o su silencio lo hace desde la posición del sujeto castrado, vaciado de verdad-toda. El analista asume la posición de no-saber. Lo que analista aprende del paciente lo hace escuchándolo sin prejuicio alguno y sin ejercer un juicio de valor. En su decir no satisface la demanda del analizando. A esa característica Freud la llamó: abstinencia del analista.

La demanda del analizando

Cada vez que el analista habla, el analizando espera que éste lo haga con toda su sabiduría. El analizando cree que la palabra del analista le ofrecerá finalmente la verdad revelada y por esta vía encontrará la felicidad. El analista es así depositario en transferencia de todo el saber y amor que el analizando espera recibir. El analista lo sorprende y lo frustra al no satisfacer la demanda ni darle

esa verdad revelada. Más bien interviene puntuando, cuestionando, interpretando y llevándolo de nuevo a trabajar analíticamente en la búsqueda de su verdad. De esa verdad perdida, que siempre encontrará el analizando o paciente en su propia mente. Esta es la esencia de la abstinencia del analista.

La ironía está en que esta verdad siempre se encuentra en la misma mente del analizando en su psique y no en el lugar del analista. Por eso el analista aun cuando interpreta está interrogando al inconsciente del analizando. El analista tiene que intervenir desde la posición del no-saber, porque el saber está en el otro.

Ocupar esta posición analítica tampoco es tarea fácil, ya que el analista tiene un problema inevitable, inherente a su oficio y es que sabe demasiado. La experiencia de los años de práctica le enseña mucho sobre sí mismo y sobre la condición humana. El saber demasiado es el peor peso.

Lo difícil mantener el diálogo analítico

El diálogo analítico exige de ambos participantes unas ciertas condiciones. Del paciente exige una tolerancia a no recibir una respuesta suficiente y completa a su demanda de alivio y felicidad. Por parte del analizando se requiere: una cierta tolerancia a la frustración.

Al analista se le va a exigir que ocupe su lugar y su posición en el proceso analítico. Cuando surge una demanda de análisis por la presencia del sufrimiento psíquico o de algún síntoma, el paciente que aún no deviene analizando, hace un llamado al otro al que le supone un saber. Hace un llamado al saber en otro.

El paciente le otorga al analista un saber y con esto un poder. Este lugar otorgado proyectivamente por el paciente es un lugar sin falta donde el analista es concebido como un ser completo y como un sabio. En términos psicoanalíticos decimos siguiendo la teoría de la castración, que se trata de un sujeto analista no-castrado. Poseedor de la verdad toda. Se espera de él que ocupe su lugar del saber, que sostenga silenciosamente con su escucha atenta, el discurso del

paciente que podría convertirse en un analizando. Cuando el paciente disminuye su simple queja y deseo de recibir pasivamente un alivio y comienza a interrogarse sobre su sufrimiento ha instalado el síntoma en el proceso analítico, decimos que ha pasado de paciente a analizando. Ha pasado del síntoma clínico al síntoma analítico. Ha pasado de lo fenomenológico descriptivo, al trabajo de la incógnita. Ha pasado de hablar a asociar. Por esta vía es capaz de indagar en su interioridad buscando su verdad. El analizando va a realizar así un trabajo analítico, que consiste en tratar de descubrir sus verdades inasibles siempre en fuga y su deseo extraviado.

Así pues por parte del analista se requiere: que ocupe su lugar y su posición en el proceso analítico. Por otra parte el analista le va a sostener la búsqueda al analizando al evitar hacer intervenciones o interpretaciones que le obturen o taponen su falta o si se quiere su incompletud. No le da respuestas finales a ninguno de los puntos de su búsqueda. Sin embargo este camino de la dupla psicoanalítica está lleno de obstáculos ya sea en el campo del analizando a través de las resistencias o en el campo del analista por diversas vías.

Solo así podrá ofrecer lo más importante. Me refiero a: (1) La confidencialidad absoluta que es el <pilar fundamental> sobre el cuál descansa el acto analítico. (2) No hacer <juicios de valor> de ningún tipo ya sean morales, religiosos, políticos o personales. Muchas veces el análisis es considerado amoral por esta razón. El analista no tiene valores morales que imponer, pero tiene su ética (3) Va a ejercer una ética psicoanalítica que consiste en la búsqueda de la verdad interior, perdida que siempre será inconsciente.

Capítulo 37

ENTREVISTA PRELIMINAR

Cuando existe una demanda de análisis el paciente procede a ubicar el nombre y el teléfono de un terapeuta que subjetivamente le ofrezca confianza. Generalmente es alguien recomendado por una persona cercana o alguien que le merece confianza y respeto. La simple llamada telefónica inicia una relación subjetiva con el otro que le responde el teléfono. Desde ese momento se inicia una relación de transferencia. La voz al otro lado de la línea, evoca sentimientos en el sujeto que ha llamado. Esa evocación de sentimientos involuntarios es el inicio de una relación de transferencia.¹⁰³

Las entrevistas preliminares funcionan como entrevistas de diagnóstico o llamadas también de evaluación diagnóstica. En estas entrevistas preliminares ambos miembros de la dupla se evalúan mutuamente. El paciente en su temor e inseguridad va a evaluar al terapeuta en su forma de hablar, de escuchar, de preguntar. En su forma de plantear las cosas. Va a evaluar su puntualidad, el arreglo de su sala de espera, todos los detalles de su consultorio. Si algún detalle le revive traumas anteriores, ese paciente no dice nada, pero no regresa a la próxima cita. Simplemente piensa que no le gustó.

Por su parte el terapeuta o analista en la primera entrevista solo pregunta los datos básicos iniciales: el nombre y el teléfono ya los tiene anotados desde la llamada telefónica inicial, por lo tanto <eso no lo pregunta>, procede a preguntarle por otros números telefónicos adicionales, por su dirección física, por su dirección electrónica e-mail y luego pregunta quien lo refirió, lo cual es un asunto de mucha importancia¹⁰⁴ y finalmente pregunta por su edad. El resto de los datos de identificación, como pueden ser: su estado civil, su profesión, sus creencias religiosas, sus datos de su familia, etcétera no se preguntan. Eso saldrá espontáneamente en el resto de la entrevista o no saldrá, lo cual tiene valor diagnóstico. Es necesario

¹⁰³ Jacques Lacan y su escuela la van a denominar: Transferencia imaginaria y es vinculada a la teoría del sujeto supuesto saber: <SSS>.

¹⁰⁴ La pregunta: ¿Quién lo refirió? es inevitable que el terapeuta se la pregunte a sí mismo. El terapeuta se pregunta ¿Porque yo? Es claro que el saber la <fuente de referencia> ayuda a entender porqué el terapeuta seleccionado fue uno y no otro.

tener paciencia para seguir escuchando en las sucesivas entrevistas preliminares. Algo debe estar claro: No hay ningún formulario o planilla que llenar. No se requiere de llenar ninguna información preliminar obligatoria. Transformar la entrevista preliminar en un interrogatorio para llenar una historia clínica de tipo institucional, es contrario al propósito y al sentido de la entrevista preliminar. Por lo tanto la entrevista se define como una entrevista no-estructurada. Es una entrevista libre, donde solamente se pregunta: que lo trae a Ud. por aquí.

Se trata de verdaderamente escuchar lo que la persona tiene que decir. De escuchar con el tercer oído y ver con el tercer ojo. Esto quiere decir: escuchar con el oído del entendimiento, no con el oído del juicio moral. Al escuchar atentamente sin prejuicio, sin hablar, en un silencio atento, el terapeuta se propone intentar entender los mecanismos mentales invisibles, presentes en el funcionamiento de esa mente humana que está hablando. Poco a poco el tipo de mente, los mecanismos mentales usados por el paciente, se van presentando claramente al oído del terapeuta.¹⁰⁵

En lo personal prefiero pedir al paciente que me hable con sinceridad y a cambio yo le ofrezco guardar confidencia de todo lo que me diga. Esta oferta que hago la tomo muy en serio. Estoy convencido que puedo honrar la oferta de confidencialidad ofrecida. Así pues muchas cosas delicadas y comprometedoras que escucho en la entrevista no son escritas en el cuaderno de notas clínicas. Lo escuchado va a quedar guardado solamente en mi mente. Aquí debemos recordar el trabajo de Sigmund Freud sobre El block maravilloso.¹⁰⁶

¹⁰⁵ El analista escucha, sin proponerse, los tres elementos invisibles, que constituyeron la mente originaria de ese sujeto del inconsciente. Me refiero a (1) El tipo de relación de objeto. (2) El tipo de angustia y (3) El lugar que ocupa el falo, en ese sujeto, en ese momento particular de su vida.

¹⁰⁶ El trabajo titulado <Block maravilloso> fue escrito por Freud fue en 1925. Se trata de una breve reseña donde nos describe un nuevo juguete de escritura que apareció en Viena para el disfrute de los niños, llamado el <Block maravilloso>. Hoy en día se podría llamar: <La pizarra mágica>. En este <Block>, lo escrito se borraba al separar la hoja superior de celofán, de la hoja inferior de cera. Freud utiliza este modelo para ejemplificar su teoría de la percepción y la memoria permanente y no/permanente. Este modelo del <Block maravilloso> también nos sirve para ilustrar en metáfora la capacidad del analista de percibir claramente

Es oportuno mencionar que el terapeuta tiene responsabilidades civiles para con su paciente y para con la comunidad donde practica su oficio o si se quiere: para con la sociedad. Esto quiere decir que es oportuno y necesario que el terapeuta sepa resguardarse de futuras posibles demandas por mala práctica. Esto significa que debe llevar un archivo personal ordenado de sus historias clínicas. En las instituciones ese documento llamado historia clínica sirve para darle continuidad al caso a través de otros servicios médicos del mismo hospital. También sirve para darle continuidad con otros futuros terapeutas que atiendan a la misma persona. Esa historia clínica tiene valor y utilidad legal en caso de presentarse en el futuro algún juicio en la dirección del propio hospital o en los tribunales de la nación. En la práctica privada debe llevarse una historia clínica, solo que esta es privada, es decir es personal del consultorio privado. Con el propósito de protegerse a sí mismo, el terapeuta lleva una carpeta o historia clínica para cada paciente. A mí me es más útil y simple llevar una hoja en un cuaderno donde cada paciente tiene su hoja con la fecha de la consulta inicial. En esa hoja escribo los datos básicos, la fecha y progresivamente a medida que se van revelando, agrego los datos personales y familiares. Luego escribo en la misma hoja el genitograma con nombres y edades de los familiares y algunos otros datos [no delicados] sobre el esquema familiar.

Con el propósito de proteger al paciente esta historia clínica debe ser muy breve, tal como la he descrito en este capítulo. Aquí es oportuno aclarar que la historia clínica es un material confidencial. La ley protege la confidencialidad, el secreto profesional del Psicoterapeuta, al igual que protege la confidencialidad del abogado o del sacerdote. Todos sabemos que el Terapeuta no está obligado a declarar en un tribunal lo dicho en confidencia por su paciente . Pero a pesar de toda esta protección legal, es recomendable no es-

(escribir en esa hoja especial del Block) el material producido por el analizando y luego al final de la sesión, levantar la hoja de celofán y borrar de nuestra conciencia lo escuchado durante esa hora analítica. Solo cuando el analista está en <identificación> con el analizando <en simetría>, es cuando <no se puede> borrar lo escuchado. Ese material continuará habitando insistentemente la mente del analista e incluso puede hacer presencia en su vida cotidiana y en sus sueños.

cribir asuntos delicados y confidenciales en ninguna historia clínica. Eso lo guarda el terapeuta en su propia mente utilizando su capacidad de memoria.

Al concluir las entrevistas preliminares se procede a dar ofrecer, una opinión profesional al paciente. En esta devolución se plantea el tipo de problema en términos de síntomas que el terapeuta ha identificado, que ha observado a lo largo de las dos o tres entrevistas preliminares. El precisar el problema es ofrecer un cierto diagnóstico. No se requiere de dar un diagnóstico tipo DSM4. No se trata de una evaluación psiquiátrica, ni psicológica. Se trata solo de dar una opinión profesional sobre el problema y de su posible gravedad, o no. Luego es necesario dar unas sugerencias en relación a cómo se debe proceder. Es posible que el terapeuta decida tomar el paciente en terapia psicoanalítica o de referirlo a otro colega. La experiencia enseña que no es recomendable tomar en terapia simultáneamente a diversos miembros de la misma familia. Uno no trata a la madre y a su hija adulta en forma simultánea. Sabemos que es inevitable que la transferencia enrede y complique el proceso terapéutico de ambas personas. Por eso es preferible y claramente recomendable que el terapeuta tome un caso y refiera el otro. Si la terapia es de pareja es preferible verlos en forma conjunta, simultánea presencial: se trata de las dos personas presentes en la misma sesión.

Capítulo 38

ENCUADRE ANALÍTICO

El encuadre analítico [setting] refiere a las normas que se establecen de mutuo acuerdo al iniciar el trabajo de la terapia analítica. A veces se le denomina el contrato analítico, que igualmente refiere al convenio verbal de mutuo acuerdo que precisa la forma en que se va a trabajar durante la terapia. Cuando esto ocurre y se ha establecido o se ha definido el encuadre de trabajo analítico, usualmente ya se han realizado al menos dos o tres entrevistas preliminares.

Entrevistas preliminares

Aquí aprovecharé para aclarar algunas cosas adicionales no mencionadas en el capítulo anterior. Las entrevistas suelen durar 45 minutos. Como ya dije se denominan de diagnóstico y sirven para que ambos miembros de la pareja terapéutica se conozcan. A veces es importante decirle al paciente con anticipación que la entrevista inicial y la siguiente son exclusivamente sesiones preliminares de evaluación y de diagnóstico. Se puede aprovechar ese momento para dejar claro el costo de cada una de las sesiones.

El terapeuta va a escuchar al paciente en silencio. Estas entrevistas preliminares van a permitir decidir si pueden trabajar mutuamente. Al final de las dos o tres 'sesiones preliminares' se ofrece al paciente un resultado de estas entrevistas. Este resultado consiste en ofrecer una opinión profesional del problema y de la situación que ha presentado el paciente. No es necesario, ni es recomendable dar un diagnóstico psiquiátrico. Recordemos lo dicho en el primer capítulo: la clínica Psicoanalítica es diferente de la clínica psiquiátrica. En la devolución es preferible referirse a los síntomas presentados por el paciente. Es decir ubicar la naturaleza del problema en términos de síntomas.

Lo importante es la recomendación o sugerencia que el terapeuta va a ofrecer. El terapeuta puede recomendar una psicoterapia de tal o cual frecuencia: una, dos o tres veces por semana. A veces diaria. A veces es preferible terapia de pareja, de familia o de grupo. Para todo esto existen argumentos y razones convincentes que son pre-

sentadas con claridad al paciente. A veces es preferible remitir el paciente a otro terapeuta. Todo depende del caso, de sus recursos económicos y de la disponibilidad de tiempo del entrevistador terapeuta.

Hoy en día en las ciudades superpobladas del tercer mundo he encontrado nuevos obstáculos al trabajo psicoterapéutico de alta frecuencia. La movilidad vehicular se convierte en un problema para la puntualidad en la asistencia. He encontrado una forma de aliviar el problema: <pegar dos sesiones> y hacer 90 minutos de trabajo en vez de los usuales 45. Naturalmente los honorarios que se generan corresponden a dos sesiones. Esto permite dos encuentros semanales de 90 minutos cada uno, en vez de cuatro encuentros semanales obstaculizados por el tráfico vehicular. El tráfico en estas súper ciudades del tercer mundo a veces es endemoniado y se detiene totalmente por marchas políticas, huelgas de trabajadores, huelgas de hambre realizadas en la vía pública, asaltos múltiples violentos, secuestros, inundaciones, etcétera.

En relación al encuadre del trabajo de parejas y de familia es oportuno precisar que se necesitan dos sesiones pegadas para un total de 90 minutos de trabajo cada vez. Trabajar con un formato de 45 minutos en parejas o en familia es insuficiente y reduce la eficiencia, no es recomendable. El encuadre de 90 minutos ha probado ser mucho mejor.

Capítulo 39

EL ASUNTO DEL DINERO

¿Por qué es conveniente y necesario que un paciente pague para ser escuchado? ¿Por qué es negativo para el proceso analítico tratar a alguien en forma gratuita? La eficacia del análisis está mediatizada por la presencia de un intercambio en el cual el analizando le paga honorarios al analista. ¿Por qué es esto así? Sabemos que el proceso de análisis requiere de una continuidad en el tiempo durante el cual el analizando va a luchar con sus propias resistencias al deseo de saber de sí mismo. El dinero pagado al analista le otorga un derecho a su tiempo y un derecho a ser escuchado, sin necesidad de gratitud, ni de sentimientos inconscientes de culpabilidad.

El analizando asiste a la sesión y paga por ella. Tiene el derecho a esperar un trabajo de análisis. La transferencia analítica de desarrolla a través de un semblante [sostenido por la figura del analista]. Este semblante se sostiene cuando se pueden proyectar en la figura del analista los sentimientos tiernos y cariñosos. También los sentimientos contrarios. Pueden proyectarse sentimientos destructivos y cargados de odio. La mediación del dinero facilita a lo largo del proceso analítico, el derecho a trabajar es decir a hablar de esta relación con su analista. Si el análisis es gratuito, la gratitud y la deuda simbólica con el analista obstaculizan, eclipsan y distorsionan innecesariamente este proceso de trabajar la transferencia.

El dinero y la angustia

Una cosa es el dinero y otra cosa son los honorarios profesionales. Sigmund Freud decía que la relación que las personas tienen con el dinero está influida por los poderosos factores sexuales ya que el dinero es un símbolo fálico y de poder. La ausencia de dinero en sí mismo, puede crear una desagradable angustia de fracaso, es decir de castración. Es conocido que hablar sobre el dinero es angustioso. Precisar las cuentas y exigir el pago es angustioso, tanto para el analista como para el paciente. A nivel transferencial el analista escuchará [e intentará comprender] cada vez que el analizando le plantea su preocupación económica cuando aparece una nueva dificultad para pagar. Por esta vía va a quedar abierta la pregunta por

la naturaleza del deseo del analizando o por su <necesidad de Goce>. ¹⁰⁷ Es posible preguntarse: ¿Cuánto de Goce puede estar involucrado en un retardo o un olvido del pago de honorarios, sin tener relación verdadera con la realidad económica del analizando?

El dinero y Lo Real

El dinero como figura de intercambio pertenece al orden simbólico. Pero en la cura analítica el dinero y su efecto que consiste en la posibilidad de que al pagar, se puede continuar el análisis, hacen que el dinero pertenezca al orden de Lo Real. Es decir, todo aquello que ocurre de repente, lo que no está atravesado por el significante, lo que sorprende, eso es Lo Real. Este Real hace presencia arbitraria en la sesión cuando el analizando no paga lo convenido según el encuadre analítico aceptado previamente por ambas partes. Lo más importante es que este Real de <no pago> va a tener efectos en ambos miembros de la dupla analítica.

El dinero y las necesidades del analista

El analista debe tener cubiertas sus necesidades básicas para trabajar con tranquilidad y seguridad. Se insiste una y otra vez en las necesidades económicas del analista y de la dificultad de decidir en soledad cuál será el valor justo, de dinero a cobrar, por cada sesión psicoanalítica. Frida Fromm-Richmann ¹⁰⁸ dijo en 1960 que el analista debe tener cubiertas sus <necesidades sexuales, económicas y de prestigio> para ejercer con eficacia y sin angustia la psicoterapia psicoanalítica.

El valor disminuido del trabajo

Es común que los psicoterapeutas noveles, los que se inician en este oficio, tengan muchos problemas con el cobro de honorarios adecuados. Es decir los honorarios que correspondan a un monto de dinero justo y adecuado. La mayoría desvalorizan su trabajo y sus

¹⁰⁷ Este concepto refiere al: <sufrimiento necesario> para mantener el equilibrio mental.

¹⁰⁸ Frida Fromm-Richmann [1960]: Psicoterapia Psicoanalítica. Editorial Paidós B.A.

honorarios no reflejan el verdadero valor del mismo. Cobran muy poco. Una y otra vez se plantea la pregunta: ¿Cuál es el valor justo de una sesión de psicoterapia psicoanalítica hoy en día? Muchos terapeutas dudan el propio monto cobrado por sus honorarios profesionales. Una vez conversando sobre este tema, alguien me dijo lo siguiente: ...'Cuando estando en alguna reunión social y sale el tema de mi trabajo, me preguntan: ¿Cuánto cuesta mi sesión de psicoterapia? Me pongo nerviosa, titubeo y me molesto. No sé que responder. Siento la pregunta como algo intrusivo y agresivo. Y entonces me pregunto ¿Por qué dudo? ¿Por qué el titubeo? ¿Será que tengo culpa inconsciente por cobrar mi trabajo? ¿Será que desvalorizo mi trabajo y no puedo responder con asertividad a la pregunta por el costo? ¿Será que este titubeo está relacionado con mi necesidad de sufrir? Muchos coinciden con la idea de que cobran honorarios bajos por temor a perder el paciente. Esto muestra inseguridad personal e inseguridad en lo que ofrece.

Aquí puede ser de utilidad una viñeta clínica: ...Una mujer golpeada y maltratada por el marido pide ayuda. Aparentemente no tiene con qué pagar, lo cual a veces es un simple prejuicio del terapeuta. La analista decide atenderla sin cobrar honorarios. La analista se decía a sí misma: tengo que ayudarla. Tiempo después la paciente le agradece su ayuda que reconoce como muy valiosa y le dice: ...'Que buena fue su ayuda sin cobrarme. Me pregunto ¿cuánto más me hubiera usted ayudado, si Ud. me hubiera cobrado? Esta analista luego afirma: he aprendido que el paciente desconfía y desvaloriza lo gratuito o lo barato.

Consecuencias del pago al analista didacta

Generalmente el monto pagado por el estudiante o el candidato a su analista didacta [durante la formación] que dura varios años, se va a constituir en la mente del candidato, en una cifra de referencia con la cual el futuro analista se sentirá cómodo de cobrar. Cobrar luego más allá de ese monto podría resultar como un monto transgresor. Entonces aparece el fenómeno de la culpa inconsciente y el futuro terapeuta no cobrará más allá de lo que le pagaba a su propio analista.

Aparece así la idea de los efectos negativos de no tener otra referencia del monto de honorarios justos. Aquí se plantea la utilidad de tener una 'referencia institucional' relacionada con el valor justo de la sesión analítica. Sabemos que como referencia de costo solo existe el monto cobrado por el analista didacta y por el supervisor oficial que los candidatos pagan. Resulta que este monto es un monto especial reducido. Se trata de honorarios especiales [reducidos] que se ofrece a los candidatos y estudiantes en entrenamiento para ser psicoterapeutas. Ocurre y es lo frecuente, que el analista experimentado en funciones didácticas no aclara el verdadero costo de su sesión al candidato. La experiencia muestra, que posteriormente, los candidatos cobran honorarios similares o por debajo de lo que pagaban a sus respectivos analistas. Así los egresados cobran honorarios muy bajos a sus pacientes y continúan con esta práctica de honorarios muy bajos desvalorizando su trabajo y presentando dificultades para mantener a sus respectivas familias. He oído quejas de que la práctica del psicoanálisis no produce suficientes ingresos como para mantener una familia. Mi opinión es que esto es falso. Lo que ocurre es que desvalorizan su propio trabajo y cobran cifras irrisorias.

Se considera recomendable que el analista experimentado aclare a sus candidatos que ellos están disfrutando de los honorarios especiales, en relación al verdadero valor de su sesión. Aclara que ese costo es pagado por los paciente regulares. Esta cifra sería solo un valor de referencia que tiene su utilidad para todos. Para que luego, según la regla del caso por caso, cada candidato y cada analista podrá cobrar el precio que mejor convenga y que mejor se atiene a las disponibilidades económicas de sus pacientes.

El ejercicio profesional y los beneficios

Sea cual sea el valor justo de la sesión la práctica del psicoanálisis debe ofrecer al analista una vida económicamente decente, digna y respetable. Admitimos que nadie se va a hacer rico con esta práctica, pero tampoco es lógico que el dinero producido honradamente y dignamente con su práctica, no le permita pagar los gastos de vida para sí mismo y para su familia. Además debemos recordar que la inversión de dinero y de esfuerzo en adquirir el conocimiento du-

rante el pregrado y luego en la formación debe tener un justo retorno.

Valor y costo de la sesión

Una cosa es el valor justo de la sesión, que resulta ser una cifra teórica, determinada por el costo de la vida y los valores culturales del momento. Otra cosa es el costo de la sesión. El costo refiere al monto que el paciente puede pagar por la sesión. Una cosa es el valor y otra cosa es el costo. Se acepta que el valor es arbitrario pero relacionado con el costo de la vida de la ciudad donde se práctica. Por eso es necesario distinguir entre una cifra cara y una cifra costosa. Lo caro es lo que se considera un precio exagerado [no justificado]. Lo costoso es lo que uno no puede pagar, pero el precio es justo. La práctica de la Psicoterapia psicoanalítica es un oficio o si se quiere una profesión. Es justo que lo producido por el ejercicio de este trabajo delicado, peligroso, difícil y honorable, que requiere de vocación y de un costoso entrenamiento debería cubrir con creces el costo de vida de la familia del analista.

Honorarios según el género sexual

Es imposible evitar abrir el tema del género, sobre la diferencia en el cobro de honorarios, que existe entre, los analistas hombres y las analistas mujeres. Es común escuchar la opinión de que la mayoría de las candidatas mujeres y luego convertidas en analistas mujeres, tienen a sus maridos que le subvencionan la formación y luego le subvencionan la práctica analítica. Simplemente los maridos mantienen sus hogares. Está claro que esta idea no aplica a todas las analistas mujeres, pero sí a más de la mitad, es decir a la mayoría simple. Esta situación conyugal permite a las mujeres poder cobrar honorarios muy bajos sin preocuparse por los ingresos familiares mensuales. Hasta que llega el día en que enviudan o se divorcian. Entonces se enfrentan con el problema del verdadero costo de las sesiones. Ahora tienen que mantener sus hogares sin subvención. Los analistas hombres tienen que enfrentar este asunto desde el inicio de su carrera. En nuestra sociedad caraqueña no existen analistas que disfrutaran de una riqueza heredada de sus familias, rique-

za que no proviene de su práctica como psicoanalistas. Todos nosotros vivimos de nuestra práctica profesional.

El pago de sesiones no asistidas

Cuando se abre el tema del pago de honorarios durante las ausencias del analizando, sean estas ausencias producidas por inasistencia a la sesión o motivada por una enfermedad o por viajes de trabajo o por vacaciones, se abre una discusión sobre la importancia de precisar esos detalles en el momento de establecer el encuadre analítico al inicio del tratamiento. Muchos admiten que descuidan ese aspecto del encuadre con cierta frecuencia. No precisan las condiciones y obligaciones de la dupla analítica en su momento oportuno y luego se les complica innecesariamente el proceso analítico.

Es importante dedicar cierto tiempo a la discusión del tema del pago de 'sesiones no asistidas' por el paciente. Podemos comenzar por discutir el pago de las vacaciones del analizando. ¿Qué hacen los analistas con eso? Existe bastante consenso en el manejo técnico de las vacaciones del analizando, en el cual se procede de la siguiente manera y así debe quedar aclarado en el inicio del tratamiento: (a) En caso de sus vacaciones, para conservar sus horas, el paciente debe pagar las sesiones de ausencia. (b) Si esto no es posible, entonces se suspende el tratamiento temporalmente hasta el regreso de su ausencia y en ese caso no se garantiza que las mismas horas estarán disponibles. (c) En algunos otros casos que tienen verdadera limitación económica se puede proponer <compartir las pérdidas> y el paciente paga solo la mitad del monto y conserva sus horas [oferta del 50/50]. (d) Hoy en día es posible proponer mantener algunas sesiones por teléfono durante la ausencia por vacaciones.

La reposición de las horas perdidas

Es necesario y útil definir y plantear claramente este asunto durante el establecimiento del encuadre. Por ejemplo: Una sesión se puede cambiar si se avisa con 48 horas de anticipación y solo se puede cambiar dentro de la misma semana. No es posible llevar una se-

sión de una semana a la semana siguiente. Tampoco hay obligación de cambio por parte del analista, solo se ofrece la buena disposición para el cambio, cuando este cambio de hora es posible. Las horas perdidas se deben pagar como asistidas. En caso de enfermedad, si no se puede usar el teléfono para hacer la sesión vía teléfono o vía <Skype> es preferible interrumpir temporalmente, sin el compromiso de guardar las horas.

Cuando se retrasa el pago

Durante la definición del encuadre se precisa la fecha y la forma de pago. Pago diario, semanal, mensual u otra forma, en efectivo o en cheque. ¿Qué hacer cuando se retrasa el pago? Si se incumple con el convenio establecido de pago, el analista puede expresar su interés de <examinar y conciliar la cuenta> según lo convenido por las partes. Así abre la posibilidad para conversar sobre cualquier problema o dificultad en realizar el pago en la fecha y la forma convenida. Generalmente se recibe una explicación y esto lleva a un nuevo arreglo de pago, con puede ser una nueva fecha. Cuando llega esa nueva fecha, de nuevo se invita a conciliar la cuenta. Si el retraso en el pago es considerado un síntoma, entonces se menciona esto y se trabaja [se habla] del posible sentido oculto del retraso o incumplimiento en el pago.

Algunos opinan sobre la conveniencia de que el terapeuta deba tener interiormente establecido un tope, es decir una cifra máxima para sostener el retraso del pago. Por ejemplo si a la cifra es de dos meses y en ese momento no hay pago, el análisis debe suspenderse. A menos que se llegue a un nuevo arreglo. Por ejemplo la propuesta de pagar más adelante con el bono de navidad la deuda completa. Estos nuevos convenios lo decide la dupla analítica.

El asunto de la jerarquía analítica

Algunos piensan que la jerarquía analítica representada por la experiencia y la antigüedad, tiene un peso a la hora de definir honorarios. Proponen que no es lo mismo el costo de la sesión de un candidato que se inicia y el costo de la sesión de un analista con muchos años de experiencia [didacta o no]. La discusión es amplia y se

presentan diversas perspectivas. Unos opinan que la sesión tiene un solo precio justo y no varía por la magnitud de la experiencia del analista. Lo que ocurre es que no todos los pacientes pueden pagar el 'precio justo' y se a veces, con mucha frecuencia, se acuerda 'un honorario reducido' debido a la limitación del presupuesto familiar del paciente. A veces los más experimentados analistas tienen cierto prestigio y una clientela más pudiente. Lo que redundaría en analizando que pueden pagar el valor justo. Este fenómeno va a establecer una diferencia natural, que no está relacionada con los años de experiencia o la jerarquía adquirida con méritos verdaderos, sino por el prestigio del analista.

El pago por vía de terceros

La figura del tercero ausente puede estar representada por las compañías de seguro que pagan el análisis. Hoy en día casi desaparecidas en Venezuela. Existe muy poca experiencia con este tipo de pagos en Venezuela. Muy pocos analistas [poquísimos] son pagados por las compañías de seguros extranjeras. Lo que sí es frecuente y es necesario hablar de eso, es el análisis de niños y adolescentes que son pagados por los padres, es decir por <la figura de un tercero>. Cuando los pacientes juveniles o infantiles mejoran y progresan en su desarrollo mental y los padres no están de acuerdo con este progreso que a veces es expresado en la adquisición de cierta autonomía e independencia de los valores familiares, entonces el tercero ausente [los padres] en su desacuerdo y disgusto, dejan de pagar los honorarios y se introduce una crisis ética en el análisis. El epilogo depende de muchos factores donde aplica la regla del caso por caso. A veces ocurre un final abrupto de análisis.

El pago por vía de trueque

Pocos analistas hacen o hablan de la posibilidad de aceptar el pago de honorarios por vía del trueque. Pocos han compartido su experiencia en este asunto. El trueque se define de la siguiente manera: <Cuando en el establecimiento del contrato de trabajo se acepta que los honorarios del analista sean pagados con el producto del trabajo del paciente>. Lo usual o común consiste en <artistas plásticos> que pagaban con obras de arte de su autoría o de <tra-

ductores> que pagaban con traducciones de documentos sus honorarios al analista. Lo usual en el convenio de pago es lo siguiente: Se establece el valor de la sesión y se establece que la obra valdrá el precio del mercado y se sacan las cuentas del número de sesiones pagadas con la obra entregada. Muchos analistas se sorprenden cuando en nuestras reuniones clínicas se habla de este procedimiento y lo consideraron bastante peligroso. Se plantea las posibles interferencias en la transferencia, consecuencias del pago por adelantado, para el caso que el valor de la obra exceda las horas de análisis ya realizadas. Se plantea las consecuencias transferenciales de la conformidad o no del analista con el trueque por la posible transferencia del analista como un obstáculo y el posible acting out del analista al aceptar un trueque que lo beneficia. La experiencia muestra que ha habido muy pocos problemas de este tipo cuando se ha convenido un pago de honorarios por vía del trueque.

Los casos que conozco han evolucionado a largo de varios años en forma satisfactoria. Esos casos no tenían otra opción que el pago por trueque. No tenían ningún dinero para pagar, ni siquiera honorarios muy reducidos. O era trueque o no era nada. El análisis gratuito es peor y más complicado el proceso transferencial y contra transferencial. Por lo tanto se aceptó el trueque y resultó satisfactorio sin provocar obstáculos insalvables en el proceso de análisis.

El asunto del recibo

¿Qué hacer con la entrega de los recibos por honorarios profesionales? En la época antigua en los inicios de la historia del psicoanálisis, en el momento de establecer el encuadre, se precisaba el monto a pagar y el analista aclaraba que no entregaría ningún recibo por este dinero. Esa eran las condiciones, no discutibles de aquellos tiempos. Hoy en día ese método ha cambiado. Se ofrece el recibo a todo paciente que así lo requiera, tal como lo estipula la ley. Hoy en día en Caracas este recibo debe ser elaborado por una imprenta autorizada por el recaudador oficial de impuestos. Ese es el recibo que la agencia oficial recaudadora de impuestos acepta como válido. Ese es el recibo que se ofrece.

Capítulo 40

CONFIDENCIALIDAD Y ASIMETRÍA [ALTERIDAD]

¿Por qué un analista inteligente y capaz, que ha sido entrenado adecuadamente, rompe la oferta de confidencialidad que sinceramente ha ofrecido al analizando? ¿Por qué algunos analistas hablan indiscretamente de sus analizandos en un ámbito social aún cuando no mencionen sus nombres? Creo que este tema de la ruptura voluntaria del secreto profesional es de enorme interés para nuestra comunidad analítica. ¿Si la confidencialidad ofrecida por el analista es tan importante, qué puede llevar a un analista bien entrenado a romper la confidencia?

Para aproximarnos a este complejo problema, propongo examinar un grupo de fenómenos que podrían afectar al analista y que lo llevarían entre otras cosas a la ruptura de la confidencialidad analítica. Me refiero a la presencia de (a) La angustia (b) La soledad (c) Las deficiencias narcisistas y (d) El síntoma del analista.

La angustia del Analista

Aparte de sus propias angustias y dificultades personales, el analista está sometido a los efectos de la cadena significativa provenientes del material que sus analizantes producen cada día. Si el analista, es de los que trabaja rutinariamente identificándose con el material que escucha, entonces esta identificación tendrá sus efectos. Cuando el analista se identifica permanentemente con el material producido por sus analizandos, lo hace porque es la única forma de entender ese material y por esta vía producir su intervención analítica. Este analista se encuentra en lo que llamamos simetría con su analizando. En ese momento ha perdido la alteridad. Esta simetría le va a producir un incremento en el montante de angustia. Cuando esta identificación ocurre, inevitablemente se activa el sistema de ideales del analista. Aparece un juicio de valor, que determina lo bueno y lo malo de lo que ha introyectado y por esta vía aparece la angustia. Creo que en todo proceso analítico ocurren momentos de simetría y asimetría. Es algo inevitable, pero el analista, que se reconoce en simetría con su analizando, busca rescatarse de ese lugar. La forma útil y provechosa de rescatarse es llevar el material clínico a laboratorios de psicoanálisis, grupos de supervisión o su-

pervisión con un colega todo esto realizado dentro de un compromiso profesional de confidencia y secrecía.

La dialéctica de la simetría y asimetría

Existe simetría en la dupla analítica cuando el analista está identificado con el material que el paciente produce en cada sesión (Lacan, 1962). Trabajar en simetría o asimetría no es un acto voluntario, no es una escogencia del analista. Sabemos que es recomendable trabajar en asimetría, pero para lograrlo el analista debe capacitarse para ello. Esto lo logra a través de su análisis personal. Por lo tanto la profundidad lograda en el análisis de futuro analista es muy importante. Es lo que determinará el límite de su acto. Cuando trabaja con dramas humanos que ya ha conocido en sí mismo, el analista puede trabajar en asimetría. En el caso contrario, va a caer inevitablemente en simetría. De esta simetría puede rescatarse al hablar en confidencia, supervisar con un colega, es decir un interlocutor calificado. El analista en formación debe tener la oportunidad de explorar los aspectos más oscuros, reprimidos de su vida sexual y destructiva. No hay duda de que por esta vía va a ampliar sus capacidades como analista.

Existe asimetría cuando el analista no se identifica con el analizante, está en atención flotante, escucha sin prejuicio el material emergente, mantiene la discriminación sujeto objeto, mantiene el yo soy yo, el <Yo no soy tú> y desde allí puede intervenir, desde donde no se le espera. No hay identificación con lo que el analizando dice, por lo tanto el monto de angustia es mucho menor. Las sesiones en que el analista está en asimetría le permiten borrar de su mente, todo lo que ha ocurrido cuando la sesión termina. Queda así preparado para recibir al siguiente analizando con una mente tranquila. Es oportuno citar aquí el <Bloc maravilloso>¹⁰⁹ de Freud. Este <Bloc> como metáfora lo he utilizado con frecuencia para describir esa capacidad analítica. Muchas veces podemos hacer que la sesión ya terminada se borre automáticamente de nuestra mente. Otras veces no ocurre así. Según sea el caso que nos toca atender, perdemos la <asimetría> y al terminar la sesión quedan muchos efectos en nuestra mente y no es posible borrarla.

¹⁰⁹ Refiere al Bloc maravilloso de Freud, a la <pizarra mágica> de hoy en día.

Otra vez el Block maravilloso de Freud

Freud escribió en 1925 una breve reseña donde nos describe un nuevo juguete de escritura que apareció en Viena para el disfrute de los niños llamado el <Bloc maravilloso>. En este Bloc, lo escrito se borraba, al separar la hoja superior de celofán, de la hoja inferior de cera. Freud utiliza este modelo para ejemplificar su teoría de la percepción y la memoria permanente y no permanente. Este modelo del <Bloc maravilloso> también nos sirve para ilustrar en metáfora la capacidad del analista de percibir claramente escribir en esa hoja especial del Bloc el material producido por el analizando y luego al final de la hora levantar la hoja de celofán y borrar de nuestra conciencia lo escuchado durante esa hora analítica. Solo cuando el analista está en identificación con el analizando en simetría, es cuando no se puede borrar lo escuchado. Ese material continuará habitando insistentemente la mente del analista e incluso puede hacer presencia en su vida cotidiana y en sus sueños.

El alivio de la angustia del analista

El peso de soportar diariamente el amor y el odio de transferencia hora tras hora en la soledad del acto analítico se hace más difícil si se trabaja en simetría. Cuando caemos por razones personales involuntarias en simetría la angustia o la tensión psíquica que va a aparecer en el analista lo va a empujar a buscar un confidente. Es decir, hablar con un otro lo que le está ocurriendo con algún analizando. Este desahogo catarsis va a ofrecer al analista la oportunidad de aliviar su tensión psíquica y su angustia. Generalmente este otro disponible son personas cercanas: el cónyuge o un amigo. Esta práctica es inaceptable porque si el que escucha también se identifica con lo escuchado, entonces lo que ocurre es que la angustia pasa de uno a otro. El que escucha tendrá que hacer algo con esa tensión psíquica y la cadena continúa.

Además de que se ha roto el secreto profesional. Si el analista desarrolla la capacidad de continencia de la angustia y el sufrimiento, entonces puede buscar con calma un interlocutor calificado. Esto lo encuentra en la figura de un colega supervisor con quien examina en confianza el material en cuestión. Soy de los que piensan que el analista progresa en su oficio y en sus conocimientos cuando examina constantemente su trabajo clínico, esto lo puede hacer en

el ámbito de un <grupo de supervisión> o de un <laboratorio de psicoanálisis>. Todo esto ocurre dentro de un compromiso mutuo profesional de confidencia.

La soledad del analista

El proceso analítico transcurre en la intensa intimidad secreta transferencial de la dupla analítica. Es una intensidad asimétrica, en donde el analista recibe y contiene en la modalidad reverie, las proyecciones del analizando (Bion, 1967). El analista realiza su acto analítico en la plena soledad de su posición analítica. Sabemos que ocurren cosas extraordinarias durante un proceso analítico. Todas esas cosas a veces son del orden del <horror> y otras veces del orden <lo sublime>. Ambas permanecerán olvidadas para siempre en el sistema preconsciente del analista. Esto es así porque la oferta de confidencia permanece vigente aún después de terminado el proceso. El analista se lleva sus secretos profesionales a la tumba. La naturaleza extraordinaria de la experiencia unida a la necesidad de compartir el hecho extraordinario <a veces empuja> al analista a romper el pacto de silencio. Esto ocurre con más facilidad si el analista tiene por razones de su historia personal deficiencias narcisistas importantes que sabemos no pueden ser modificadas por ningún análisis personal. A veces estas deficiencias narcisistas del analista, limitan la capacidad del analista de contener su soledad, su angustia y mantener el secreto profesional. En otro orden de ideas, soy de los que piensan que la práctica de este oficio de analista se realiza con más estabilidad y tranquilidad, si el analista tiene satisfechas sus necesidades básicas de amor, sexo, prestigio y dinero.

La deficiencia narcisista del analista

El análisis personal del analista debería ser tan completo como sea posible. El analista debería revisar lo más profundo posible su sistema de ideales [yo ideal y el ideal del yo]. Estos ideales son los que organizan y regulan la vida sexual y destructiva del sujeto. Es recomendable lograr explorar los aspectos más reprimidos de la sexualidad y de la destructividad del futuro analista. No hacerlo va a limitar sus capacidades analíticas futuras. No hacerlo dejará intacto y reprimidos importantes elementos de su vida pulsional. El problema está en los inevitables obstáculos al proceso analítico. El analizando se resiste a conocer lo reprimido. Pero también sabe-

mos que el analista puede señalar y abrir la oportunidad según sea el material emergente para que el analizando futuro analista <se atreva> a conocer lo reprimido de su propia vida sexual y destructiva.

Por esta vía el futuro analista amplía los límites de su acto y se capacita para actuar con cierta seguridad. El problema más serio se encuentra en el <lecho de roca>. Me refiero a las insuficiencias y dificultades narcisistas del futuro analista, que van a ser poco accesibles al análisis. Estas dificultades narcisistas van a continuar durante la vida profesional y a veces son responsables de la ruptura de la confidencialidad. Esto ocurre cuando por razones del azar el material del analizando coloca al analista en simetría y por sus dificultades narcisistas no va a disponer de la capacidad de continencia necesaria que le permita recurrir a la figura de un colega que en confianza haga las veces de interlocutor, supervisor y de depositario de lo intolerable. Al no tener en ese caso capacidad de continencia se desahoga en forma irresponsable en pleno acting out sin saber a plenitud la gravedad de lo que está haciendo.

El síntoma del analista

Durante el proceso analítico van a ocurrir muchas cosas. Es recomendable que el analista trabaje en asimetría y por lo tanto capaz de sostener la atención flotante y el semblante de la transferencia. Entonces podrá intervenir desde donde no se le espera y aparece el acto analítico puro. El analista intervendrá con intervenciones breves a veces enigmáticas que cuestionan al analizando. El propósito es dejar abierto el proceso, no obturar la búsqueda y relanzar al analizando a buscar más por medio de su asociación libre. A lo largo del proceso puede ocurrir que el analista se identifique y caiga en simetría con su analizando. En ese caso decimos que hace síntoma con el material presentado. Este material proveniente del analizando y que el analista ha hecho propio lo va a sufrir según su propio sistema de ideales y desde allí impulsado por el juicio de valor hace una intervención analítica. Es decir interpreta desde su síntoma. Esta intervención desde el síntoma del analista producirá un acto pedagógico, ortopédico o arbitrario. Pero no un acto analítico puro. Es decir pasamos a explicar teorías a enseñar acerca la vida, a aprobar o prohibir disimuladamente cosas o hacer un acting

out. Estas son cosas que nos pasan normalmente a lo largo de un proceso analítico y del cual nos rescatamos oportunamente. Pienso que durante el proceso todo analista podrá oscilar entre momentos de asimetría y de simetría. Por lo tanto durante el proceso analítico es natural encontrar <acto analítico puro> y otro tipo de actos como lo son el <acto pedagógico> y el <acto ortopédico>. Insisto en que todos estos actos son aceptables y ocurren normalmente durante la conducción del proceso analítico (Lander R, 1996).

Cada vez que estamos en simetría, el analista está en peligro de sufrir exagerados montos de angustia que lo puede empujar a romper la oferta de confidencialidad. En estos momentos es cuando el analista busca un colega para conversar supervisar en confidencia el caso en cuestión o llevarlo a un grupo de supervisión o a un <laboratorio de psicoanálisis>.

Capítulo 41

LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En nuestro mundo occidental le corresponde a los griegos el haber iniciado antes de Cristo el estudio de la ética. Para ellos los valores éticos refieren a las categorías del bien y del mal. Aristóteles planteó en su texto <Ética a Nicomaco>¹¹⁰ la mayor parte de los problemas éticos entre el bien y el mal y que luego ocuparían la atención de los filósofos morales. Con la aparición del Cristianismo va a surgir una nueva ética que se fundamenta en Dios y pasó a ser llamada la moral cristiana. En 1800 con el filósofo alemán GW Hegel las cosas son vistas de una manera diferente. Hegel en <La fenomenología del Espíritu> hace una diferencia entre <ética y moral>. También hace una diferencia entre <ética y estética> de tal forma que lo bello y lo bueno, así como lo feo y lo malo no necesariamente coinciden. Aparece la posibilidad de lo Bueno, que es feo.

Ética y moral

Hoy día es útil y necesario diferenciar la ética de la moral. Ambas refieren a un conjunto de valores que determinan una cierta conducta. La ética refiere a valores individuales. Cada sujeto tiene su propia ética. La moral refiere a los valores colectivos. Por ejemplo el decálogo cristiano que refiere a una guía de buena conducta, es una moral y recibe el nombre de: la moral cristiana. Así pues la moral se usa como patrón o guía para juzgar la conducta de los individuos.

Juicio moral

El juicio de valor será siempre un juicio moral ya que dicho juicio corresponde a unos valores que alguien en representación de un código social dado, aplica a un individuo. Ese juicio realizado por alguien que detenta valores ajenos a la ética del individuo juzgado, termina siempre siendo un juicio arbitrario llamado <juicio mo-

¹¹⁰ La 'Ética a Nicomaco' es una obra de Aristóteles escrita en el siglo 4 antes de Cristo. se trata de uno de los primeros tratados conservados sobre ética y moral de la filosofía occidental y sin duda el más completo de la ética aristotélica. Está compuesto por diez partes que se consideran basadas en notas sobre sus ponencias magistrales en el Liceo [universidad]. Junto con el muy posterior mensaje bíblico judeo-cristiano, este libro de Aristóteles, constituye uno de los pilares fundamentales sobre los que posteriormente se erigió la ética occidental.

ral>. Así pues todo juicio realizado por un otro, termina siendo arbitrario y moralista.

El Juicio propio

El individuo no puede escaparse de la presencia de sus valores éticos personales. Estos valores personales ejercen un juicio sobre el sujeto. Ese juicio es automático e inconsciente y es responsable de los sentimientos inconscientes de culpabilidad. Existe una diferencia, si el juicio inconsciente es producido por él <Yo ideal> o por el <Ideal del Yo> del sujeto. En el primer caso [Yo ideal] que representa al registro narcisista llamado también imaginario, vamos a encontrar los juicios de tipo fundamentalistas, caracterizados por sentencias crueles y exageradas. Se trata de un juicio donde impera <la ley del todo o nada> llamada la <ley del Talión> donde se exige <el ojo por ojo>.

En el segundo caso [Ideal del Yo] correspondiente al registro Edípico o llamado simbólico, el juicio es benigno y entran en consideración factores atenuantes y agravantes. En este tipo de <juicio Edípico> existe la posibilidad de reparación y la magnitud de la sentencia va a ser adecuada a la magnitud del delito.

La moral en Sigmund Freud

Freud habla muy poco de la ética. Sus textos se refieren más a la moral. En el Yo y el Ello plantea la importancia que tiene para la civilización y socialización del individuo la prohibición del incesto y el parricidio. Habló de sus efectos en la formación de la mente: El SuperYo con sus correspondientes sentimientos inconscientes de culpabilidad. El Yo ideal e Ideal del Yo van servir como decía Freud: como guías morales al individuo. Igual planteamiento aparece en Tótem y Tabú y en la Psicología de las Masas. Para Freud los valores son descritos en términos de la moral. En esto coincide con Hegel.

La crisis ética en Bion

Wilfred Bion produjo contribuciones importantes al problema de la ética en Psicoanálisis. Bion plantea la inevitable crisis ética en el curso de un análisis. Dice que el trabajo del análisis llevará a la resignificación de las experiencias tempranas formadoras de la psi-

que. En ese momento se ponen a prueba en transferencia los valores del individuo sostenidos en su Yo ideal. Ocurre lo que él llama un <turning point>. Es decir un momento crucial en el análisis. Si el individuo no lo soporta, continuará con sus valores infantiles propios del Yo ideal y el momento de la crisis ética habrá fracasado. Se puede decir que en ese caso, el individuo no soportó su verdad interior y no soportó según Bion <ser lo que és>. Así, el análisis termina sin haber llegado a su fin.

Lacan y la ética

Es necesario en este momento separar artificialmente: (a) La ética del Psicoanálisis (b) La ética del Psicoanalista (c) La ética de la Institución Psicoanalítica. Lacan fue un extraordinario estudioso de la ética quién con su insistente planteamiento de la ética en Psicoanálisis, hizo posible distinguir claramente entre estos tres aspectos de la ética.

La ética del Psicoanálisis

Jacques Lacan en su libro sobre La ética y en su libro sobre El acto analítico plantea claramente que la ética del Psicoanálisis es la ética de la búsqueda de la verdad inconsciente del sujeto. Es decir su verdad interior. Lacan nos enseña algo similar a lo presentado por Bion, cuando Lacan nos dice que la ética del análisis está en <no ceder en el deseo> nos dice que el sujeto debe actuar en conformidad con su deseo. Sabemos que el deseo del sujeto es inatrapable, sin embargo sus efectos refieren a su verdad interior. No actuar en conformidad con el deseo es pasar a la impostura. Es actuar en conformidad con la exigencia familiar y social. Es como dice Lacan <la traición a sí mismo>. Aquí la ética del Psicoanálisis toca a la ética del Psicoanalista, ya que este podría estar fuera de una posición ética si hace alianza inconsciente con las demandas y valores familiares y sociales que existen en la familia de su analizando. A veces el analista es empujado a esto ante el horror de lo reprimido. Ante el horror de su acto. Lacan decía <no hay acto analítico sin ética>. Entiendo que se refiere a la <ética del buen decir> y a la <ética de la búsqueda de la verdad interior>. Ya que esta es la única forma como el acto puede ser genuinamente analítico.

La ética del Psicoanalista

En este aspecto de la ética es necesario distinguir entre el lugar y la posición del analista durante el proceso analítico.

(1) La ética del lugar del analista refiere a la ética de sostener la transferencia. Esto quiere decir que el analista sabe que es semblante para el analizando. Es decir es una pequeña(a) para el analizando. Su tarea y su ética están en sostener está pequeña(a) sin identificarse. Es decir sin hacer simetría. De esta forma el analista sostiene el semblante y además el ideal de su paciente que lo admira. El analista escucha sin identificarse y sin hacer simetría con su analizando. De hacerlo el analista cae en simetría y en estado de infatuación. Pierde su lugar analítico y se encuentra fuera de ética. En ese momento el proceso de análisis se ha detenido. Esto puede pasarnos a todos, pero es necesario rescatarnos de ello. Para rescatarnos se requiere de otro, de un interlocutor calificado que actúe como supervisor en confidencia. Esta ética del lugar del analista incluye la ética de la oferta de confidencia y de una escucha privilegiada sin juicio de valor.

(2) La ética de la posición del analista refiere a la ética del bien decir. Esto ocurre cuando el analista decide intervenir con su silencio, su palabra o su acto. Si el analista se otorga a sí mismo el lugar del saber estará ubicándose como un Otro completo no castrado. Hablará creyendo que tiene la verdad del analizando. Desde allí le interpreta. Su interpretación será reveladora pero sobre todo obturante. El analizando escuchará esa supuesta verdad que viene de su analista quién posee el poder otorgado por la transferencia. El analizando queda satisfecho y cerrado. Su búsqueda y sus preguntas han sido contestadas. El proceso de búsqueda se detiene. Con el agravante de que la interpretación se ha sostenido en la sugestión. La ética del buen decir, plantea lo contrario. El analista interviene y dice poco <desde donde no se le espera>. Interviene sin tener la verdad del analizando, habla desde una posición castrada. El analista puntualiza, precisa, hace la <pregunta analítica> y relanza la búsqueda de esa verdad interior. Esa verdad que solo él analizando podrá encontrar. Al igual que Bion, Lacan plantea que en la cura analítica habrá un momento de <crisis ética> para el analizando. Es el momento de la verdad. El momento donde el analista y el ana-

lizando pueden retroceder ante el horror de lo que han encontrado en el acto analítico. El horror de lo revelado. Si el analista no sostiene su angustia ante el horror la cura se detiene. El análisis continúa por otro lado: en la impostura. Si él analizando no soporta el horror de lo revelado inconsciente, no podrá resignificar sus identificaciones tempranas. Es decir sus garantes originarios y el momento de transformación se habrán perdido. El análisis termina, sin llegar a su fin. En ese caso decimos que el sujeto no soportó el actuar en conformidad con su deseo.

Ética de la institución psicoanalítica

Toda institución organizada tiene reglamentos que rigen las relaciones de sus miembros. Es la ley de la institución y todos sus miembros están en la obligación de obedecerla. Dentro de estas leyes existe un acápite dedicado a la conducta analítica adecuada de sus miembros. Me refiero a la existencia de un Código de ética. Planteado de esta manera podríamos pensar que este asunto, más que una ética, es un código moral o podría llegar a ser un código deontológico. Sin embargo esto no es así, ya que la deontología refiere a <un tratado de deberes y derechos>. El código de ética de la institución psicoanalítica refiere únicamente a un listado de deberes. Sin embargo igual podría considerarse un código moral. Este Código moral permitiría una clara toma de conciencia de lo que la institución considera correcto desde un punto de vista social. Una conducta apropiada a la dignidad del Psicoanálisis. Entonces ese Código moral nos va permitir hablar de la responsabilidad del psicoanalista con la institución y la sociedad.

El código de ética solo establece lo que la institución IPA considera apropiado para la conducta de un psicoanalista desde el punto de vista del Psicoanálisis. Sin embargo aparecen dificultades. El problema es el siguiente: cada país o área geográfica del planeta tiene un conjunto de valores, diferentes unos de otros. Lo que es aceptable para unos, no lo es para otros y viceversa. Por lo tanto no es posible tener un <código universal>. La forma de zanjar este problema es elaborar un <código mínimo> que pueda ser discutido por la sociedad de Psicoanálisis local y adaptarlo y enriquecido en cada región. La Asociación Internacional de Psicoanálisis IPA, fundada en 1910 por Sigmund Freud, elaboró recientemente (1998) un

<Código de ética> que fuera extraído de más de ochenta años de experiencia con las dificultades que en la práctica del psicoanálisis presentaban en los momentos más difíciles de su vida los analistas de las diferentes regiones geográficas.

Me voy a permitir mostrar a Uds. este código ya que se trata de un documento público. En un tiempo pasado, las reglas o principios técnicos del psicoanálisis servían como código de ética de tal manera que la ética del psicoanálisis consistía en respetar sus principios técnicos. Hoy día existe una diferencia, con sus correspondientes consecuencias, entre una falla ética, una falla estética y una falla técnica.

Código de Ética de la IPA

1. **Confidencialidad:** Los psicoanalistas respetarán la confidencialidad de la información y documentos de sus pacientes.
2. **Arreglos Financieros:** Todos los honorarios y arreglos financieros serán ampliamente expuestos por el psicoanalista y aceptados por el paciente antes de comenzar el psicoanálisis o, en el caso de un ajuste de honorarios, deberá ser anunciado previo a su implementación. Entre los psicoanalistas y sus pacientes no debe llevarse a cabo ningún tipo de negocio.
3. **Derechos Humanos:** Ningún psicoanalista a sabiendas participará en, o facilitará la, violación de ninguno de los derechos humanos básicos de un individuo, definidos por la Declaración Derechos Humanos emitida por la ONU.
4. **Coerción:** La posición profesional del Psicoanalista, su autoridad y la información confidencial que posee, no será utilizada para coaccionar a los pacientes o para generar ganancias o beneficios al psicoanalista o a ningún tercero.
5. **Contacto sexual:** Un Psicoanalista no solicitará ni tendrá relaciones sexuales con sus pacientes o con los estudiantes que supervisa.
6. **Relación Voluntaria:** La relación de un paciente con su analista es estrictamente voluntaria y el paciente puede discontinuar el tra-

tamiento o buscar otro tratamiento o consejo en cualquier momento.

7. **Finalización del tratamiento:** Para finalizar el tratamiento con un paciente, el psicoanalista deberá buscar la manera de hacerlo por mutuo acuerdo. Sin embargo, si el psicoanalista elige discontinuar el tratamiento, deberá responder a las necesidades y solicitudes razonables del paciente de informarse sobre fuentes alternativas de tratamientos.

8. **Mantenimiento de habilidades:** Un psicoanalista deberá permanecer informado sobre los desarrollos profesionales y científicos relevantes y su aplicación a la práctica del psicoanálisis.

9. **Deterioro profesional:** Un psicoanalista informará confidencialmente al Órgano apropiado de una Organización Componente (o a la IPA en caso de un Miembro Directo) sobre cualquier evidencia significativa de que un psicoanalista, (incluyéndose a sí mismo), está actuando de una manera que sugiere incapacidad para ejercer adecuadamente las obligaciones profesionales psicoanalíticas.

10. **Honestidad:** Un psicoanalista mantendrá una relación abierta y honesta con cada paciente, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes o a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

11. **Continuidad:** Previo a la inminente muerte o inaccesibilidad de un psicoanalista, este deberá, con toda consideración por la confidencialidad profesional, tomar previsiones para que cada paciente sea informado, incluyendo opciones para continuar tratamiento.

Capítulo 42
ALIANZA TERAPEUTICA

El tema de la alianza terapéutica o alianza de trabajo ha sido siempre bastante controversial. La controversia refiere a la pregunta sobre el tipo de relación que se establece entre paciente y terapeuta. Muchos analistas consideramos que esta relación es inevitablemente transferencial, ya sea esta positiva o negativa. No es posible zafarse de la relación de transferencia. Otros analistas consideran que además de la relación de transferencia, se establece otra relación más racional [consciente] llamada alianza de trabajo.

Desde el punto de vista del proceso terapéutico existen aspectos de la mente del paciente que colaboran con la terapia. Estos aspectos de la mente entienden la propuesta del contrato de trabajo, la aceptan, cumplen lo convenido y esto va a permitir que la terapia continúe con sus altos y bajos. A esa parte de la mente que colabora, algunos analistas ¹¹¹ consideran que precisamente es lo que va a permitir y a desarrollar una alianza de trabajo.

Por ejemplo Elizabeth Zetzel dice que la alianza terapéutica se sigue entendiendo como asentada en las funciones autónomas del Yo, concretamente en su autonomía secundaria. Un punto de discusión importante en este aspecto consiste en la duda que se plantea a las llamadas funciones autónomas del Yo. Muchos analistas piensan que no existe tal autonomía.

Finalmente tengo que admitir que muchos terapeutas aceptan el concepto de que la <alianza terapéutica> como la base necesaria de la Psicoterapia Psicoanalítica y que esta se define como una relación positiva y estable entre el analista y el paciente que permite llevar a cabo el trabajo de la terapia.

¹¹¹ Elizabeth Zetzel defiende la propuesta de la <alianza> en 1955 en el Congreso de Ginebra. Donald Meltzer se suma a los defensores de la <alianza> en su libro de 1967 titulado 'Proceso Psicoanalítico' y Ralph Greenson desde Los Ángeles, California presentó con mucha energía su defensa de estas ideas en 1969.

Capítulo 43

ESCUCHA DEL ANALISTA

La escucha del analista es algo fundamental en el ejercicio de la psicoterapia psicoanalítica. Es quizás el instrumento de trabajo más importante. Pero no se trata de cualquier escucha. Es una escucha especial en donde el terapeuta está entrenado para no hacer ningún juicio de valor, cosa que le va a permitir escuchar sin tener prejuicios. Va a escuchar para tratar de entender.

Es el análisis personal del terapeuta lo que le va a permitir revisar sus propios ideales y revisar sus propios prejuicios. Es este análisis personal lo que permite que el analizando pase del estar acostado en el diván, a estar sentado en la silla del analista. El terapeuta va a ocupar fundamentalmente <dos sitios> en el proceso de ejercer la psicoterapia psicoanalítica. El primer sitio es llamado <lugar del analista> y refiere precisamente al lugar de la escucha. El segundo sitio es llamado <posición del analista> y refiere al momento en que el analista decide hablar algo. Ambos sitios tienen sus particularidades y características muy definidas.

El <lugar de la escucha> es un lugar difícil ya que toda sesión va a transcurrir bajo los efectos de la transferencia. Esto quiere decir que el terapeuta es inevitablemente depositario de ciertas proyecciones transferenciales del paciente. Es decir el terapeuta es sin poder evitarlo un semblante de algo¹¹² del paciente. Esto lo hace depositario de las pasiones de la temprana infancia del paciente. Pasiones que pueden ser de amor o de odio. El trabajo de la terapia exige al terapeuta que contenga¹¹³ todas estas proyecciones del pa-

¹¹² La <teoría del semblante> fue introducida al psicoanálisis por Jacques Lacan. Refiere a lo que el paciente ve [proyecta] en el analista. Lacan utiliza una metáfora de cacería: Es usual que los cazadores de patos, coloquen un 'pato de madera' flotando en el lago, para engañar y atraer los patos migratorios e invitarlos a que bajen a comer y descansar. Ese 'pato de madera' en un 'señuelo' o llamado 'semblante'. El paciente cree ver con certeza, lo que proyecta en el analista, convirtiéndolo en su 'semblante'.

¹¹³ El contener lo escuchado, lo proyectado por el paciente en asimetría, en alteridad, refiere a lo que se ha llamado 'holding' o 'continencia'. Contener lo escuchado sin angustiarse, sin hacer síntoma, sin hacer un acting o sin presentar problemas

ciente sin identificarse con ellas. Es decir que mantenga su capacidad de alteridad, adquirida en su propio análisis. Esto quiere decir capacidad de asimetría en donde sujeto y el objeto están discriminados uno del otro. Es donde aparece el necesario <Yo soy Yo>, y <Tú eres Tú>. Si se pierde la alteridad entonces aparece la simetría con el paciente: <Yo soy Tú> y en ese momento el proceso de descubrimiento del otro se detiene. Por eso es completamente absurdo e inaceptable la recomendación que he escuchado muchas veces de ponerse en los zapatos del paciente. Si se hace eso ocurre la identificación del <uno con el otro>. Es decir aparece el <Yo soy Tú> y se detiene el proceso psicoterapéutico de búsqueda y descubrimiento.

Como vemos eso de escuchar no es nada fácil. El que escucha va oír cosas terribles, que a veces caen en la categoría del horror. Una vez que ya ha oído, lo escuchado se convierte en un significante en la mente del terapeuta. Aún cuando se discrimine con éxito del otro, el significante escuchado, puede hacer efecto de trauma en el analista. Si esto es así, lo escuchado obliga al terapeuta a una revisión de su propia vida, de sus recuerdos de infancia, de su sistema de ideales, que solo se hacen en el dialogo con su propio analista. Por eso los pacientes ayudan al progreso del terapeuta, tanto como a la inversa. Está claro que cuando dos personas están en un cuarto hablando, el que está peor, se mejora.

La no-identificación

El terapeuta debe desarrollar la habilidad de escuchar sin identificarse con lo escuchado y luego poder olvidar, para luego en la próxima sesión poder recordar lo dicho por el analizando. El terapeuta adquiere durante su análisis personal la capacidad de discriminación entre el sujeto [analista] y el objeto [paciente]. Como ya dije en el capítulo sobre las <entrevistas preliminares> Freud describió en 1910 un juguete para niños que había aparecido en Viena en esos años. Se trataba de una pizarra para niños que tenían una

con el dormir, no es tarea fácil para el terapeuta. Requiere un entrenamiento especial que adquiere en su análisis personal. Adquiere la capacidad de 'discriminación' que le permite dos cosas: una ser capaz de ofrecer la valiosa función reverie y segundo usar el block maravilloso sugerido por Sigmund Freud.

base de cera y un celofán sobre el cual se escribía. Al levantar el celofán y separarse de la base de cera, lo escrito se borraba como arte de magia. El juguete se llamaba 'Block maravilloso'. Freud lo utilizó como una metáfora para ilustrar los tipos de memoria. Ilustraría un tipo de memoria que podía recordarse y otra no. Pero este juguete luego se utilizaría para ilustrar la capacidad del analista de 'olvidar' a voluntad todo lo hablado en una sesión de análisis, tan pronto el paciente sale de sesión. Tal como si se levantara el celofán de la pizarra mágica. Lo interesante es que al día siguiente, al entrar el paciente en sesión, el analista puede volver a recordar lo hablado con anterioridad. Esa habilidad de 'olvidar' y luego 'recordar' se adquiere con la capacidad de discriminación del sujeto y el objeto que el analista desarrolla durante su análisis personal. Ciertamente esta habilidad ayuda mucho a la práctica de la psicoterapia psicoanalítica, ya que cada paciente encuentra a su terapeuta 'limpio' de pensamientos y sentimientos provenientes de la sesión anterior.

Ética y neutralidad del analista

Sabemos que la ética del lugar del analista refiere a la ética de sostener la transferencia. Esto quiere decir que el analista sabe que es semblante [es decir pequeña-a] para el analizando. Sabe de la magnitud de proyecciones que caen sobre él. Su tarea y su ética están en sostener está pequeña-a, es decir sostener la transferencia sin identificarse y sin hacer simetría. De esta forma el analista sostiene el semblante y además el ideal de su paciente que lo admira, lo teme o lo odia.

Freud se refería a este fenómeno como la neutralidad analítica. El analista escucha a su analizando sin identificarse y sin hacer simetría con él. De hacerlo el analista cae en simetría y en estado de infatuación. Pierde su lugar analítico y se encuentra fuera de ética. Como ya dije anteriormente en ese momento el proceso de análisis se ha detenido. Esto puede pasarnos a todos, pero es necesario rescatarnos de ello. Para eso se requiere de un interlocutor calificado, de un Otro, de un alter, que actúe como supervisor en confianza. Esto va a permitir que el terapeuta al hablar de su 'acontecimiento' interno pueda rescatar su alteridad. Es bueno aclarar que esta ética

del lugar del analista incluye la ética de la oferta de confianza y de escucha sin juicio de valor. Esto último define a la neutralidad del analista.

Capítulo 44
INTERPRETACIÓN Y POSICIÓN DEL ANALISTA

Cuando el analista decide intervenir con su palabra, lo hará desde la posición del analista. Esta posición es aquella en la cual el analista al pronunciar su palabra o su silencio, lo hace desde la posición de un sujeto castrado, es decir vaciado de <verdad-toda>. Sabemos que cada vez que el analista habla el analizando espera que éste lo haga con toda su sabiduría. El analizando cree que la palabra del analista le ofrecerá finalmente la verdad revelada y por esta vía encontrará la felicidad. El analista es así el depositario en transferencia de todo el saber, del amor o del odio que el analizando espera recibir.

Pero el analista lo sorprende y lo frustra al no satisfacer la demanda, ni darle esa verdad revelada. Más bien interviene puntuando, cuestionando, interpretando y llevándolo de nuevo a trabajar analíticamente en la búsqueda de su verdad: <diciéndole lo que no se espera>. Al sorprenderlo lo pone a trabajar, a pensar y buscar dentro de sí mismo: <es la búsqueda de esa verdad perdida> que siempre encontrará sólo a medias. La ironía está en que esta verdad siempre se encuentra en la mente del paciente y no en la mente del analista. Por eso el analista aun cuando le interpreta, en esa intervención está interrogando al inconsciente del analizando. El analista tiene que intervenir desde la posición del no-saber, porque el saber está en el otro. Al no poner en juego su propio deseo, el analista ocupa su posición es decir esta en <abstinencia>.

Ocupar esta posición analítica tampoco es tarea fácil, ya que el analista tiene un problema inevitable, inherente a su oficio y es que el analista sabe demasiado. La experiencia de los años de práctica le enseña sobre sí mismo y sobre la condición humana. El saber demasiado es el peor peso. Porque lo que más ayuda al analizando es que el analista ocupe su posición analítica de no-saber. Su posición de apartar su propio deseo y desde allí interrogue el inconsciente del analizando. La paradoja es que el saber acumulado por la experiencia de los años se va a convertir para el analista en un obstáculo de presencia diaria en el ejercicio de su oficio. Saber demasiado

empuja el deseo del analista a hacer presencia, con lo cual se interrumpe el proceso analítico.

Ética y posición analítica

Lacan solía decir que no hay acto analítico sin ética (Lacan, J. 1959). Para mí siguiendo la enseñanza de Lacan considero que Lacan habla de la ética del paciente de <actuar en conformidad con su deseo> y la ética del analista que es la ética del buen decir. Y siguiendo la enseñanza de Wilfred Bion considero que la ética del paciente consiste en lograr <ser lo que se es>. Ambos autores dicen lo mismo. La ética del psicoanálisis refiere a la expectativa y exigencia de que el analista ocupe el lugar que le corresponde en la cura y hable desde la posición analítica.

Jacques Lacan en su Seminario sobre <La ética> Lacan, J. 1959 y en el Seminario sobre <El acto analítico> Lacan, J. 1967 plantea claramente que la ética del Psicoanálisis y por lo tanto del analista, es la ética de la <búsqueda de la verdad inconsciente del sujeto>. Es decir su verdad interior. Lacan nos enseña algo similar a lo presentado por Bion cuando Lacan nos dice, que la ética del análisis está en <no ceder en el deseo> en <que el sujeto debe actuar en conformidad con su deseo>. Sabemos que el deseo del sujeto es inatrapable, sin embargo sus efectos refieren a su verdad interior.

No actuar en conformidad con el deseo es pasar a la impostura. Es actuar en conformidad con la exigencia familiar y social. Es como dice Lacan <la traición a sí mismo>. Aquí la ética del Psicoanálisis toca a la ética del Psicoanalista, ya que este podría estar fuera de una posición ética, si hace alianza inconsciente con las demandas y valores familiares y sociales de su analizando. A veces, el analista es empujado a esta alianza insincera ante el horror de lo reprimido, ante el horror de su acto.

Como ya les dije, Lacan decía <no hay acto analítico sin ética>. Entiendo que se refiere a la ética del buen decir y a la ética de la búsqueda de la verdad interior. Ya que esta es la única forma como el acto puede ser genuinamente analítico. La ética de la posición del analista refiere a la ética del buen decir. Esto se refiere al momento

en que el analista decide intervenir con su silencio, con su palabra o con su acto. Erróneamente si el analista se otorga a sí mismo el lugar del saber, estará ubicado como un sabio. Es decir un significante del Otro completo, no castrado. Hablará creyendo que tiene la verdad del analizando. Desde allí le interpreta. Su interpretación podría ser reveladora, pero sobre todo será obturante. El analizando escuchará esa supuesta verdad que viene de su analista, quién posee el poder otorgado por la transferencia. El analizando queda satisfecho y cerrado. Su búsqueda y sus preguntas han sido contestadas. El proceso se detiene. Con el agravante de que la interpretación se ha sostenido en la sugestión.

La ética del buen decir, plantea lo contrario. El analista interviene y dice poco <desde donde no se le espera>. Interviene sin tener la verdad del analizando. Es decir habla desde una posición castrada, de ignorancia. El analista puntualiza, precisa, hace la pregunta analítica y re-lanza la búsqueda de esa verdad interior perdida, que solo él analizando podrá encontrar. El analista habla desde el lugar de no deseo, es decir desde la abstinencia del analista. Así la <abstinencia del analista> se define como la ausencia del deseo del analista. El analista no tiene ningún deseo que imponer al paciente.

La interpretación: 34 observaciones posibles

1. La interpretación es el instrumento de trabajo más importante del analista durante el proceso analítico. Más no es el único. La escucha sin ejercer juicio de valor, la catarsis del paciente, la pregunta analítica, el silencio atento del analista y la clarificación son los más valiosos después de la interpretación.
2. La interpretación consiste en las palabras que pronuncia el analista de lo que ha entendido acerca de la vida mental del analizando.
3. Este entendimiento del analista proviene de los recuerdos, fantasías, deseos, temores y otros elementos de la vida psíquica del analizando, ofrecidos en asociación libre al analista.

4. Este entendimiento también se basa en el tipo de relación que el analizando establece con el analista en la cual se satisfacen necesidades infantiles y se reviven viejas relaciones de infancia. Esta relación especial con el analista se llama 'relación de transferencia' la cual es reveladora de los elementos no-verbales de la historia del paciente.

5. La interpretación aspira a revelar al analizando nuevos conocimientos sobre sí mismo que hasta ese momento son desconocidos es decir inconscientes.

6. Es preferible que la interpretación sea breve y que señale una idea al analizando.

7. El silencio del analista y las preguntas analíticas pueden tener efecto de interpretación, ya que revelan o pueden hacer surgir lo reprimido.

8. Las interpretaciones llamadas <histórico-genéticas> refieren al intento del analista de relacionar sentimientos, afectos, pensamientos y actos del presente, con algunos antecedentes conocidos del pasado remoto del analizando.

9. La reconstrucción también llamada por Freud: "construcción o construcciones" se relaciona con esas interpretaciones histórico-genéticas. Consiste en organizar la información sobre el pasado remoto del analizando y presentarla ordenadamente.

10. Este tipo de intervención histórico-genética prepara el camino para interpretaciones más significativas y efectivas.

11. La interpretación que produce cambio psíquico, cambio que ocurre dentro de una estructura psíquica dada, se llaman siguiendo la idea original de James Strachey 'interpretaciones mutativas.

12. Las interpretaciones en <equivoco> son las más efectivas, ya que invitan al analizando a descifrarlas.

13. Todas las interpretaciones surgen desde la transferencia, recibida y registrada por el analista.

14. Cuando la interpretación indica la naturaleza de la transferencia en ese momento, se llama <interpretación transferencial>.

15. El efecto de las interpretaciones pueden llegar a un límite. Es decir un punto de agotamiento donde <según la estructura psíquica> del analizando dejan de ser efectivas.

16. Para sobrepasar ese punto se requiere de un acto. Generalmente del analizando y a veces del analista.

17. Existen momentos en la cura analítica donde la interpretación está contraindicada porque puede causar daño psíquico [iatrogenia]. Estos son los momentos donde se necesita utilizar otro instrumento, como es la continencia 'holding' y la simple escucha analítica en silencio, sin identificación, ni juicio moral por parte del analista.

18. ¿Qué es la interpretación? Con su decir el analista marca y abre un espacio en la cadena significante del analizando para descubrir lo que no ha pensado [lo no-pensado]. Este concepto de la interpretación puede referir a cualquier intervención del analista que genera sentido, incluyendo entre otras cosas el silencio analítico y la pregunta analítica. Cuando digo, descubrir lo no-pensado, deja abierta la posibilidad de que cualquier descubrimiento surja en la mente del analizando. En este caso, el que interpretó fue el analizando. Lo analista solo ofreció la idea inicial y abrió el espacio para la revelación, que va a surgir en la mente del analizando.

19. ¿Quién interpreta? Según lo dicho en el acápite anterior al final del decir del analista, <el que interpreta es el analizando>. Este punto refiere a la interpretación y al sentido. El analista presenta la idea, el paciente le da el sentido. El analista no conoce los efectos que tendrá su interpretación, hasta que esta es pronunciada y escuchada. Así encontramos en nuestra práctica los efectos provechosos del silencio del analista y de las intervenciones equivocadas. Al final se puede preguntar ¿Quién ha construido la interpretación? Natu-

ralmente es el analizando el que al darle el sentido construye su propia interpretación.

20. La interpretación y el problema de la verdad. Nuestro trabajo como analista no es orientar al analizando, ni hacer juicios de valor sobre su vida. Nuestro trabajo es la búsqueda de la verdad inconsciente. Ahora bien es entonces obligatorio preguntarnos ¿Cuál verdad? ¿La verdad implícita en la interpretación dada por el analista? O ¿La verdad del sentido otorgada por el analizando?

21. El problema de las construcciones en psicoanálisis y de la supuesta <verdad histórica>, refiere a la peculiar necesidad del analista de la re-construcción del pasado del analizante y a la presencia inevitable de los momentos pedagógicos en todo análisis. Propongo que esa verdad histórica, aún cuando tiene cierta utilidad preparatoria, para las intervenciones e interpretaciones posteriores, no produce transformación. No me opongo a las construcciones, solo que es necesario y útil diferenciarlas de los efectos de la interpretación. Al igual que ocurre con la interpretación, lo construido por el analista y ofrecido al analizante, va a sufrir una transformación y el analizante va a reconstruir a su manera subjetiva su propia historia infantil, que pudiera no coincidir con la construcción ofrecida por el analista.

22. El problema de la sugestión en la interpretación: La sugestión es la consecuencia inevitable del fenómeno transferencial positivo y negativo. El paciente al otorgar un saber al otro, le otorga un poder, queda abierta la inevitable presencia de la sugestión. Se trata de un fenómeno imaginario narcisista. La intensidad de la sugestión varía según la intensidad de la transferencia dada por la posición subjetiva que el analizando ocupa en el proceso analítico. Esto se relaciona con una mayor o menor identificación que el analizando establece con su analista.

23. Simetría y asimetría en la dupla analítica: De esta identificación surge la importancia de la simetría y asimetría en la dupla. Si el analista establece una relación de simetría, esto significa que está en identificación con el analizando, lo cual es perjudicial para el proceso analítico. Se puede decir, que si el analista está en simetría,

el proceso analítico está detenido. Es por lo tanto necesario y recomendable trabajar en asimetría, es decir sin identificarse con el analizando.

24. La interpretación y su eficacia: El sentido nuevo surge de una discriminación entre lo arcaico y lo actual. Además el nuevo sentido va a producir una transformación de los ideales, que son los garantes originales del ser. Esto ocurre gracias al mecanismo inconsciente del <apré-coup> intraducible al español, corresponde aproximadamente con él <a posteriori>. Este efecto de apré-coup en los ideales, refiere a la posibilidad mutativa de la interpretación, es decir a la interpretación provocando una transformación del ser. ¿Sin embargo, por qué considerar a lo mutativo como la única eficacia de la interpretación? El conocimiento sin mutación en los ideales, podría preparar el camino a la revelación futura que lleva a la transformación de los ideales y a sus efectos posteriores.

25. Los efectos de la interpretación: Lo dicho por el analista ya sea, en la interpretación, el señalamiento o el esclarecimiento, va a generar la diferencia entre el decir y el ser. Crea la diferencia entre lo manifiesto y lo latente, entre el enunciado y la enunciación. Abre un espacio en la psique del analizante que puede ayudar a diferenciar lo manifiesto, lo ya dicho, de lo nuevo, lo sugerido, lo que está por llegar, de lo que hasta ese momento es desconocido. Al final ¿Cuál será el efecto de la interpretación?: ¿será el nuevo conocimiento, descubierto por el trabajo psíquico del analizando?

26. La interpretación y el peligro de obturar la búsqueda inconsciente: Esto refiere a las interpretaciones que aspiran a ser completas o a convencer el analizando de algo. Lo que logran es un adoctrinamiento que obtura es decir, taponar, cierra la apertura del inconsciente. Es importante tener cuidado de no interpretar desde el lugar del amo. Este lugar del amo, es el lugar en que el analista cree que sabe del inconsciente del analizando. Estas interpretaciones tienen el peligro de obturar la apertura de lo inconsciente tan difícilmente ganado. Es necesario estar alerta de las interpretaciones que taponan la apertura. La interpretación deseable debe re-lanzar en la psique del analizando su búsqueda de lo reprimido.

27. Los límites de la interpretación: Cuando la palabra desfallece, es decir llega a su límite o cuando el conocimiento cae prisionero del automatón, de la repetición estéril, aparece el beneficio del pase a la acción, como una consecuencia del efecto del sentido. Es entonces cuando el acto del analista y la acción (o acto) del analizado, tienen su lugar en la cura. Así el acto de uno o de otro puede resultar ser un complemento muy beneficioso del sentido otorgado por la palabra, que mediante el acto escansión u otro se zafa del automatón y de la repetición circular. Un ejemplo lo encontramos en los casos donde es necesario pasar del <acto analítico> puro, hecho de solo palabra, al acto ortopédico: la palabra que ordena, aconseja o prohíbe. Esto ocurre en el trabajo de las fobias infantiles y adultas. En estos casos, además de la progresiva exploración del mundo psíquico inconsciente, se necesita que el analizado enfrente la <evitación fóbica>, 'la confronte'. Enfrentar lo que teme es pasar al acto. El analista está de acuerdo con esto (incluso lo apoya). Vencer el miedo y realizar el acto (como ir a la escuela, en el caso de los niños fóbicos) va a tener efectos positivos sobre la cura. O enfrentar el trabajo o el viaje en los adultos tiene su efecto positivo, más allá de la palabra.

28. La interpretación y su formulación: Los diferentes estilos de diferentes analistas que llevan a diferentes formas de interpretar, al igual que las convicciones del analista, tienen efectos diferentes en el analizado. Este estilo particular y la fuerza de la convicción del analista influyen a través de la transferencia, en la sugestión. Siempre está presente el peligro con la convicción delirante del analista. Es bueno aclarar que no existe el saber hacer la interpretación. No existe la interpretación perfecta para cada momento dado. Creer que existe es estar ubicado en el lugar del amo y no en el lugar del analista.

29. La Interpretación y el deseo: La interpretación nombra al deseo en circunstancias más o menos precisas apoyada en la transferencia. De allí de nombrar el deseo puede surgir el efecto de lo no-pensado. El deseo que siempre mudo, no podrá ser atrapado. Sin embargo sus efectos pueden ser conocidos y aceptados por el sujeto. Allí ocurre la revelación.

30. Interpretación y transferencia: Toda sesión psicoanalítica transcurre en transferencia. No puede ser de otra manera. Una cosa es interpretar la transferencia y otra es interpretar desde la transferencia. Existe el peligro del abuso de la interpretación transferencial, con su consecuencia: la inevitable banalización de la transferencia. Por el otro lado interpretar la transferencia tiene primero, la importancia de intensificar el vínculo con el analista y segundo, permite tomar consciencia de los elementos inconscientes relacionados con experiencias muy tempranas que no son accesibles a la palabra y son reveladas solo en vivo: en la transferencia.

31. Interpretación e inconsciente: Refiere a la fuente de la interpretación. El inconsciente interpreta y encuentra el sentido: El inconsciente del analista para formular y el del analizando para darle sentido. A veces el analista interpreta desde su síntoma y a veces desde su fantasma.

32. Presencia de la no-interpretación: Cuando se separan los tres anillos del RSI, por una falla de la suplencia, es decir una falla del <síntoma-grapa> o <cuarto nudo>, aparece un colapso mental, un surmenage o también llamado un mental breakdown. Aparecen síntomas de perplejidad, incoherencia mental, angustia intensa, despersonalización, que puede ser vista como una crisis psicótica transitoria benigna. En estos casos aún cuando la causa desencadenante este muy a la vista del analista, como por ejemplo: una situación de rechazo, la interpretación, de estos factores desencadenantes está contraindicada. La capacidad de continencia, de holding y de reverie del analista es lo indicado. En ese momento de colapso mental el sujeto requiere de continencia y no de conocimiento.

33. La interpretación como una afirmación [Bejahung]: En estos casos de colapso mental mencionados en el acápite anterior, además del holding realizado por la mente del analista, ejecutado con la capacidad de escucha y contención del analista, se puede posteriormente intervenir con cautela confirmando ciertas ideas expuestas por el analizando. La intervención del analista en esos casos debe ir dirigida <a lo dicho> por el analizando que se encuentra en el poco o escaso diálogo. Esta intervención del analista pertenece a lo que podríamos llamar la <segunda afirmación> la Be-

jahum que pertenece a la constitución temprana del sujeto. Esto refiere a simplemente <confirmar el decir> de lo que el analizando nos ha dicho o ha hecho. Recordemos que la primera afirmación corresponde al grito [llanto] que es transformado en un llamado cuando es respondido por la madre, la segunda afirmación corresponde con el periodo de no insistente del infante que afirma su ser, y la tercera afirmación corresponde con la rebelión a la ley paterna que ocurre en la adolescencia.

34. El analista dispone además de la interpretación de herramientas adicionales para trabajar en los casos con patología neurótica grave, que tienen un predominio narcisista, estas son: La continencia (holding), el no hacer juicio de valor y finalmente usar el reconocimiento [la Bejahum]. Voy a aclarar a continuación un poco estos tres conceptos.

(1) La continencia

Refiere al holding es decir a la capacidad de contener las ansiedades del paciente. Esto quiere decir ofrecer una capacidad de reverie y de escucha del analista, sin sorprenderse sin hacer preguntas curiosas y mucho menos hacer alguna censura o juicio moral. El holding requiere de una buena capacidad de reverie. El terapeuta solo interviene con algún señalamiento simple que tiene el propósito de mostrar que está atento y escuchando.

(2) No hacer juicio de valor

Es lo más difícil. Para lograrlo se requiere de un análisis exitoso del analista. Requiere que el analista haya perdido la inocencia. Entonces se puede escuchar sin ansiedad, con una buena capacidad de discriminación para ofrecer una posición de asimetría con el analizado, que es lo que va a permitir hacer alguna intervención sin ejercer ningún juicio de valor.

(3) El reconocimiento [afirmación]

Refiere a la intervención del analista en la cual se reconoce la naturaleza y los motivos de la angustia del paciente como legítimos. Por

ejemplo cuando dice: <Comprendo que este tan disgustado con su madre> o <comprendo que desee matar a su socio o a su hijo>. No quiere decir que uno lo aprueba, ni lo reprueba. Solo reconoce como existente la idea y el deseo. Esto es una forma de afirmación [Bejahung]. Les recuerdo que existen tres formas de <afirmación> durante el desarrollo de la personalidad. Más adelante puede aparecer la pregunta analítica. Cuando se le dice ¿me pregunto porque tiene usted tantos deseos de matar a su hijo o a su socio? Con esa pregunta se pone a trabajar en la búsqueda del deseo inconsciente.

Capítulo 45
CONSTRUCCIONES EN PSICOANÁLISIS

La construcción o reconstrucción en Psicoanálisis refiere a una herramienta de trabajo del analista que lo ayuda a explorar el pasado olvidado [disociado] del analizando. En la construcción el analista le narra al paciente una pequeña historia, una reconstrucción de los acontecimientos de su infancia, basados en recuerdos y fantasías de su vida, que el paciente mismo ha narrado en sesión. En las construcciones el analista establece nexos y relaciones entre lo histórico y lo actual, nexos que hasta ese momento no se habían hecho.

En relación a esta herramienta de trabajo siempre ha existido una acalorada discusión y una controversia sin fin. Esta controversia plantea la confrontación teórica entre interpretación y construcción, en donde se argumenta que ambas se proponen el mismo objetivo: <ofrecer al paciente un conocimiento nuevo de sí mismo>. Después de todo la teoría de la transferencia se sostiene en la idea de que el pasado y el presente se superponen. Cuando esto se señala en la interpretación transferencial podemos decir dos cosas: una, que esta interpretación es histórica y otra que la construcción puede ser vista como un tipo especial de interpretación. Así encontramos que los defensores de la interpretación utilizan lo que ellos denominan interpretación histórico-genética en la cual con toda libertad relacionan en esa interpretación el pasado y el presente de la vida anímica del paciente. No consideran que esa interpretación sea una re-construcción histórica. Por otra parte, algunos analistas en su afán de diferenciarlas defienden la idea de que la interpretación es algo breve, preciso y que refiere a lo actual, mientras que la re-construcción es algo más abundante, extensa y refiere al 'pasado histórico' del paciente. Muchos no ven la utilidad de separarlas teóricamente como herramientas diferentes.

Otros analistas proponen que todas las intervenciones del analista no son más que puras construcciones, descalificando totalmente el concepto de interpretación y privilegiando en forma exclusiva a las construcciones. Hay diferencias técnicas entre los analistas que ponen el énfasis en lo actual y los que ponen el énfasis en el pasado.

Como ven el tema es bastante debatido. Sin embargo lo importante no es la diferencia que existe entre los analistas que interpretan y los analistas que construyen, sino la forma y la eficacia de articular el pasado y el presente en la mente del paciente.

Por otra parte el uso de las construcciones ha introducido en la teoría psicoanalítica un tema particular que también es muy controversial. Me refiero al tema de la naturaleza de la verdad en Psicoanálisis y en particular a la verdad histórica tan utilizada en las construcciones. Freud escribió en 1937 un trabajo breve dividido en tres partes titulado Construcciones en Psicoanálisis. En este trabajo propone fundamentalmente dos cosas: Una, que las construcciones no son más que una introducción, una entrada, al trabajo más profundo de las interpretaciones transferenciales. Y la otra, cuando dice que el propósito del análisis es lograr construir y dar un sentido a los años olvidados de la infancia.

Para complicar un poco más las cosas en relación a la verdad voy a plantear otra controversia. Me refiero a la dialéctica que existe entre realidad externa y realidad interna o como decía Freud en 'Tótem y tabú' [1912]: realidad psíquica y realidad fáctica y como luego el mismo Freud hablaría en 'Moisés y Monoteísmo' [1939]: cuando se refiere a la verdad histórica y la verdad material. Esta dialéctica se sostiene solo en el enfoque positivista cartesiano de la época de Freud. En donde lo externo esta en oposición a lo interno. Lo de arriba en oposición a lo de abajo. Hoy en día con la teoría de la relatividad elaborada por Albert Einstein y los planteamientos topológicos procedentes de la geometría topológica, podemos decir que ambos conceptos [externo e interno] son formas subjetivas de un solo acontecimiento. Lo interno puede ser a la vez externo y viceversa. Solo basta recordar la topología de la 'cinta de Moebius' o de la figura topológica del 'Toro'.¹¹⁴ La verdad histórica válida será la verdad subjetiva de cada analizando. Será la verdad tal como la vivió esa persona. Esto nos abre al interesante problema teórico del mecanismo mental de la convicción del sujeto. La convicción estaría basada en las raíces que se encuentran en los acontecimientos

¹¹⁴ Para profundizar un poco en el estudio de la 'Topología' sugiero ver el capítulo sobre topología que aparece en el libro: 'Experiencia subjetiva y lógica del otro' de Rómulo Lander.

del pasado que dan origen a la verdad histórica de cada uno de nosotros. En el mismo trabajo de 1937 Freud se pregunta si la fuerza de la convicción de un delirio, no se encuentra en el hecho de que el delirio contiene un pedazo de verdad histórica del paciente.

En su trabajo de 1939 ya mencionado anteriormente 'Moisés y el monoteísmo', Freud plantea que la propuesta hecha por Moisés de un solo Dios adquirió tanta fuerza no porque corresponda a una verdad eterna, sino porque corresponde a una verdad histórica personal, de cada sujeto que la sostiene. Esta verdad histórica que viene del pasado ancestral, nos habla de un ser poderoso. Se trata de nuestro padre de la infancia. De la infancia de cada uno de nosotros. Este delirio con su certeza y convicción, que es compartido por todos, tiene así su raíz en la verdad histórica de la infancia individual.

Capítulo 46
OTRO TIPO DE INTERVENCIONES

Si el acto analítico puede traer a la conciencia los acontecimientos del pasado del analizando que están sometidos a la represión y a la amnesia [disociados] por el efecto de la angustia, no debe sorprendernos, que este acto pueda adquirir un carácter de horror. Jaques Lacan decía en su carta a los italianos, que <el analista tiene horror de su acto> hasta el punto que lo reniega. Las revelaciones del inconsciente producen angustia, de allí que muchas veces se renieguen y regresen de nuevo a su estado inconsciente.

El analista debe estar preparado para soportar y tolerar ese estado de angustia en sí mismo. Preparado para soportar <el horror de su acto>. Sólo entonces podrá sostener la revelación sugerida en el contenido latente del material emergente. Podrá hacer el trabajo de función alfa propuesto por Wilfred Bion o podrá hacer el trabajo de <reverie> descrito inicialmente por Bion y que tantas veces mencionara Donald Winnicott. El analista podrá entonces sostener y soportar su horror ante la presencia velada y sugerida en el material latente del deseo matricida, parricida, filicida, suicida, incestuoso, perverso, envidioso, malvado, homicida, intrigante y deshonesto del analizando. Es decir <cosas naturales del hombre común>. El analista lo podrá soportar porque lo ha revisado en sí mismo. Su trabajo es ayudar al analizando a conocer la naturaleza de su propio deseo, el origen y el propósito de ellos. Y no a veladamente censurarlo o aplaudirlo, sino a permitir que el analizando tome conciencia de su deseo. El trabajo del analista no está en adaptar el sujeto a la sociedad, sino a ayudarlo a <ser lo que en verdad és>. A actuar en conformidad con su deseo.

La demanda del analizando es una demanda de bienestar y felicidad. El analizando una vez que va desmontando sus diversos síntomas y surgiendo la conciencia de su ser, se da cuenta de que no es posible vivir en este mundo sin un cierto monto de sufrimiento, es decir de goce, en el sentido absoluto de Jouissance. Sé que pronunciar todo este enunciado y decir lo que estoy diciendo produce desde ya un efecto de horror. A veces todos estos deseos individuales no se soportan y se hace necesario disimularlos. Colocarles

un disfraz, una apariencia imaginaria, un ropaje que nos permita ocultar su horror.

Los límites del acto

El <acto analítico> tiene sus límites. El límite está dado por la profundidad del análisis personal de cada analista. Lo que el analista no haya revisado en su análisis no podrá trabajarlo con su analizando. El analista no podrá soportar el horror de lo que no ha explorado y no conoce en sí mismo. El paciente le sugerirá en su contenido manifiesto algo que el analista no podrá detectar. No verá el horror de lo que está en el contenido latente. El deseo del analista que será lo que finalmente lo lleve al nivel de profundidad de su propio análisis tiene así sus límites singulares y localizables. Jaques Lacan decía que el psicoanalista trabaja primero usando como referencia su síntoma y luego su fantasma. Allí está la medida de su práctica y los límites de su acto.

Lo insostenible del acto

El acto analítico en sí mismo, el <acto analítico puro> es aquel en el cual el analista ocupa su lugar de analista. Refiere al lugar de semblante y depositario de la transferencia. El analista habla desde la posición que le corresponde como analista. Refiere a la posición de no-saber es la posición del sujeto castrado y de la ignorancia. Desde allí va diariamente a lo largo del proceso del análisis a interrogar insistentemente por vía del equívoco o de la interpretación abierta al inconsciente del analizando. Para que este proceso continúe en el tiempo se requiere de un analizando que soporte la soledad y la angustia de su análisis. Y de un analista que soporte el horror de su acto. El <estilo> de cada analista ofrecerá un sentido del momento oportuno para intervenir e interpretar. Y un buen sentido para decidir qué cosas del material emergente ignorar y dejar pasar para ser trabajadas luego analíticamente cuando emerjan de nuevo en otra oportunidad. Melanie Klein decía que todo aquello que produce angustia en el analizando puede ser interpretado directamente. Sigmund Freud decía que si el paciente no está preparado para asimilar y entender nuestra interpretación, sencillamente la va a ignorar como si no la hubiera escuchado. Por esta vía del <momento-

to oportuno> análisis se hace tolerable para ambos. Sin embargo, a lo largo del proceso analítico, la preocupación, angustia del analista, por el bienestar de su paciente lo lleva a realizar otro tipo de acto dentro de la sesión analítica que no corresponde con el acto analítico puro. Aquí me refiero a la aparición del <acto pedagógico> y del <acto ortopédico> dentro del proceso analítico.

Acto pedagógico

El acto pedagógico es aquel acto en el cual se procede a través de la palabra a informar y educar al analizante en relación a algún tema de urgencia. Generalmente es un tema que pone en peligro la salud, la vida, o el patrimonio del analizando o de su familia. Podríamos decir que el analista pasa a aconsejar sobre un punto preciso de la vida del analizante. Asuntos de urgencia, como peligros de embarazo no deseado, negación de problemas graves de salud, presencia de tumores o descuidos graves de la higiene, que ponen en peligro la vida. A veces situaciones obvias de engaño que amenazan el patrimonio personal o familiar y que han sido negadas, desmentidas o ignoradas por deseos de castigo inconscientes del analizando. El analista podría señalar el mecanismo de la negación y sus consecuencias, disimulando un poco el acto pedagógico o puede directamente salirse del lugar del analista y expresar su preocupación por tal o cual peligro, en el cual el analista cree se encuentra el analizando. Esto ocurre rara vez, pero ocurre. En estos casos el analista legítimamente se sale de su lugar analítico para re-instalarse luego de pasado el peligro.

Acto ortopédico

El acto ortopédico es aquel acto en el cual el analista utilizando el enorme poder otorgado por el analizante en la transferencia procede a sostener, ordenar o prohibir algo en particular que sea vital o importante para el analizante. Lo más común es actuar de sostén del sujeto en momentos en que el analizante cree que se está desmoronando o colapsando su psique. Este sostén, especie de bastón o de muleta es lo que le da el nombre de ortopédico a este tipo de acto. Lo encontramos con más frecuencia en las estructuras narcisistas de personalidad que se apegan al objeto de amor y al analista.

Estos sujetos, ante las experiencias de separación que viven como una pérdida de objeto, se colapsan.

En el período de separación por vacaciones surgen ansiedades intensas que se alivian si el analista les afirma que pueden tolerar la separación, ofreciendo así un elemento de sostén en la psique del analizando. La voz del analista (ortopedia por identificación) les acompaña y les dice que podrán tolerar la separación hasta el día tal, en que se van a reencontrar. A veces oír la voz del analista en la contestadora automática telefónica es suficiente para hacer un efecto ortopédico. En otras oportunidades fóbicas la voz del analista que les dice que pueden montarse y viajar en el avión, o que les dice que pueden presentar el examen que tanto temen y que se van a tranquilizar una vez que estén en él, produce un efecto de sostén muy beneficioso para el analizando.

De nuevo repito que esto no es un acto analítico, sin embargo, a lo largo del proceso, trabajando con personalidades narcisistas o sujeto muy perturbados, es necesario recurrir legítimamente a este acto ortopédico, para luego retomar la posición y el lugar analítico cuando el proceso lo permita. Generalmente son momentos en una sesión, muy rara vez en varias sesiones. El poder otorgado en transferencia sostiene la posibilidad de prohibir cosas al analizando con éxito. Me refiero a los momentos suicidas y/o homicidas del proceso. Los indicadores inconscientes muestran el peligro suicida u homicida. El analista no los puede ignorar. Los señala y por esta vía hacen presencia en la sesión. Se les abre así un espacio en el análisis; generalmente estos deseos pueden contenerse dentro del diálogo analítico sin necesidad de ortopedia alguna. En caso de que el empuje al acto sea muy grande, el analista puede utilizar el poder transferencial para prohibir el pasaje al acto. La voz del analista tiene un poder que es muy útil con este tipo de pacientes narcisistas que operan bajo el principio maniqueo del todo o nada. Son sujetos incontinentes o poco reflexivos que pueden pasar al acto con facilidad.

Analista en acto

Existen momentos durante el proceso analítico en los cuales el analista puede pasar al acto o hacer acting out. El acting out refiere a <un acto sin sujeto>. Un acto realizado para aliviar la angustia, sin tomar consciencia del conflicto inconsciente. ¿Ahora, cómo es posible que el analista pueda hacer un acting out en sesión? La verdad es que esto es perfectamente posible. No sólo eso, sino también puede hacer un síntoma somático dentro de la sesión ¿Cómo explicar este horror? ¿Será debido a una insuficiencia de análisis en el analista? No necesariamente.

Por más amplio que sea el análisis del analista y aquí debemos recordar la naturaleza oceánica del inconsciente, existen muchos aspectos sobre todo en el eje narcisista, que no tienen acceso a la posibilidad del lenguaje. Esto explica por qué aparecen identificaciones proyectivas del analista que desencadenan problemas contra transferenciales. A esto Jaques Lacan prefiere llamarlo con mucha razón <transferencia del analista>. Sin lugar legítimo en el proceso analítico. Igualmente el acting out intra sesión del analista, tampoco tiene lugar legítimo. Ni la conversión aguda, ni el síntoma somático del analista. Sin embargo, ocurren.

Propongo que muchas veces estas manifestaciones contra transferenciales o transferencias del analista, no provienen de una insuficiencia del análisis del analista, sino de una sincronía y simetría con el conflicto reprimido del analista con su analizando. Es imposible pretender dejar la psique del analista, después de su análisis personal, como una tabula-rasa. Por lo tanto, es posible que eventualmente el analista se encuentre por razones de azar, en simetría con elementos inconscientes de algún analizando.

Analista en síntoma

Por ejemplo, un analizando puede encontrar un analista en plenitud de capacidades y el siguiente analizando, una hora después, encuentra al mismo analista que ante cierto material inesperado fabrica un ataque de tos, una necesidad urgente de micción o una sensación fuerte de mareo o un dolor precordial. Se trata de un

analizando en particular que le ha movilizó al analista, aspectos no resueltos de su eje narcisista. Sus funciones analíticas se restituyen a plenitud con el analizante siguiente. Igualmente puede aparecer un acting out del analista. Como por ejemplo olvidarse de un analizando que lo está esperando en la sala de espera y dedicarse a hacer otra cosa. O cobrar dos veces el mismo mes. O olvidarse de cobrar. Rehusarse irracionalmente a cambios de hora. Molestarse por el material emergente o por conductas particulares del analizando. Desarrollar alguna actividad de seducción erótica con el analizando. O quedarse dormido en sesión.

En algunos casos estos actos pueden explicarse por una insuficiencia de análisis, o una crisis personal en la vida del analista. En otros casos se trata de una simetría con lo reprimido del analizando que ha despertado ese particular efecto en el analista con su correspondiente acting out. Este acto llevará al analista a un re examen de esos elementos de su psique y eventualmente a un mejor conocimiento de sí mismo, en un proceso que no se detiene nunca. Así el analista no se puede escapar de los efectos de aprendizaje y desarrollo personal que sus analizantes hacen en él. Cualquier diálogo basado en el diálogo psicoanalítico produce conocimiento duradero de sí mismo. No un conocimiento artificial, intelectual, basado en lo aprendido en los libros, sino un conocimiento de <sí mismo> basado en la introspección, en la revisión de su propia vida y en la búsqueda de la verdad interior. Esta búsqueda solo es posible en la presencia de un interlocutor que sepa ocupar <su lugar> y <su posición> en ese diálogo. Así pues el diálogo psicoterapéutico de tipo psicoanalítico tiene una necesaria e inevitable presencia en el futuro de las terapéuticas posibles en salud mental.

Capítulo 47
ELABORACIÓN SECUNDARIA

Refiere al proceso de introspección por el cual el paciente invierte tiempo y energía en saber con más claridad lo que ha estado trabajando en el análisis. El proceso de la elaboración secundaria ocurre después de terminada la sesión y refiere a una lucha con las fuerzas que se oponen al conocimiento. Podríamos llamarlas las fuerzas de las resistencias que se oponen al saber. Estas resistencias son vencidas al ganar más conocimiento sobre sí mismo. Conocimiento que se logra con la elaboración secundaria. El progreso que va a surgir del deseo de saber del analizando, resulta de un balance entre: el insight, el hacerse cargo y la elaboración secundaria. Es oportuno mencionar que podrían existir ciertos factores de interferencia con este proceso de conocimiento que proviene específicamente del analista. A veces el analista cree que solo sus interpretaciones son las que valen y las que ayudan al proceso. Al hacer esto descalifica el trabajo que por su cuenta realiza el analizando cuando se dedica a pensar sobre lo que ha descubierto en el análisis a través de la elaboración secundaria¹¹⁵.

Desde un punto de vista teórico se piensa que la elaboración secundaria lucha primero con la inercia psíquica, segundo con la característica pegostosa de la libido y tercero con la tendencia a la fijación del trauma infantil, que se rehusa ser conocido. Otto Fenichel decía¹¹⁶ que la elaboración secundaria y el proceso de duelo tenían algo en común. Decía que ambos procesos trataban de tomar consciencia de una realidad dolorosa y además luchaban por lograr aceptar la frustración de no poder modificarla. Kurt Lewin llegó a decir, que en el proceso del análisis, la elaboración secundaria, es una forma de duelo, que lleva luego a sentir cierto bienestar a pesar de lo doloroso del proceso. Quizás esto puede explicarse por la liberación de energía retenida en el proceso de represión.

¹¹⁵ El inglés recibe el nombre de <working through>.

¹¹⁶ Otto Fenichel 1941: Problems of Psychoanalytic Technique New York: The Psychoanalytic Quarterly.

Los trabajos sobre este tema que Freud escribió en 1915 y 1916 se inspiraron en el análisis del *Hombre de los Lobos*. Cuando Freud escribe este historial se va a referir al problema de repetir en lugar de elaborar¹¹⁷ ¹¹⁸. Aquí Freud habla sobre los beneficios de poder hacer elaboración secundaria, es algo así como recordar. Al escribir sobre los obstáculos a este proceso Freud habla sobre las Resistencias del Ello. Se refiere a la atracción que obstaculiza la toma de consciencia. Es una atracción ejercida por la memoria traumática reprimida ubicada en el Ello. Esta atracción dificulta o impide la toma de consciencia. Por eso Freud una vez dijo: que la elaboración secundaria era la conquista de la 'resistencia del Ello'. Fue cuando dijo que la represión tenía dos fuerzas: la censura proveniente del SuperYo y la atracción proveniente del Ello'.

¹¹⁷ Sigmund Freud 1915: <Recuerdo, repetición y elaboración>. Obras completas Volumen 12, Amorrortu Editores.

¹¹⁸ Sigmund Freud 1916: <Conferencia 22> de las Lecciones introductorias. Obras Completas Amorrortu Editores. 1967

Capítulo 48

LA TRANSFERENCIA Y LA ASIMETRÍA

Toda sesión psicoanalítica transcurre bajo los efectos de la transferencia. No puede ser de otra manera. Durante el desarrollo del proceso analítico el terapeuta analítico va a ocupar diversos lugares en la psique de su paciente. El terapeuta analítico ocupará el lugar que la estructura de la transferencia le asigne. El analista no se coloca <es colocado> en diversos lugares según las vicisitudes de la historia infantil del analizando. Esta transferencia va a permitir revelar elementos inconscientes inéditos pre-verbales revividos en transferencia. Se trata de elementos de identificación tempranos que no alcanzan el nivel de simbolización y de palabra, por lo tanto no pueden llegar al <proceso secundario> propio de la conciencia. Sin embargo estos elementos inconscientes van a hacer presencia a través de sus efectos y ser revelados en la transferencia. Lacan decía que <la transferencia es la puesta en acto del inconsciente>.

Instalación de la transferencia

Cuando surge una demanda de análisis por la presencia del sufrimiento psíquico o de algún síntoma, el paciente que aún no deviene analizando hace un llamado al otro al que le supone un saber. El paciente le otorga al analista un saber y con esto un poder. Ese lugar es el de un saber en donde el analista es concebido por el paciente como un sujeto muy sabio y capacitado, capaz de aliviarle su sufrimiento y de llevarlo a la anhelada tranquilidad y felicidad. Así el analista aparece en escena como poseedor de la verdad toda. La técnica analítica espera de él que ocupe ese lugar de supuesto saber asignado por la transferencia y que sostenga con su silencio y escucha atenta el discurso del paciente. Sostener la invitación a asociar libremente y ser escuchado en confianza, sin censura, ni juicio, contribuye a colocar <la escucha> del analista en un lugar inédito. El analista en su lugar de escucha atenta y exclusiva no puede evitar hacer semblante para el paciente. No puede evitar representar o evocar en la subjetividad figuras y relaciones arcaicas del pasado que surgen como significantes los cuales a su vez son los garantes de la constitución temprana del sujeto. Así el analista va a ser depositario de multitud de proyecciones inconscientes. El analista como semblante puede provocar una transferencia de naturaleza suave-

mente amorosa, llamado amor de transferencia, en otras oportunidades aparece una transferencia de naturaleza agresiva y de protesta, llamado odio de transferencia. Cada una de estas aparece en relación con las vicisitudes de la vida temprana del paciente, anterior a la capacidad de simbolización. Así en la instalación de la transferencia surgen al menos dos ejes. Uno es el <eje del saber> otorgado al otro. El segundo es el <eje del semblante> donde se va a poner en escena la relación de amor y odio.

El analista es así depositario en transferencia de todo el saber y el amor que el analizando espera recibir. El analista lo sorprende y lo frustra dando lugar a la abstinencia del analista, al no satisfacer la demanda, ni darle esa verdad revelada. El analista cuando habla aparece donde no se les espera, es decir el analista dice lo que el paciente no espera oír puntuando, cuestionado, interpretando y llevándolo de nuevo a la búsqueda de esa verdad, que no es otra que la de su deseo perdido. Esa verdad escurridiza que encontrará solo a medias y que a fin de cuentas ha estado desde el principio en el inconsciente del propio analizando.

Transferencia como repetición

Las experiencias e identificaciones tempranas del paciente se van a repetir, es decir, van a ser reactualizadas y revividas en la cura analítica con la figura del analista. Los analistas sabemos que <la transferencia no es la repetición> sin embargo <en la transferencia hay repetición>. Esta se encuentra sostenida en el concepto Freudiano de la compulsión a la repetición, que para algunos está vinculada a la pulsión de muerte y para otros a la libido. La pulsión empuja a repetir lo reprimido en un reclamo imposible de satisfacción. Así se repetirá lo reprimido en la transferencia como una puesta en acto de algo involuntario e inconsciente.

El problema con esta propuesta aparece cuando en clínica observamos que la transferencia no es igual con un primer analista que con un segundo o un tercero. Por la tanto, la simple repetición de lo reprimido no da cuenta de este fenómeno transferencial. Es necesario incluir otro elemento adicional a la repetición. Aquí es donde aparece la presencia del analista con sus ideales y su particularidad. Aún cuando la buena técnica pide y se espera, que el analista deje

su deseo fuera del proceso y se coloque en cero, encontramos que a lo largo de la cura ese es un pedido imposible. Al aparecer el deseo del analista, este surge como sujeto y de allí en adelante la transferencia del analizando no es solo evocada por el semblante, sino por la presencia de un real, de un otro intruso. Por eso la transferencia de un analizando varía sutilmente, de acuerdo a la estructura personal del analista que ocupe el lugar en ese momento.

Transferencia como resistencia

Es común pensar que la angustia del analizando ante el horror de conocer el contenido de ciertos elementos inconscientes, lo lleva a utilizar la transferencia como resistencia, produciéndose pasiones de amor o de odio que paralizaban transitoria o definitivamente el proceso analítico. Sin embargo, coincido con Lacan cuando en 1960, plantea que los elementos de resistencia en la transferencia son en última instancia resistencias del analista, horror del analista, quien encuentra dificultades personales de mantener excluido su deseo y evitar identificarse con el ideal proyectado por el analizando. Si el analista acepta la demanda y se identifica con el ideal, surge con su Yo deseante. Esto le va a impedir la captación del sujeto del inconsciente del analizando. Esta resistencia del analista, a ocupar su verdadera posición analítica de no identificarse con los ideales, ni con el supuesto saber, es lo que determina que la resistencia en transferencia del analizando se mantenga. Por lo tanto, toda resistencia en el proceso es en el fondo resistencia del analista.

La banalización de la transferencia

El saber se desprende de lo que acontece en cada sesión de análisis, es decir, bajo los efectos de la transferencia. Sabemos que <el ser de cada sujeto> se va a revelar durante el proceso terapéutico. Las enseñanzas de Lacan ciertamente va a producir efectos en la manera como el analista pone en acto su práctica, y como trabaja la transferencia. El analista tendrá muy seriamente que decidir cuándo y en qué forma va a interpretar la transferencia. No es posible continuar con la práctica automática del <hic et nunc>: el aquí, ahora, conmigo. Es necesario insistir en que la interpretación transferencial es una herramienta sumamente poderosa y no puede correr el riesgo de ser banalizada. Es necesario distinguir entre la interpretación en transferencia y la interpretación de la transferen-

cia. Lacan denuncia una y otra vez los abusos de la interpretación transferencial y el riesgo de su banalización.

Interpretación en transferencia

Refiere a las interpretaciones del analista en las cuales <el analista no se incluye> como objeto o semblante del deseo. Si toda sesión psicoanalítica transcurre bajo los efectos de la transferencia, entonces, todas las intervenciones y silencios del analista ocurren en transferencia.

Interpretación de la transferencia

Refiere a las interpretaciones en la cual el analista <esta clara y explícitamente incluido> en la interpretación. El analista presenta al analizando, para su debida consideración, una propuesta de lo que el analista está percibiendo en la transferencia. Generalmente se refiere a elementos inconscientes reprimidos que se encuentran más allá del orden simbólico. Acontecimientos que ocurrieron en la infancia, fueron vividos por el sujeto, pero solo fueron registrados con significantes del orden imaginario y que aparecen visibles para el analista, en la transferencia, durante la sesión analítica.

Capítulo 49**CONTRATRANSFERENCIA Y TRANSFERENCIA DEL ANALISTA**

La contratransferencia refiere a un tipo especial de respuesta emocional del analista. Así como el paciente responde a la figura del analista con una respuesta inconsciente que llamamos transferencia, igualmente, el analista va a responder de forma automática e inconsciente a la figura del paciente. A esta reacción Sigmund Freud¹¹⁹ la denominó en 1910: la contratransferencia y la describió como un obstáculo al tratamiento analítico. Habrían de pasar 50 años antes de que el tema de la contratransferencia fuera estudiado de nuevo y ampliado su comprensión. Corresponde a Heinrich Racker [Buenos Aires] y a Paula Heimann [Londres] el mérito de haber reiniciado el estudio concienzudo y detallado de la contratransferencia. Hoy en día se considera: Primero, que la transferencia del analizando y la contratransferencia del analista crean un ‘campo analítico’ en el cual va a transcurrir el proceso analítico. Tanto así que se comienza a hablar de la dupla o de la pareja analítica. Segundo, la contratransferencia tiene y muestra un aspecto resistencial del analista. Específicamente esto refiere a la contratransferencia como un obstáculo a la cura, tal como la presentara Freud en 1910. Lo importante y novedoso es que la contratransferencia tiene además otro aspecto. Es cuando aparece la idea de la contratransferencia como una ayuda. Es decir la contratransferencia vista como un instrumento de trabajo del analista.

Heinrich Racker hablaba de dos tipos de contratransferencia: la concordante y la complementaria. La Concordante a la relación simple con el Yo del paciente. Algo benigno y usual. La Complementaria refiere a una identificación con aspectos o partes inconscientes del paciente. Este último tipo de contratransferencia complementaria implica una pérdida de la asimetría, de la alteridad, por parte del analista. Es decir una relación conflictiva [neurótica] del analista con su paciente. Esto refiere al aspecto de la contratransferencia que crea problemas en la cura analítica. Jacques La-

¹¹⁹ Sigmund Freud introdujo el término <contratransferencia> en su trabajo titulado <Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica> en 1910.

can¹²⁰ desde 1951 se opuso a la idea de utilizar la respuesta emocional intuitiva del analista como una guía para la interpretación, tal como proponía Paula Heimann. Fue entonces que Lacan propuso hablar solamente de la transferencia del analista y no utilizar más el concepto de la contratransferencia.¹²¹

Por mi parte encuentro útil trabajar con al idea de que existe la posibilidad de que el analista puede reaccionar a la relación con su analizando de dos formas: una la llamada transferencia del analista y la otra una reacción de contratransferencia ¹²². La primera refiere a la respuesta inconsciente, automática del analista a la totalidad de su paciente. Es una reacción transferencial que remite a la infancia del analista. A sus restos neuróticos infantiles activados por la presencia del paciente en su totalidad. Aquí el analista ha perdido su lugar de neutralidad. Ha perdido la alteridad. Es decir el analista ha entrado en simetría con el analizando. Este tipo de reacción del analista corresponde a una verdadera transferencia del analista. Ahora bien, a pesar de ser de naturaleza inconsciente, esta transferencia es muchas veces trabajable con la actividad de introspección que puede desarrollar el analista. Por esta vía el analista puede acceder a tener cierta consciencia de lo que está ocurriendo y quizás a aprender algo más de si mismo y de su paciente.

La segunda, la que he llamado reacción de contratransferencia corresponde a una respuesta del analista a la transferencia del analizando. También es una respuesta a ciertas proyecciones inconscientes del analizando y al efecto que lo particular de cada paciente hace en el analista. Esta es una respuesta en el analista que no compromete la totalidad del analista. En el caso de presentarse una reacción contratransferencial, al analista le va a resultar más fácil trabajar y explorar sus propios contenidos emocionales e ideativos. Esto le va a permitir entender lo que le está pasando. Así pues una cosa es la 'transferencia del analista', que es seria y difícil y otra

¹²⁰ Jacques Lacan (1951): <Intervención sobre la Transferencia> Escritos 1, Siglo 21 Editores, Mexico

¹²¹ Jacques Lacan (1960): Seminario 8: <La Transferencia> Editorial Paidós, Buenos Aires.

¹²² Recientemente he descubierto que Maxwell Gitelson [USA] ya en 1953 había introducido esta misma idea.

cosa es la contratransferencia del analista, que es más sencilla de trabajar y explorar.

Creo útil ahora presentarles un ejemplo clínico breve. El ejemplo refiere a una reacción de transferencia en el analista. Lo tomo del libro de Horacio Etchegoyen sobre <técnica psicoanalítica> ya citado previamente. El caso es de Maxwell Gitelson¹²³ publicado en 1953. Se trata de los inicios de un análisis. Brevemente: Una mujer joven consulta por dificultades matrimoniales. En las sesiones iniciales habla sobre las injusticias que ella había soportado a lo largo de su vida. A finales del segundo mes de análisis la paciente trae un sueño. En el sueño aparece la figura de Gitelson acompañado de la colega que le había referido el caso. La paciente aparecía en el sueño como una niña. Los dos adultos del sueño estaban en una cama estimulando a la niña con sus pies. Gitelson piensa que el sueño muestra una escena de repetición de una situación infantil de la paciente y muestra la lucha de los padres divorciados para ‘tenerla’ después del divorcio. Gitelson explica que la angustia que él sufrió se debía a un resto neurótico infantil suyo no resuelto. Además este resto neurótico suyo abre a la relación de dos adultos luchando por un niño. Él consideró que esto perturbaba fuertemente sus sentimientos frente a la paciente. Él aclara: se refiere a ‘su reacción’ con la paciente como persona, en su totalidad. Lo sensato para él fue referir el caso a otro analista.

¹²³ Analista de USA, muy respetado y quien fuera Presidente de la IPA.

Capítulo 50**TRANSFERENCIA NEGATIVA Y ODIOS DE TRANSFERENCIA**

En este capítulo voy a incluir dos aspectos relacionados con los sentimientos de rechazo y odio que aparecen en la transferencia. Me refiero primero: a la Transferencia negativa y segundo: al odio de transferencia propiamente dicho.

Es necesario plantear y dejar claro la idea de que los sentimientos de amor y odio son naturales y generalmente complementarios en el ser humano. Ya Winnicott en 1947, decía que sentimientos así, no existen uno sin el otro. El niño pequeño siente un apego y un amor por la figura materna que le da alimento y le prodiga cuidados amorosos. Igualmente cuando se siente frustrado y padece del hambre y abandono, es capaz de sentir intensos sentimientos de rabia y odio, hacia el mismo objeto. Precisamente es el mismo objeto, con el cual en otro, momento sintió tanto amor. En la vida posterior, ya como un joven adolescente o adulto, el ser humano va a ser capaz de sentir sentimientos de amor y odio hacia la misma persona. Generalmente existen razones para tener uno u otro sentimiento. En el curso de la terapia de tipo psicoanalítica y cuando se trabaja con un encuadre bien definido, para ambos miembros de la dupla analítica, entonces el paciente va a ser capaz de precisar los sentimientos revividos con el terapeuta en transferencia. Estos son sentimientos involuntarios que provienen de su infancia reprimida. El sufrimiento inicial del paciente y su decisión de buscar ayuda en un terapeuta, que él o ella consideran muy calificado, va a contribuir a que la primera relación sea positiva. Aparece la idea del terapeuta capaz y dispuesto a ayudar. El paciente desarrolla una transferencia de 'supuesto saber' de tipo positiva, tal como ya lo he descrito en el capítulo dedicado al estudio de la transferencia.

Transferencia negativa

Ahora bien, dependiendo de la magnitud de las experiencias negativas que el niño ha tenido en la temprana infancia con la figura materna, el paciente puede desarrollar una relación negativa de agresividad y desprecio con el imago de una madre mala proyectada y luego revivida con el terapeuta en transferencia. Esta relación

negativa no se debe a algo inadecuado que haya hecho o dicho el terapeuta. Se debe a algo personal que el paciente está reviviendo dentro de sí-mismo y que lo proyecta en el terapeuta. El terapeuta debe estar capacitado para recibir estos sentimientos de rabia y rechazo, naturalmente infundados, que el paciente le expresa en transferencia. El terapeuta 'no se identifica' con los significantes agresivos expresados por el paciente y por lo tanto 'no responde' con molestia o rechazo a esos sentimientos. El terapeuta está en asimetría también llamada alteridad con el paciente. Así los sentimientos negativos o de odio expresados por el paciente, no son tomados como ataques personales. Es un ataque transferencial que tiene su origen en la temprana infancia del analizando y que significa algo para ambos miembros de la dupla. El terapeuta puede tratar de entender el porqué de la presencia de estos sentimientos de rabia y odio. Este entendimiento que logra el terapeuta puede ser transmitido al paciente en forma de pregunta analítica o directamente como una interpretación. A veces es necesario esperar por el momento oportuno para hacer este tipo de intervención. La transferencia negativa no es fácil de recibir y puede resultar muy incómoda para el terapeuta. Siempre es más fácil trabajar con la transferencia positiva en donde la escucha y las intervenciones del terapeuta son bien recibidas. Muchos analistas piensan que los mayores progresos en el curso de un análisis se logran cuando se expresa y se analiza la transferencia negativa que aparece con la figura del analista. El analista consciente de este importante aspecto del trabajo analítico puede facilitarlo abriendo un espacio para que el paciente exprese sus sentimientos de rabia y odio transferenciales. Existen analistas que no permiten la expresión de sentimientos negativos transferenciales. Existen otros que tampoco permiten la exploración profunda de la vida sexual del analizando. En estos infortunados casos, el análisis va a resultar incompleto.

Un ejemplo clínico

Me voy a permitir presentar un ejemplo clínico de una muy interesante paciente mía con la cual trabajé bastante tiempo en transferencia negativa. Se trata de una analizanda femenina, blanca, atractiva, soltera, universitaria de 40 años. La paciente expresa repetidas veces un fuerte disgusto conmigo porque siente que soy domi-

nante y autoritario con ella. A lo largo del primer año la transferencia ha oscilado varias veces de positiva a negativa y viceversa. Por temporadas me siente como una figura amable, comprensiva y cariñosa. En repetidas sesiones está muy disgustada porque no la comprendo y quiero dominarla. En esos momentos dice que 'de nuevo en su vida siente que lo suyo no sirve'. Por lo tanto 'yo no le sirvo'. Me ve como un hombre que 'trata de imponerle lo que pienso'. 'Que yo no la entiendo'. Después de largo tiempo de este tipo de transferencia, le digo en una sesión, que en estas circunstancias se hace para mí muy difícil ayudarla. Cualquier cosa que yo diga será vista por ella 'desde ese lugar' en que ella me ha colocado, como un analista inflexible y autoritario. Mi interés es ayudarla a que ella se conozca en la medida de lo posible. Le digo que me parece importante que ella sepa que 'ella no está atrapada conmigo', que ella tiene el derecho de buscar a otro analista. Alguien que la entienda y la pueda ayudar. Ella me pregunta ¿si yo estoy atrapado con ella? ¿Puedo yo unilateralmente interrumpir el análisis? Le respondo que 'yo puedo decidir interrumpir el análisis'. En ese caso me permitiría recomendarle otra persona.

Esta analizanda había solicitado análisis porque consideraba que existía algún problema con ella que le impedía sostener 'relaciones amorosas estables'. Ella desea casarse o en todo caso tener una relación de pareja estable con posibilidad de convivencia. Durante el análisis muestra un tipo de relación objetal en la cual ella es muy precisa en lo que el otro debe hacer. Esto se percibe más claro en la forma como el otro, en lo cotidiano, se separa de ella y se reencuentra con ella. Luce como 'un control del otro', sin embargo no es una estructura obsesiva. Ella hace una lectura extraña del encuentro y desencuentro, donde lo que importa es 'la prueba de amor'. 'Si me quiere, no se hubiera ido así', 'si me quiere, me hubiera llamado', 'si me quiere, yo estaría primero que eso otro', etc. Lo importante es que esta lectura que ella hace de la relación de objeto, la lleva al reclamo, a la confrontación y al pleito con el otro amado. Ubicándose ella como víctima y como no querida. Este problema que dificultaba la estabilidad de sus relaciones e impedía que estas fueran relaciones prolongadas, se instala en la transferencia. Al comienzo fue una transferencia positiva cálida y suave. Nada problemático. Luego resentía fuertemente si me retrasaba unos minutos, o si mi

reloj estaba adelantado. O si sonaba el teléfono y lo tomaba la contestadora. Se molestaba por la forma como yo intervenía e interpretaba. Luego esto se transformó en algo más serio y comenzó a percibir en una forma bastante intensa como una imposición cualquier cosa que yo dijera.

En el momento en que este tipo de transferencia hizo máxima intensidad yo me encontraba arrinconado. Cualquier cosa que yo dijera, era para imponérselo. Era visto como un analista autoritario y tiránico. Yo me sentía incómodo e impotente para resolver este problema. Estuve incluso dispuesto a interrumpir el análisis. Pensaba que yo no podía ayudarla y que esta situación ya no tenía salida. Pensé en un <impasse analítico>. Le deje saber de su derecho de interrumpir el análisis, se así lo deseaba. Por mi parte yo me rehusaba aceptar interrumpir el análisis. Para mi sorpresa, ella también rehusaba, ser la que interrumpiera el análisis. En el ámbito de la enunciación [de lo latente] ninguno de los dos estaba dispuesto a interrumpir. Este insight me ayudó mucho y decidí escribir lo que estaba ocurriendo.

En la medida que escribía el historial me di cuenta de cosas que yo 'ya conocía', pero que a la vez 'rehusaba conocer'. Es decir un <saber desmentido>. Mientras yo más interpretaba lo que para mí era razonable interpretar, más ella se resistía y me acusaba de autoritario y tiránico. Decidí dejar de interpretar. Me limité a solo hacer una escucha atenta. Ponerme en atención flotante. Intervenir muy brevemente, solo para hacerle saber que estaba allí, despierto y atento. Ella no paraba de hablar. Asuntos importantes y que tantas veces convocaban a mi intervención. Sin embargo yo me mantenía silencioso. No intervenía. Mi incomodidad desapareció. Me di cuenta de que ella no quería oírme. Ella quería que yo la oyera sin parar. Y así fue por varios meses. Ocasionalmente me pedía mi opinión de algún tema que estaba trabajando. Yo le respondía con una interpretación directa y al grano. A veces fuertes. Ella las tomaba bien. Con algunas estaba de acuerdo y con otras no. Pero ella no sentía que yo las imponía. El punto era que ella había solicitado mi intervención. Eso la ponía en una 'posición receptiva' para oírme lo que fuera que yo dijera. Ella es la que sabe cuando está en ese momento de capacidad receptiva. Mientras tanto yo solo escucho aten-

tamente. No se trataba de una catarsis o de una fragmentación mental que requiera de un holding. Se trataba de la existencia de un interlocutor calificado que oyera lo que ella estaba elaborando, sin que ella fuera interrumpida.

Entiendo que en este particular proceso analítico la dificultad aparece cuando se instala una relación transferencial muy especial negativa, que he personalmente llamado <la tiranía del otro fálico>¹²⁴. Sabemos que toda transferencia se inicia con la instalación de un <sujeito supuesto saber>. Él analizando busca ayuda en alguien, en ese que pueda aliviarle de su angustia y sufrimiento. Este fenómeno le otorga en transferencia ‘un poder al otro’. El poder de ayudarlo o ayudarla. Esta es la base de la transferencia positiva en donde la relación inconsciente es a un ‘objeto amado’. La transferencia negativa refiere a un vínculo inconsciente con un ‘otro odiado’. En transferencia el objeto pasa de ser amado, a ser odiado. Aparece el ‘odio de Transferencia’. Este no es el caso con esta paciente. Ella no me odia, ni siente que yo la odio. Por lo tanto creo, que se trata de una transferencia negativa simple. Ella solo me odia, cuando siente que yo la domino o la tiranizo. Este es el problema. Ahora bien, ¿Cómo ocurre eso de que yo la domino? Para mí significa que yo en transferencia tengo el poder ‘de saber, todo sobre ella’, ‘de saber, lo que le pasa’, ‘de saber, lo que le conviene’, ‘de saber, lo que debe y no debe hacer’. Ella instala en transferencia ese <objeto de dominio> y lo coloca en mí. Lo instala con un propósito inconsciente. Yo entiendo, que lo hace para poder rebelarse a ese objeto de dominio. Para rebelarse en transferencia. Se rebela conmigo y con la figura imaginaria que está detrás de mí. Sabemos por la historia de su infancia que la figura materna es poderosa y peligrosa. Ella la ha descrito como una ‘espía’. Una espía, que la espiaba, para saber todos sus asuntos privados. Es decir: ‘la madre lo sabe todo’. Yo pienso que la paciente instala esa figura en la transferencia para oponerse a ella, para rebelarse a ella, para afirmarse [Bejahung] y obtener en ficción un triunfo transferencial sobre ella. De ninguna manera a ella le interesa interrumpir el análisis. Al contrario le conviene continuar con esta relación de dominio para oponerse una y otra vez. Y así afirmarse una y otra vez. Las

¹²⁴ En mi libro la <Lógica del objeto> la denomino: ‘relación objetal de dominio’ o el ‘dominio del otro’.

interpretaciones de este fenómeno carecen de efectividad porque caen dentro de la figura del dominio. Diga yo lo que diga, la interpretación proviene del otro fálico, es decir del objeto dominante, por lo tanto es adversada y descalificada.

Creo que la estrategia de sostener el semblante transferencial de objeto dominante, pero que guarda silencio, fue una estrategia afortunada y acertada. Para ella, en transferencia, yo seguía siendo el 'objeto tiránico dominador'. Pero como yo guardaba silencio, no tenía una razón particular para oponerse, ya que yo no había dicho nada. Con el tiempo la molestia de ambos se fue calmando. Para mí había sido crucial entender de alguna manera lo que estaba pasando. Eso fue lo que produjo un cambio en mi posición analítica y me permitió colocarme solamente en atención flotante, sin identificarme con el 'semblante', el objeto transferencial. Por esta vía logré mantener la asimetría con mi analizanda. Ella logró revivir en transferencia un aspecto escindido y reprimido de la relación con la figura de su madre. Su odio a ella y su deseo de batallarla y de oponerse. Esa batalla se llevaba a cabo en la transferencia y basada en la parte que proyectaba en su analista.

Odio de transferencia

Una cosa es la transferencia negativa: algo trabajable y algo moderado. Otra cosa es el odio de transferencia. Este último refiere a inevitables e intensos sentimientos de odio que se sienten y se expresan al terapeuta. Este odio de transferencia aparece con frecuencia en pacientes narcisistas limítrofes [borderline] o a veces en estructuras psicóticas compensadas o descompensadas que no pueden evitar establecer un importante vínculo con el otro, que se fundamenta en el odio, para posteriormente aparecer algo de amor. El odio es lo que permite al sujeto acercarse y percibir la relación con el otro. Sin odio no hay vínculo con el objeto. Son personas muy disturbadas que muestran muchas dificultades para la vida familiar y social ya que sus vínculos se fundamentan en la relación de odio al otro. A veces el odio al otro tiene la función de organizar la mente fragmentada del sujeto. Por lo tanto ese odio es la cura para su fragmentación mental.

Otto Kernberg [1984] observó que este tipo de pacientes son parte de un grupo más grande propensos a <reacciones terapéuticas negativas>. Estos pacientes a menudo se identifican con un objeto interno sádico y cruel que sólo puede dar cierta apariencia de amor, si va acompañado por el odio y el sufrimiento. En otras palabras, el apego amoroso al objeto, siempre debe ser a expensas del odio.

El Odio de transferencia amenaza la propia estima del analista. Mucho más fuerte en sus efectos que la amenaza implícita en el amor de transferencia. El intenso odio del paciente a veces se recibe como un ataque directo a la persona del analista o al dispositivo analítico. Es posible que el analista desarrolle un <odio de contra-transferencia> que a veces puede llegar a ser intenso. Es importante y necesario que cuando esto ocurre el analista se dé cuenta de este fenómeno y decida referir al paciente. El peligro radica en que el analista puede llegar a negar sus sentimientos de odio hacia el paciente. Los racionaliza o los somatiza, ambas cosas negativas que pueden dañar o afectar la salud mental y física del analista.

Capítulo 51**TRANSFERENCIA EROTICA Y TRANSFERENCIA EROTIZADA**

En este capítulo presentaré tres grupos de ideas: que refieren a la transferencia positiva, la transferencia erótica y finalmente la transferencia erotizada.

La transferencia positiva refiere a la presencia de sentimientos cariñosos y afectuosos hacia la figura del analista o del terapeuta. Freud la llamó <amor de transferencia>. Este tipo de transferencia positiva no necesariamente incluye deseos sexuales, ni genitales. Freud describe en su trabajo de 1915 que el amor de transferencia aparece con ambos sexos como algo suave y manejable y que además ayuda en el doloroso proceso del análisis. Esto es lo que llamamos simplemente transferencia positiva.

La Transferencia erótica es otra cosa. Refiere a la aparición en el curso del proceso analítico de fuertes sentimientos de amor y fuertes deseos sexuales hacia la persona del analista. Generalmente se muestra en sesión una relativa detención de la asociación libre y de la presencia de prolongados silencios en los cuales no se le ocurre nada al analizando. Finalmente el analizando expresa la presencia de sus deseos amorosos y sexuales hacia el analista. El paciente considera que está enamorado o enamorada de su analista y así lo hace saber. Cree que se trata de un amor verdadero. Cuando este fenómeno ocurre es necesario preguntarse si se trata de una transferencia erótica o de una transferencia erotizada. Ambas son muy diferentes en su génesis y en sus consecuencias. La transferencia erótica es benigna y es manejable. La transferencia erotizada es grave y peligrosa.

La transferencia erotizada muestra la presencia intensa e irracional del amor y del deseo erótico genital por la persona del analista o del terapeuta. Sus deseos sexuales pasan a convertirse en actos, que arrinconan al analista. Son deseos que demandan amor y satisfacción sexual completa, exigida a la persona del analista.

Hoy en día sabemos, que tanto la transferencia erótica, como la transferencia erotizada, requieren para su aparición, de una parti-

cipación y complicidad inconsciente del analista.¹²⁵ De alguna forma el analista despierta el deseo erótico en el otro y luego no logra desactivarlo. Por eso es importante que el analista exprese su clara negativa a participar en un asunto amoroso o erótico con su analizanda o analizando. Esta clara negativa verbal y conductual ayuda a desactivar la transferencia erótica. Desafortunadamente la transferencia erotizada no puede ser desactivada ya que el paciente se resiste a enfrentar y tolerar su propia frustración e insiste en que su amor y su deseo son verdaderos y por lo tanto presiona para que sean satisfechos. Es decir hay convicción. Aquí se abre la posibilidad para la existencia de una transferencia delirante, también llamada erotomanía o locura de Clérambault.

Como ya he dicho la transferencia erótica es menos intensa, es manejable y el analizando puede llegar a comprender y aceptar la imposibilidad de esta demanda de amor. Cuando este asunto es hablado abiertamente y se plantea que el analista no está interesado o interesada en establecer una relación amorosa y sexual con su paciente, entonces es cuando el paciente puede renunciar a ese deseo, abriendo la posibilidad a que se pueda continuar con el análisis, si el paciente así lo desea. Queda entendido entonces que la clara negativa del analista, a corresponder amorosamente, ayuda en el cese de esta reacción transferencial erótica. Entonces el sentimiento amoroso y sexual disminuye y deja de ser un obstáculo al trabajo. El análisis prosigue sin presentar problemas por ese lado.

La transferencia erótica ocurre en analizandos que muestran una organización de personalidad Edípica. Es decir son sujetos con un mayor desarrollo e integración de la personalidad. En cambio la transferencia erotizada, que como ya he dicho, es algo grave, ocurre en analizandos con una estructura narcisista de personalidad. A veces se trata de pacientes fronterizos borderlines, que como ya dije

¹²⁵ Este tipo de fenómeno amoroso cae en el capítulo del <Pasaje al acto> y no cae en el <acting-out>. Digo esto porque él <acto> que ocurre en estas circunstancias es compartido. Tanto uno como el otro participante, tiene una cuota de responsabilidad deseante en la elicitación del deseo y del posible <pase al acto>.

se muestran renuentes a cesar en su demanda de amor sexual.¹²⁶ En esos casos la única solución es suspender el análisis lo más pronto posible y referirlo a otro analista. Es importante considerar el sexo del próximo analista con la intención de ayudar a que no se repita el fenómeno transferencial amoroso.

Es oportuno recordar que en los inicios del Psicoanálisis en Viena, la joven <Anna-O> había desarrollado una intensa transferencia erotizada con Joseph Breuer. Entre 1880 y 1882, Joseph Breuer trata a <Anna-O> la cual era una joven de 21 años, con un cuadro clínico de anorexia, parálisis transitoria de los miembros, una grave perturbación del lenguaje y otros síntomas. Estos síntomas aparecen luego de la muerte de su padre, a quien la paciente ‘adoraba’ y a quien había atendido por varias semanas en su lecho de muerte. Además de sentirse enamorada y correspondida por su analista, Anna-O creía estar embarazada de Breuer. Presentó lo que se llama un embarazo fantástico, es decir una pseudociesis. Esta pseudociesis llevó a Joseph Breuer a suspender el tratamiento y referirla a su colega Sigmund Freud, para que este continuara con su tratamiento. Este tratamiento de Breuer consistía en hipnosis y dialogo consciente. Anna-O le hablaba a Breuer de su vida. Este método aún no era psicoanálisis, ya que este método estaba en su proceso de descubrimiento. Freud pudo continuar este tratamiento sin desatar la transferencia erotizada. Este caso de Anna-O ayudó a Sigmund Freud a descubrir <la cura por la palabra> es decir lo que se llamaría entonces ‘la nueva ciencia del psicoanálisis’. Precisamente este caso abre su célebre libro titulado: Estudios sobre la Histeria, que Freud presentara en 1895 y el cual constituye uno de los trabajos pioneros que inaugura la aparición del Psicoanálisis en Viena. El otro trabajo que popularizó el Psicoanálisis se llamó <La interpretación de los sueños> el cual fue publicado el primer día de Enero de 1900 abriendo adrede el nuevo siglo XX.

¹²⁶ Lionel Blitzsen, Ernest Rapaport y Maxwell Gitelson en 1953 prefieren utilizar la idea de que el paciente con una personalidad <neurótica> desarrollan la transferencia <erótica> y los pacientes con una personalidad <psicótica> desarrollan una Transferencia <erotizada>.

Capítulo 52

EL TRABAJO CON LOS SUEÑOS

Los sueños son una producción de la actividad mental inconsciente del soñante. De una forma aparentemente inocente los sueños nos permiten conocer lo que está ocurriendo fuera del área de la conciencia del sujeto que ha soñado el sueño. Los sueños soñados durante el curso de la psicoterapia nos permiten conocer no solo aspectos desconocidos inconscientes del sujeto, sino también nos permite conocer aspectos profundos relacionados con la situación transferencial, lo cual resulta de mucha ayuda en el proceso de la terapia.

Los sueños contienen no sólo el deseo que pugna por satisfacerse sino también la censura proveniente de los ideales infantiles. Así en el sueño se muestra el conflicto infantil en su forma más elemental. Se trata de un encuentro entre el deseo y la prohibición, tal como fue vivido en la infancia. Se trata de un conflicto que muestra todas sus cargas emocionales intensas. Los objetos que habitan la mente de la vigila del soñante, son los objetos presentes en los distintos elementos del sueño. Estos elementos oníricos poseen y reactivan todo ese contenido emocional llamado los afectos.

Es trabajando las ideas reveladas en el sueño y trabajando también las emociones, es decir los afectos que estén presentes en el sueño, he encontrado se profundiza aún más el fenómeno regresivo tan necesario para una verdadera posibilidad de cambio dentro de la estructura de la personalidad.¹²⁷ La revivencia emocional de los distintos aspectos de la verdad inconsciente que se descubren en el trabajo de los sueños, va facilitar y a darle oportunidad a esa posibilidad del cambio psíquico.

Todos los elementos del sueño, es decir las personas que aparecen en el sueño, las cosas, los ruidos, los silencios, los olores y las sensacio-

¹²⁷ Estos cambios o transformaciones solo ocurren dentro de una de las tres estructuras psíquicas posibles, me refiero a la estructura neurótica, psicótica o perversa. Es dentro de la estructura que el cambio psíquico es posible ya que una estructura no puede cambiar y pasar a ser otra estructura. Insisto eso no es posible. Una estructura perversa no puede pasar a ser una estructura psicótica o neurótica. Los cambios psíquicos ocurren dentro de la estructura dada.

nes representan distintas partes de la estructura mental del soñante. Es decir el contenido del sueño son los objetos psíquicos del soñante.

Después de haberse hecho conocidas las teorías de Sigmund Freud sobre la estructura del aparato mental y después que Melanie Klein elaboró sus conceptos sobre la realidad psíquica, la cual está poblada de objetos, es entonces posible comprender la idea de que todas las figuras y todos los elementos del sueño representan aspectos y partes de la personalidad del soñante.

Por lo tanto los distintos elementos del sueño representan los distintos objetos del soñante y son los que producen sus propios deseos y conflictos.

La técnica usual del trabajo de los sueños

Freud recomendaba oír el sueño dos veces y estar atento a los cambios ocurridos en la narración. Estos cambios espontáneos surgidos en la segunda narración tienen una significación que podría sugerir alguna idea para ser propuesta al soñante. Sabemos que el contenido manifiesto del sueño está en relación y es producto del contenido latente o inconsciente del sueño. Es el propio soñante el único que puede dar veracidad y sentido a las ideas propuestas por el terapeuta o analista, al intento de encontrar algún sentido consciente a un fragmento específico de lo soñado. Es el propio paciente quien nos va ir guiando en este trabajo de 'entender' el sueño.

Cuando en la narrativa del sueño aparece un significante enigmático y misterioso, entonces le pedimos al paciente [quien a veces es un analizando] que nos diga que se le ocurre con tal o cual palabra o frase. Es decir que asocie, que haga asociaciones libres, sobre esa palabra o esa frase. Lo que produce este pedido es de mucho valor, ya que nos va a guiar en el entendimiento de ese fragmento del sueño. Poco a poco el sentido del sueño se nos va a ir revelando. Lo que va surgiendo se le comunica al paciente para así continuar con el trabajo del sueño.

Algunos cambios en la técnica

La forma como yo trabajo los sueños incluye ciertas modificaciones en la técnica. Estas modificaciones fueron diseñadas para ayudar a intensificar y profundizar en la expresión de las emociones o afectos que pudieran estar presentes en el contenido del sueño.

Como vemos yo le doy mucha importancia no sólo al conocimiento que podemos derivar de las ideas que surgen del análisis del contenido del sueño, sino que también le doy importancia a la expresión de las emociones que surjan en el mismo contenido del sueño. Igual que hacia Freud pido escuchar el sueño dos veces. Le pido que trate de visualizar el sueño como si lo estuviera soñando de nuevo. Es útil pedir asociaciones a algún fragmento del sueño o alguna palabra en específico. En ese caso le pido que asocie con tal palabra o con tal frase que aparece en el texto del sueño. O que asocie con algún elemento de imagen o de cosa que aparece en el sueño. Si alguna emoción está presente o es intensa, le pido que pronuncie en alta voz [casi gritar] esa frase. O bien que exprese la emoción directamente con su voz y su cuerpo. Luego espero el material mental emergente.

En oportunidades el trabajo emocional de un sueño produce estados regresivos profundos con aparición de sensación de pánico y despersonalización. La fuerte continencia que el analizando encuentra en el vínculo con el analista [la transferencia] alienta a la persona <a dejarse ir> y permitir el afloramiento de intensas emociones y recuerdos reprimidos. En otras oportunidades se llega a estados regresivos pre-verbales donde ya no existen palabras sino sólo sonidos, gritos y torpes movimientos corporales.

Un ejemplo clínico

León¹²⁸ trae el siguiente sueño a una sesión y dice: ‘soñaba que estaba mi mamá, tú y yo en mi casa de la infancia. Mamá estaba arrodillada y tú estabas haciéndole una sesión de evaluación. Le salía algo blanco

¹²⁸ Leon es un analizando profesional destacado de 40 años de edad. Consultó por angustia intensa y alcoholismo que había interferido con su trabajo. Es un muy exitoso ingeniero estructural, quien se encuentra en sus segundas nupcias.

por el lagrimal, no sé si eran lágrimas o era pus. Era algo blanco. Yo la observaba como compungida [algo triste] y traté de ayudarla. Entonces tú le dijiste: 'Este problema, esta relación, puede ser mejorada'. Luego aparece mi hermano menor Manuel y dice: 'León, ven conmigo, el carro tiene una pieza del motor mala. Sin embargo, el carro funcionaba. Tuve el impulso de irme con Manuel, pero tú dijiste: 'Un momento, esto que estamos haciendo con tu mamá es más importante que el motor de un carro. Esta sesión debe prolongarse por más tiempo'. Manuel no le dio importancia a esto. Esa es su manera de ser. El no dijo nada, pero yo me di cuenta que Manuel no quiso entrar en eso. Nunca quiso entrar en cosas más serias. Dio la vuelta con el carro y se fue. Yo sabía que él iba a regresar poco después que se acabara el problema'. El sueño siguió, pero ya no me acuerdo de nada más.

Mientras contaba el sueño León se encontraba acostado, boca arriba. Dijo que sentía una enorme contractura en la espalda y en la nuca, hasta la cabeza. Su primera asociación al sueño fue la siguiente: 'Manuel soy yo mismo'. 'Yo siempre evadía enfrentar los problemas'. 'También había otra parte de mí que se cargaba con los problemas'. 'A veces quise ser como Manuel, pata de rolo [un ser indiferente]'. 'En un pleito con mamá, él se quedaba callado, mientras que yo me ponía a la defensiva y le argumentaba'. 'La primera parte del sueño, no quiero verla, ni hablar de ella'.

En este momento León dice que le sudan las manos y que siente un dolor en el brazo izquierdo, dice temer a un infarto de miocardio. Continúa y dice: 'Esas lágrimas de mamá son grises'. 'No eran tan blancas'. 'El hecho de darle un poco de ternura a mamá y poder decirle que cambie un poquito, que no sea tan dura, que sea un poco más humana, me hace pensar que este problema tiene esperanza'. Entonces yo le dije: 'Díselo a tu mamá'

León comenzó a expresar verbalmente con fuerza lo siguiente: 'Mamá, sé más humana' 'Mamá', 'Mamá' 'Sé más humana', 'Te quiero muchísimo', 'Quiero cuidarte', 'Quiero ser tu hijo', 'Quiero meterme dentro de ti', 'Meterme dentro de ti', 'Tener tu calor'. Hubo un breve silencio y luego me dice: 'No puedo, no puedo' 'Rómulo, yo quiero abrazarla'. De nuevo le sugiero que se lo diga. Comenzó a decirle en

alta voz: ‘Mamá ven, quiero abrazarte’, ‘Tanto que me dañaste mamá’, ‘Tú eras muy dura mamá’, ‘Mamá’, ‘Mamá’. Se incorpora bruscamente y comienza a vomitar repetidas veces en una papelera que estaba al lado del diván.¹²⁹

Descansa y continúa diciendo: ‘Recuerdo a Isabel, mi hermana mayor, que se fue con otro hombre dejando a su marido. Papá y mamá mentían y decían que ella se había ido a Francia. A ella no la vi más nunca. Era mentira. Isabel nunca había ido a Francia. Yo lo acepté así porque tapaba las cosas’. ‘No las quería ver’. Entonces Leon comienza a alzar la voz y dice: ‘Mamá’, ‘No me hubieras dañado tanto si me dices la verdad’. Y lo repite un par de veces. Luego León agrega: ‘Veo que no conozco casi a mi hermana menor Cecilia’. ‘Supe años después que en una oportunidad quisieron meterla a monja’. ‘Que atrevimiento el de mamá’. Comienza a expresar de nuevo: ‘Mamá’, ‘Se más humana’, ‘Se más humana’. Luego de varios minutos, interrumpe y descansa. Luego me dice que hoy tenía miedo de venir a la sesión, que estuvo a punto de no asistir. Yo le dije que trabajar lo de su mamá y de su enorme necesidad de ella, le produce mucho miedo. Que él necesita que ella le quiera y le proteja, queriendo entrar de nuevo en su vientre. Luego le dije que su relación con la mujer expresada en la relación con su pareja actual, es como con ‘una madre protectora’ que lo cuida.

Es necesario darse cuenta que León en su vínculo con la madre oscila entre una madre dura amenazante, que le asusta expresada en la relación con su pareja anterior y una madre protectora que lo cuida, relación de pareja actual. Como podemos ver, León lucha por tomar conciencia de estos vínculos y poder así discriminar la fantasía de la realidad. Más adelante me interrumpe y me dice que repentinamente ha recordado otro sueño y me lo relata. Leon dice: ‘Un hombre, el hijo de Manuela su pareja actual, viene y se nos acerca. Entonces este hombre se transforma en un ladrón. Siento que tengo que defenderla

¹²⁹ En la expresión de emociones es muy común que la intensidad de la emoción particularmente el miedo intenso, produzca náuseas y vómitos. He observado que muchas personas resisten vomitar. Es una experiencia de <pérdida de control> ya que se trata de un reflejo, igual que el reflejo orgásmico, en donde es necesario ‘dejarse ir’ y ‘perder el control’. A medida que adquieren mayor confianza en sí mismas, estas personas se permiten la experiencia de vomitar.

y me encuentro paralizado. No puedo, no puedo. Me despierto en pánico'. Yo le dije que se lo dijera con fuerza.

Así comenzó a expresar con intensidad: 'Es mía', 'Es mía' Luego quedó en silencio por unos minutos. Yo le dije que él temía ser desplazado por el hijo de Manuela. Que nuevamente va a quedar excluido como cuando niño encontraba que a su madre tenía que repartirla con los quince hermanos que él tenía. Me interrumpe y me dice que siente mucho miedo. Que le da miedo hablar de esto, pero que con Manuela siente que queda excluido, cuando hay algún otro hombre en la relación. Yo le digo que se lo dijera con fuerza. Comienza de nuevo a expresar intensamente y dice: 'Manuela, tú eres mía' 'Tú eres mía' 'Eres mía'. Quisiera agregar que en el trabajo de este sueño aún quedaron muchos elementos por trabajar y que salieron de nuevo en sesiones posteriores. Por ejemplo: su relación conmigo, en donde León temía ser desplazado por los otros pacientes. La presencia del tercero era temida y a la vez deseada. Posteriormente se pudo ver un elemento erótico en este triángulo de obvia naturaleza Edípica. La presencia del tercero [un hombre] era temida y deseada. Le producía una excitación erótica que podía llevarlo al orgasmo. Es claro que esto refiere a la presencia de la figura del padre. A un nivel más profundo, se trata de la presencia del padre, quien posee sexualmente a la madre -representada por Manuela-, pero que al fin siempre le pertenece a él, quien de esta forma resuelve el drama de ser excluido y triunfa sobre el padre, quedándose con la madre.

Días después León trae a sesión el siguiente material: 'La relación de Manuela conmigo no debe caer en una relación donde se pierda la propia individualidad'. 'Tanto la de ella, como la mía'. Creo que esta es la idea básica y según su texto se refiere a lo siguiente: 'No quiero mantener una relación en la cual me sienta dependiente de una protección que guíe completamente mis acciones, es decir, una relación en la cual, el ser amado, Manuela o mis hijos, deben estar siempre conmigo para que yo pueda actuar eficientemente y que su lejanía, ya sea física o espiritual, me afecte tanto mi sentido de identidad'. Dice: 'Esto se puede aclarar así': 'El día domingo después de haber conversado una semana antes extensamente este tema con Manuela y de estar ambos de acuerdo, pues todo esto surgió de ella, llegué al apartamento donde vivimos y ella no estaba'. 'Había salido a casa de su

hermana. Al entrar y no encontrarla me sentí muy mal. Hablé con su hijo sobre el sentimiento de soledad'. 'Luego comencé a sentir una rabia muy fuerte'. 'Me metí en la bañera con agua caliente para que ella me encontrara y a la vez poder momentáneamente soportar la soledad'¹³⁰. 'No pude aguantar más. Me vestí. No acepté la cena que me ofreció la muchacha del servicio quien trabaja desde hace doce años con Manuela y que me quiere mucho'. 'Tomé el carro y me fui a un restaurante donde me senté solo a tomar alcohol'. 'Sentí que perdía el mundo, no por el licor, sino por la tristeza que me lo velaba todo. Al poco rato no soporté, me paré y me fui sin pagar. Tomé de nuevo el carro y me fui al edificio quedándome abajo, pensando dormir en el auto para castigar a Manuela. Sabía que ella ya había llegado porque vi su carro'. 'Mis pensamientos eran: Manuela me traiciona'. 'Manuela no quiere estar conmigo'¹³¹. 'Esto debe acabarse'.

Al mismo tiempo empecé a pensar: 'No, ya hablamos de esto, yo puedo estar solo en el apartamento, esperándola'. 'Subí y Manuela me preguntó: ¿qué te pasa? Le dije: 'es sobre lo que hablamos'. 'Sobre nuestra individualidad, pero como estoy muy confuso no quiero hablar ahora'. 'Quiero analizar esto primero y saber qué parte es fantasía y rollo mío y cuál no'. 'Espera hasta que yo mismo me aclare'. 'Al día siguiente me sentía débil y con sentimientos de reproche hacia Manuela'. 'Le comenté que me sentía muy mal por mi propia neurosis y que sentía mucho dolor y soledad'. 'Al mediodía pude al fin hablar con ella'. 'Le dije todo lo que había sentido, que a pesar de todo lo difícil y duro que había sido, me había hecho un bien increíble y que pude distinguir y separar la parte real de la fantasía mía, en toda esa situación'. 'Hicimos el amor, dormimos un rato y me sentí un ser totalmente nuevo'. 'Fui a mi oficina, pero me sentía pequeño como un niño'.

¹³⁰ Recordemos el sueño de León donde al trabajar <el amor por su madre> y al <dejarse ir> expresando con intensidad el amor que sentía por ella, surgió repentinamente el deseo de estar <dentro de su vientre> protector y cálido. Creo que por eso es fácil de entender cómo al meterse en <la bañera con agua caliente> encuentra momentáneamente un alivio a su soledad.

¹³¹ Manuela a nivel emocional profundo es de nuevo la madre que 'lo traiciona' con sus quince hermanos y con su padre y 'no quiere estar con él' ya que está con ellos, con los otros y con el padre. Es ganar el conocimiento de este drama Edípico lo que permite y contribuye al fortalecimiento de un aspecto del Yo capaz de discriminar la fantasía de la realidad.

Capítulo 53
LA REGRESIÓN AL SERVICIO DE LA CURA

La regresión al servicio de la cura es un fenómeno psíquico muy importante que no necesariamente ocurre en todos los análisis. Opino que para ocurrir la regresión en sesión se requiere de varios factores. Sin esos factores presentes, los cuales describiré más adelante en este texto, el análisis prosigue normalmente, pero sin la posible presencia y los beneficios de la regresión intra sesión. La regresión es un fenómeno clínico sumamente complejo que se puede presentar conceptualizado desde cuatro vértices diferentes:

- (a) La regresión como un mecanismo de defensa.
- (b) Como un mecanismo que participa en la construcción de la neurosis.
- (c) Como una de las formas más fuertes de resistencia.
- (d) Como uno de los factores más importantes en la profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido.

El primer punto se refiere al retroceso en la organización del desarrollo psicosexual cuando el dolor psíquico y la magnitud de la ansiedad producida por el conflicto neurótico son tan intensos que la persona no puede tolerarlo. Ante esta situación la persona puede utilizar la regresión como defensa y pasar de un nivel de funcionamiento genital, a uno anal u oral.

El segundo punto se refiere a que este mecanismo de defensa regresivo puede hacer que la personalidad se mantenga más o menos en forma permanente a niveles infantiles de funcionamiento. Por ejemplo a un nivel oral u anal. Aparecen síntomas neuróticos que realmente son normales o usuales para esa época del desarrollo, tales como dependencia exagerada, fobias diversas, temores exagerados a la separación, uso magnificado de la negación y represión entre otros.

El tercer punto de la regresión como una de las formas más fuertes de resistencia, se refiere a que muchas veces el paciente resiste al proceso terapéutico y al hacerse-cargo de sus propios conflictos y contenidos inconscientes, con el mecanismo de la regresión. Así en

momentos cruciales del tratamiento, motivado por la ansiedad excesiva que surge al hacer contacto con el conflicto neurótico infantil reprimido, gracias al mecanismo de la regresión, el paciente puede pasar de un nivel verbal a uno no-verbal con rasgos autistas haciendo esto no para revivir el conflicto reprimido, sino para evitar el hacerse-cargo. Puede así caer en largos períodos de silencio improductivo o perder el conocimiento, caer en un estado de desmayo, como una manera extrema de resistir al tratamiento. En una oportunidad me tocó trabajar con un joven de veinte años que utilizaba esta defensa tan primitiva y extraña. Algunas veces esta resistencia al tratamiento a través de la regresión es inevitable y hasta necesaria. Es necesario tener paciencia ya que en casos como este, la magnitud de la ansiedad es tal, que se hace muy difícil para la persona el poder <hacerse-cargo> de sus contenidos inconscientes. El progreso en el tratamiento va a permitir que lentamente pueda hacerse-cargo de conflictos cada vez más dolorosos.

El cuarto punto de la regresión como un factor muy importante en la profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido, se refiere a la regresión como un fenómeno involuntario, automático e inconsciente como en el resto de los otros tres puntos que lleva al paciente a <revivir intensamente estos conflictos reprimidos>.

Para los efectos de este capítulo sólo me referiré al punto cuatro, es decir a la regresión como uno de los factores más importantes en el progreso del tratamiento. Desde este punto de vista la regresión es bienvenida y su presencia va a intensificar enormemente <la revivencia> del conflicto infantil reprimido, al igual que intensifica la situación de transferencia. Es decir, va a revivir sus conflictos Edípicos y pre genitales de amor y odio con el terapeuta psicoanalítico.

A través de la regresión el paciente se va a retrotraer a momentos anteriores de su vida y a revivir a través de las palabras y de la expresión de emociones ciertos conflictos infantiles reprimidos, de los cuales se ha defendido con su neurosis y con el desarrollo de un Yo [falso]. Algunas veces la regresión llega a niveles pre-verbales expresándose las emociones: sólo con ruidos, gritos inarticulados, quejidos y movimientos corporales torpes propios de un bebé. La capacidad del paciente para establecer una <alianza terapéutica>

efectiva va a permitir que en una misma sesión el paciente se <deja-ir> y <retrotraer> a uno de los conflictos infantiles reprimidos, llegando a niveles de regresión profunda con incontinencia emocional y de ocasionalmente de esfínteres, para luego reorganizarse y progresar a un nivel adulto al final de la sesión.

Durante los períodos de regresión, en los cuales el paciente funciona a un nivel emocional muy primitivo y arcaico, el terapeuta funciona como una madre que contiene a su pequeño niño. La relación objetal en estos episodios es de tipo parcial y el tipo de material que surge en la mente del paciente puede ser aterrador o bien muy matizado de contenidos paranoides. En el encuadre del tratamiento ya sea en sesiones de grupo o individuales existe una suficiente capacidad de continencia por parte del terapeuta en donde el paciente sabe que si se <deja-ir> hacia su mundo interno en la expresión emocional intensa, todas sus manifestaciones ideativas y emocionales van a ser contenidas por el terapeuta y algunas veces por todo el grupo. Esto va a facilitar la disposición a <dejarse-ir> y a revivir el conflicto infantil reprimido pre-genital y Edípico. Otros aspectos del encuadre también ayudan en la disposición para que la regresión sea posible. Me refiero a los aspectos del encuadre del tratamiento que incluyen la regularidad estricta de las sesiones: los mismos días y las mismas horas cada semana, en la misma habitación, con el mismo mobiliario. La regresión también se favorece con la intensidad del tratamiento de alta frecuencia, siendo más fácil cuando son más de cuatro sesiones semanales. El trabajo acostado también facilita la disposición a la regresión. Las intervenciones e interpretaciones del terapeuta que traen a la conciencia del paciente material reprimido es uno de los factores que más importancia tiene en la precipitación del fenómeno regresivo. Cuando el contexto del tratamiento es grupal el hecho de poder observar y participar en el trabajo regresivo de los otros miembros del grupo actúa como un incentivo y permite perder un poco el miedo a <dejarse-ir>.

El obstáculo más fuerte que se opone a la regresión está representado por el temor al contacto con el propio mundo interno reprimido. La mayoría de las veces es el miedo a la locura y en otras oportunidades el terror a la muerte. Con frecuencia surgen a la superfi-

cie toda una serie de ideas delirantes en relación a la falla de algún órgano vital y por lo tanto la presencia de la muerte súbita. Surgen temores a un infarto del miocardio, a una crisis hipertensiva, a una arritmia cardíaca o a una insuficiencia respiratoria. He observado el surgimiento de crisis asmáticas súbitas que ceden al profundizar aún más el fenómeno regresivo y al encarar, concientizar y luchar con los temores básicos que allí se encuentren. En mi experiencia estos temores siempre han estado relacionados con la imagen de una madre asesina interna reprimida y el terror que surge al hacer contacto interno con esta imagen y encontrarse en una situación de desvalimiento e indefensión ante ella.

Es muy común que debido a la intensidad de las emociones particularmente el miedo, aparezcan náuseas y vómitos. En los inicios del tratamiento es frecuente observar que las personas con estructura caracterológica de tipo obsesivo compulsivo resisten el vomitar, ya que vomitar se trata de una experiencia de <dejarse-ir> y de pérdida del control. Esto es precisamente de lo que estos pacientes más se defienden con su estructura de carácter. Donald Winnicott, quien es un eminente y controversial psicoanalista inglés y quien llega al psicoanálisis después de muchos años de práctica en la pediatría, escribió en 1954, un pequeño trabajo clínico sobre un tema que para esa época era considerado difícil y conflictivo. Este trabajo se tituló "Aspectos clínicos y meta-psicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico"¹³². Aquí Winnicott escribe una serie de ideas muy interesantes en relación a la enorme utilidad de la regresión en el éxito de la cura psicoanalítica. Refiere el caso de una mujer de treinta y seis años que había desarrollado su adaptación al mundo a través de la construcción de un Yo [falso] durante sus años de infancia. Winnicott dice que para lograr que el tratamiento fuera eficaz debía permitirse y favorecerse una regresión a la búsqueda de su Yo verdadero [según Winnicott]. Como vemos ya Winnicott desde 1954 plantea la importancia y la utilidad de la regresión dentro de la estructura del proceso terapéutico. Aún más, Michael Balint, psicoanalista húngaro, distinguido discípulo de

¹³² Trabajo publicado en el "International Journal of Psychoanalysis", vol. 36 (1955). Aparece publicado en español en 1969 en la "Revista Argentina de Psicoanálisis", vol. 26

Sandor Ferenczi, quien luego emigró a Inglaterra, publica ya desde el año de 1932 una serie de trabajos sobre la importancia de favorecer la regresión durante el curso del tratamiento analítico¹³³. Estos textos aparecieron inicialmente en alemán y sólo posteriormente fueron traducidos al inglés. Sabemos que Balint continuaba los trabajos iniciales de Sandor Ferenczi en esta área, que sólo su muerte prematura impidió que continuara desarrollando.

También sabemos de la lamentable discrepancia y el trágico desacuerdo que surgió entre Sigmund Freud y Sandor Ferenczi en relación a este tema de la regresión. Esta discrepancia iba ciertamente a retrasar el estudio y el esclarecimiento de la utilidad de la regresión por lo menos por un período de quince años. Pero volvamos al trabajo de Donald Winnicott de 1954. En este trabajo dice que la regresión en este contexto --al servicio de la cura analítica-- no representa, ni es la simple inversión, del proceso de la progresión, ya que en este fenómeno tan importante se incluyen otros elementos psíquicos como son:

- (1) Que la capacidad para regresionar implica la presencia de un cierto desarrollo del Yo, aunque esto haya sido a través de la construcción en la infancia de un Yo [falso].
- (2) Es obvio que la presencia de la estructura caracterológica de un Yo [falso] implica la presencia de un fracaso adaptativo en la vida temprana del niño.
- (3) El volver a experimentar esta situación de fracaso a través del fenómeno de la regresión, va a permitir descongelar esa experiencia traumática y de fracaso, que está ubicada a niveles pre-genitales y Edípicos.

¹³³ Estos trabajos de Michael Balint son los siguientes: "Análisis del carácter y el nuevo comienzo" (1932), "El objetivo final" (1934), "Cambiando la técnica" (1949), "Suspenso y regresión" (1959), "Aspectos terapéuticos de la regresión" (1968). Todos editados por la casa: Hogarth Press. London.

(4)Entonces al permitirse la revivencia de este conflicto infantil reprimido es cuando va a ser posible que surja un Yo [real]. Por lo tanto, esta regresión terapéutica -al servicio de la cura- estaría en función de la progresión, del crecimiento mental y de la curación de la neurosis.

La regresión desde un punto de vista pulsional representa un viaje hacia atrás: <de lo genital a lo fálico, de lo fálico a lo excretorio y de lo excretorio a lo incorporativo>. En el encuadre del tratamiento ciertos aspectos técnicos reproducen las tempranas técnicas maternas e invitan, como ya dije, a la regresión. El paciente y el encuadre se fusionan debido al narcisismo primario y a lo confiable y adecuado del ambiente del tratamiento en relación especialmente con la persona del terapeuta quien representa en los momentos regresivos un continente materno adecuado. Para ilustrar este punto tan importante quisiera mencionar ciertas ideas de Wilfred Bion especialmente las que se refieren al modelo continente contenido.¹³⁴ Según este modelo descrito por Bion, el bebé llora en un supuesto caso porque tiene hambre, pero la madre no está para satisfacerlo. En este caso el lactante experimenta el hambre como un tormento de muerte y la madre ausente como un [pecho-malo]. El lactante sigue llorando su <tormento de hambre> y viviendo su experiencia de muerte cuando entonces encuentra a su madre afectuosa y comprensiva que lo levanta, le sonrío y lo alimenta con cariño y amor.

El niño se calma porque ha logrado, según el modelo, colocar en la madre a través de las identificaciones proyectivas su tormento de muerte. Estas enormes ansiedades aniquilatorias y sentimientos de dolor han podido ser depositados en ella, absorbidos por ella, siendo tolerados, metabolizados y desintoxicados por la madre, para entonces <ser devueltos al niño> como una ansiedad muy suave y tolerable. La capacidad de continencia estaría representada por la capacidad de la madre de recibir y tolerar los sentimientos de dolor, llanto desesperado y angustia de su bebé, a esta capacidad se le llama <función reverie>. Esto es precisamente lo que hace el tera-

¹³⁴ Bion, Wilfred (1962): "A theory of thinking". IJPA Vol. 43

peuta-madre en función reverie con su paciente desintegrado y fragmentado en el momento de la regresión. Por eso digo que el terapeuta produce con su paciente ciertas técnicas maternas tempranas. El ser depositario de enormes ansiedades aniquilatorias y sentimientos de desintegración permite al terapeuta recibir y contener en su propio aparato psíquico estas enormes ansiedades, para luego devolverlas suavemente al paciente en la interpretación y reconstrucción en una forma que es entonces tolerada y asimilada por el paciente.

Una paciente me trae a una sesión de grupo el material siguiente: Me dice que en la mañana, después de pasar muy mala noche con miedo y momentos de pánico, se sentó a desayunar. Al sentarse a la mesa, el marido le preguntó: ¿qué te pasa? Me dice que ella rápidamente subió su mano a protegerse la cabeza. Fue un movimiento involuntario porque se sentía horrorizada como si algo le fuera a golpear. Como en un flash recordó las veces que su madre le golpeó la cabeza porque no quería desayunar. Para este momento de la sesión la paciente se sentía aterrada y muy confundida. Yo hubiera podido interpretar el terror a su esposo, quien en este momento surge como una madre punitiva y represiva y que por algún motivo: <siente que la asusta y aterroriza>. Preferí esperar un poco y permitir que la paciente profundizara aún más en la experiencia emocional de terror ante la madre-asesina. Comenzó a gritar y a tocarse la cabeza. Gritaba intensamente: <No, no, mi cabeza, mi cabeza> protegiéndose la cabeza, enrollándose en sí misma y arrastrándose al rincón del cuarto. Continuó gritando intensamente por varios minutos. Yo la toqué con mis manos, cubriéndole con ellas parte de su cabeza y la nuca. Luego me dice que su padre era un hombre bueno, pero muy asustadizo y pasivo y que no la defendía de su madre, quien le pegaba con mucha frecuencia mostrando en su cara una inmensa expresión de odio hacia su hija. Le dije que llamara a su padre, pero ella no podía. Poco a poco comenzó a llamarlo: <Pa...! Pa...! gritando cada vez más intensamente --Pa...! y finalmente --Papá! Papá! Papá ayúdame, Ayúdame, ayúdame!> gritaba y gritaba revolviéndose y agitando ambos brazos. Luego comenzó a llorar expresando un dolor profundo que me conmovió mucho. El miedo había desaparecido, ahora era todo dolor. Comenzó a llorar aún más profundamente. Así lloró por bastantes

minutos hasta que quedó casi exhausta y me dijo que siempre había estado aterrorizada de su madre. Cosa que hemos visto y trabajado muchas veces en el curso del tratamiento, pero que nunca se había dado cuenta tan claramente como hasta hoy de la falta que le hizo el sentirse protegida y atendida por su padre. Al pedir la ayuda de su padre en este <momento regresivo> de la sesión y sentir todo el dolor profundo que hay en ello, expresa y significa que ha podido rescatar y encontrar a un padre interno bueno que la pueda acompañar y proteger.

En la sesión siguiente se pudo ver con más claridad el impacto y los efectos que esta relación con la madre violenta, perseguidora y el padre cariñoso pero pasivo y sumiso, rasgos del drama Edípico de esta paciente, habían tenido en la escogencia de su pareja y en las vicisitudes que con su pareja iba a tener en la vida conyugal. Su escogencia de pareja fue la de un hombre bastante suave y tranquilo, pero que con el tiempo y la convivencia, iba a recibir todas las identificaciones proyectivas de ella y por lo tanto se iba a convertir progresivamente en la madre perseguidora. Por eso en el desayuno, después de una noche con sueños aterradores donde la persigue la madre-mala, es el esposo, a quien ella ve como amenazante y perseguidor. Ella cree en ese momento que es él quien la va a golpear en la cabeza. El haber trabajado intensamente estos elementos reprimidos en la sesión del día anterior, le permitió discriminar más claramente a la figura del esposo, como un hombre distinto de la madre y quien ciertamente no es la madre perseguidora.

Igual situación va a ocurrir en la relación transferencial con el terapeuta. En los actuales momentos del tratamiento su relación conmigo es muy positiva, me idealiza y me vivencia como a un protector, pero a medida que el tratamiento progresa y la regresión se haga aún más intensa, entonces pienso que esa madre internalizada con características perseguidoras, violentas y algunas veces asesinas va a ser revivida conmigo en la relación transferencial y me vivenciará a mí, como <un terapeuta peligroso y perseguidor>. Esto es posible. Pero a la vez esto le servirá para poder resolver algo más de sus permanentes estados de persecución. En esos momentos de intensa <transferencia negativa> es donde la alianza terapéutica tiene que estar muy presente. Es necesario que exista algún área de

su mente que pueda discriminar al terapeuta, de la imagen internalizada de la madre-asesina. Es necesario que se de cuenta que está reviviendo conmigo toda esta situación aterradora de persecución con el solo propósito de lograr su recuperación. De otra forma, dejaría y abandonaría el tratamiento inmediatamente, ya que su deseo e intención sería el de alejarse de mí, como si tratara de alejarse de su madre interna y perseguidora. Las contribuciones teóricas que diversos psicoanalistas han hecho en el estudio de la vida mental temprana del bebé han contribuido con nuestra capacidad de comprender toda una serie de fenómenos sintomáticos y caracterológicos que muestran ciertos tipos de pacientes cuyas estructuras mentales funcionan con mecanismos primitivos y arcaicos.

Por eso las contribuciones de Melanie Klein son en este respecto valiosísimas¹³⁵. Sin el conocimiento de sus teorías en relación a la vida mental del bebé y del desarrollo emocional del niño pequeño, sería imposible comprender el material que traen nuestros pacientes con estructuras narcisísticas, ni tampoco entender el material que surge en los momentos regresivos de cualquier paciente neurótico. Igualmente las contribuciones de Heinz Kohut y Otto Kernberg me han ayudado mucho a comprender el fenómeno transferencial con tendencias a la grandiosidad del objeto y del Self, propio de las estructuras narcisistas.

Pero volvamos al tema específico de <la regresión> dentro del proceso de la terapia. En algunos pacientes la regresión llega a niveles orales incorporativos [primitivos] y a veces me ha tocado trabajar con pacientes que se retrotraen a la experiencia de nacimiento. En estos niveles de regresión ya sea con luz artificial o en oscuridad total es común observar trastornos transitorios de la sensor-percepción. Los recuerdos profundamente olvidados pueden surgir como imágenes alucinatorias [alucinosis de Bion], algunas veces agradables otras veces aterradoras. En las regresiones al nivel oral incorporativo es frecuente observar el chupeteo en los labios, propio del bebé, adoptar la posición fetal y mostrar un deseo de pro-

¹³⁵ Aquí incluyo la de otros analistas de la escuela inglesa kleiniana, como son: P. Heimann, H. Segal, D. Winnicott, Masud Khan, D. Meltzer, R. Money-Kyrle, W. Bion.

tección y algunas veces de ser amamantado. En algunos casos el amamantamiento en estos momentos regresivos es rechazado violentamente. En sesiones de grupo, cuando en estos <momentos de regresión> he ofrecido el tetero he observado pacientes-bebés que lo toleran y aceptan fácilmente en lo que asemeja ser una relación con el pecho-bueno internalizado. En otros casos con estructura narcisista he observado que ante la experiencia del tetero en estos momentos regresivos, gritan, muerden el chupón del tetero, escupen incesantemente y entran en una reacción de violento rechazo. Es como si no pudieran soportar el pezón en la boca. En estos casos yo pienso que la experiencia original de amamantamiento fue traumática, angustiante y trágica. La he observado en pacientes con severos trastornos de personalidad, en donde la internalización de una buena experiencia con el pecho no fue posible. Sabemos que las primeras satisfacciones orales conducen a la incorporación e introyección de un [pecho-bueno] y también a una buena relación con la madre real externa. Este objeto bueno internalizado: [pezón-pecho-madre] ayuda al niño a encontrar posteriormente en la fase genital, otro objeto externo bueno y a sentir que sus impulsos amorosos hacia ese objeto le van a valorizar su propia persona y a dar la vida¹³⁶. Pero también las experiencias de frustración con el pecho son inevitables lo cual significa que todos los bebés tienen una doble relación con el pecho: un pecho-malo, madre-mala que depriva y frustra y un pecho-bueno, madre-buena, que gratifica, protege del dolor y de los tormentos del hambre, que como sabemos son vividos por el bebé como una experiencia aniquilatoria y de muerte¹³⁷. El problema surge en aquellos bebés que debido a su intolerancia a la frustración o debido a una carga genética exagerada de agresividad, deflexionan en el pecho: <todo su odio> y viven la experiencia de pecho frustrante con demasiado odio, agresividad y rabia. Proyectan y deflexionan en el pecho la experiencia de muerte, lo cual significa que vivencian el pecho como algo amenazante y peligroso. En una palabra, vivencian al pecho frustrante como un perseguidor que les amenaza. La madre es vivenciada por lo tanto como un ob-

¹³⁶ Melanie Klein (1952): *Desarrollos en Psicoanálisis* Editorial Paidós. Buenos Aires.

¹³⁷ Melanie Klein (1948): "Ansiedades tempranas del bebé" en su libro *Contribuciones al psicoanálisis*. Editorial Paidós.

jeto peligroso y odiado. Para que el desarrollo del bebé pueda continuar entre límites normales es necesario que los episodios de pecho gratificante y protector sean más frecuentes y numerosos que los episodios de pecho frustrante y peligroso.

Pienso que con aquellos pacientes que presentan regresiones profundas a la fase oral incorporativa y que muestran en estos episodios regresivos un rechazo intenso y violento al pecho, debe permitírseles revivir este período de su vida todas las veces que sea necesario. Debe permitírseles expresar violentamente toda la rabia que sienten hacia el pecho que los frustra. Expresar estas emociones destructivas y violentas no es nada fácil y para algunos es la primera vez que pueden expresarlas en su vida. Toda esta violencia y destructividad se encuentra muy relacionada con la problemática de la envidia que generalmente tiene este tipo de pacientes en forma muy marcada.

Quisiera traer como ejemplo el caso de una mujer de veintisiete años de edad muy inteligente, hermosa y profesional que padeció una crisis psicótica [no esquizofrénica] a los veinte años, con desorganización y fragmentación del Yo, desencadenada por la pérdida de un objeto amoroso: su novio compañero. Esta pérdida amorosa representó la pérdida de una madre buena y protectora. Al perder esta relación con su pareja la paciente quedó a merced de una madre interna cruel y persecutoria, con enormes ansiedades, produciéndose el episodio de fragmentación psicótica. Fue en esta época de fuertes ansiedades psicóticas que me fue referida, durante el período de evaluación eran evidentes los fuertes temores paranoides, las visiones de ser descuartizada y ver su cuerpo despedazado en un pipote de basura de un hotel o sus pedazos de cuerpo metidos en una bolsa plástica transparente ensangrentada. Además mostraba intensa promiscuidad sexual y crisis de angustia confusional. El tratamiento conmigo duró cinco años con una frecuencia de ocho sesiones que luego rebajamos a seis sesiones semanales. Durante el primero y segundo año de terapia caía frecuentemente en estados regresivos <oral incorporativos> con deseos de ser cuidada y atendida como un bebé por su madre. En las sesiones de grupo comenzaba sentada en el colchón con un movimiento de vaivén [rocking] a llamar a su madre con gran dolor y llanto. Su

llanto con desesperanza me transmitía la impresión de que ella <la necesitaba> pero que a la vez, le era imposible el recibir algo de ella. Eventualmente se acostaba en el colchón [en el grupo] y profundizaba aún más la regresión. Lloraba y expresaba un dolor muy profundo, en varias oportunidades la tomé en mis brazos y la abracé suavemente. En una oportunidad le ofrecí el tetero en sus labios y esto produjo la reacción más violenta que jamás le observé. Rechazaba el biberón, lo mordía y lo escupía pasándose la mano por los labios con desesperación. Gritaba a su madre que se retirara, que se fuera. Le decía: <vete! vete! no quiero, no quiero> En oportunidades, en que se encontraba en este nivel de regresión expresó odio, rabia y agresión intensa al pecho malo [madre mala].

Esta paciente se encontraba atrapada en un drama oral aparentemente sin salida. Por un lado desea y necesita a su madre buena que la quiera y la proteja. Por otro lado, cuando en su mente aparece finalmente la imagen materna sólo encuentra a la <madre mala> abandonante y asesina, a quien ella odia. El revivir y expresar este conflicto tan primitivo <oral> le permitió conocer con todo detalle lo que ocurría y así comprender la naturaleza de sus episodios confusionales y paranoicos. Poco a poco logró expresar con intensas emociones de rabia y furia, toda la protesta con los aspectos internalizados de la <madre mala>. Lo difícil del caso y a la vez lo más importante era lograr la integración y síntesis, en su mundo interno, de estos aspectos disociados y escindidos de su madre, pudiendo así quizá comprender estos aspectos punitivos y poder integrarlos. Al fin y al cabo las experiencias variadas de amor y odio con su madre son vividas con la misma persona. Había momentos en el curso del tratamiento en que la situación se hacía desesperante, como por ejemplo, ante un relativo avance integrador que yo veía como progreso, y ante la integración de ciertos aspectos disociados de su personalidad, volvían nuevamente a presentarse angustias confusionales y paranoicas con intensos ataques y quejas del tratamiento y especialmente a mí como <terapeuta madre incapaz e incompetente>. Sin embargo, todas estas crisis que en algunos momentos pudieron ser catalogadas erróneamente como pertenecientes a la <Reacción Terapéutica Negativa> significaron luego de ser interpretadas y trabajadas: un nuevo y sólido progreso. Que a su vez podía estar sometido a nuevos retrocesos. Como ustedes pue-

den darse cuenta la actitud terapéutica básica de <no deseo>¹³⁸ es fundamental en el curso del tratamiento, porque en última instancia, el paciente está en terapia para encontrarse a <sí mismo> y no para complacer los deseos de curación de su terapeuta. En otras palabras, el paciente tiene derecho a <no curarse> si así lo desea. Sin embargo, muchas veces he visto que esta actitud tan sana y necesaria de <no deseo> es muy difícil de mantener y me he encontrado a veces, a pesar de mi voluntad, con intensos deseos ocultos de que un determinado paciente resuelva ciertos tipos de problemas.

Pero volvamos al caso de esta joven paciente. Los progresos que ella había alcanzado la prepararon afortunadamente para un episodio inesperado que irrumpió violentamente en su vida y en el tratamiento. Se trató de la muerte trágica y sangrienta de su madre, quien murió descuartizada en un accidente de tránsito por irresponsabilidad y negligencia criminal del padre de la paciente, quien iba manejando ebrio y quien a su vez salió ileso del accidente. El trabajo realizado en el análisis, que ella había realizado en los primeros dos años de tratamiento la preparó para enfrentarse con los dos aspectos terribles de la muerte de su madre:

(1) Le permitió enfrentarse con la muerte trágica de su madre sin sentirse invadida por intensos sentimientos de culpa inconsciente provocados por el hecho de haber deseado su muerte.

(2) Le permitió tolerar la pérdida de los aspectos buenos, cariñosos y protectores de la madre-buena, pudiendo defenderse de los severos ataques crueles y punitivos de la madre-mala interna.

Poco a poco fue surgiendo una personalidad más integrada y la preparó para una nueva vida, sola, sin su madre. A los pocos meses después, fue necesario que se mudara de apartamento, ya que comenzaron a aparecer serios trastornos mentales pre-seniles en el padre, que eran muy difíciles para ella en esa época, el poder manejarlos. Me refiero a la <patología sexual incestuosa> que apareció

¹³⁸ Es conveniente releer lo referente a la actitud analítica de atención-flotante, punto-cero y actitud de no-deseo referente a la neutralidad del analista, descrita previamente.

en el padre senil, obligándola a cerrar su puerta con llave y con una silla, temiendo un ataque sexual en cualquier momento. Ella se mudó, comenzó a trabajar y a mantenerse por sí misma, con muy poca ayuda económica de su padre. El tratamiento comenzó a tener un nuevo giro y comenzaron poco a poco a surgir todas las dificultades que ella tenía en la expresión del amor, dificultades en la escogencia de pareja y en la expresión de su sexualidad genital. Tal parecía que había evolucionado de un nivel oral, fragmentado y caótico, a un nivel genital, más organizado. Aparecieron dificultades de otra índole a las cuales se avocó en la segunda etapa de su tratamiento. Pero no quisiera extender demasiado este caso. El punto que quería ilustrar era el de los diversos contenidos emocionales que surgen en los momentos regresivos especialmente a nivel <oral-incorporativo> y también mostrar la importancia de revivir y revivenciar a un nivel regresivo, la deprivación y la agresividad del bebé cuando en esta corta edad ha existido, para el paciente, una verdadera situación traumática con el consecuente fracaso en el surgimiento de un Yo [real], lo cual va a influir en el desarrollo de la personalidad.

Para terminar quisiera resumir diciendo que sin la regresión: la intensificación del fenómeno transferencial y la revivencia del conflicto infantil reprimido, es limitado. El tratamiento deja de tener una verdadera solidez, convirtiéndose solamente en un proceso pedagógico y educativo que sólo produce un enriquecimiento del sistema defensivo del Yo, pero que de ninguna manera conduce a una exploración profunda del inconsciente.

Capítulo 54
LUGAR DEL AFECTO EN LA SESIÓN

Realmente comenzamos a sentir mucho antes de que podamos hablar. La capacidad para hablar con eficacia no aparece sino hasta después del primer año de vida. Esto significa que durante el primer año de vida el niño es una criatura limitada verbalmente. El bebé solo dispone de sentir las emociones rudimentarias para comunicarse y para experimentar las satisfacciones y las frustraciones de sus necesidades básicas. Anny Katan [1961] y Robert Furman [1978] en dos trabajos publicados en el prestigioso <Estudio Psicoanalítico del Niño>¹³⁹ plantean una serie de observaciones muy interesantes sobre el efecto de la verbalización de los afectos en el desarrollo mental de los niños. Ellos le dan bastante importancia a la <verbalización del afecto> y al conocimiento que del mismo pueda adquirir el niño. En esta época el bebé y el niño pequeño expresan sus temores y desesperación, sus alegrías y satisfacciones, su protesta y rabia, su tristeza y su dolor con emociones. Nina Searl fue una de las primeras psicoanalistas de Londres que dedicó muchas horas de su trabajo diario a la observación directa de bebés en la década de 1920. En 1933 ella escribió un trabajo sobre la <función del grito> de rabia en el bebé¹⁴⁰. Allí dice que el grito de furia que produce un bebé en situación de frustración expresa un ataque a la madre mala y a la vez un ataque contra sí mismo. Ella concibe el elemento de descarga que tiene el grito como una forma de proyección y penetración dentro del objeto malo, colocando dentro de la madre mala el dolor psíquico que el bebé no puede tolerar. Este concepto coincide con el concepto de <escisión del Yo> y <escisión del objeto> que Melanie Klein introduce como uno de los mecanismos mentales que puede utilizar el Yo inmaduro del bebé para organizar algo su universo caótico y poder así discriminar los objetos buenos y los malos. Desgraciadamente es común la experiencia de ver al bebé y al niño pequeño ser sometidos a la exigencia de <suprimir> sus emociones debido a que los padres no pueden tolerarla. No la toleran por razones de propia educación, o porque les mueve su propio dolor y temores de la infancia, de modo que llega

¹³⁹ 'Psychoanalytic Study of the Child': volumen 16 y 33 respectivamente.

¹⁴⁰ Searl, Nina (1933): 'The Psychology of Screaming', International Journal of Psychoanalysis IJPA Vol. 14, páginas 193-205

un momento que el niño <no sabe lo que está sintiendo>. No sólo ha encontrado dificultades en expresar sus emociones, sino que no ha sido ayudado a comenzar a <reconocerlas> e identificarlas. Sólo ha logrado aprender a suprimirlas para poder ser querido por sus padres.

En el comienzo de las verbalizaciones en el niño pequeño, hay tres aspectos que quisiera ampliar. **Primero:** En el niño la verbalización de los acontecimientos del mundo externo precede a la verbalización de los sentimientos y emociones. **Segundo:** Para verbalizar los sentimientos o vivirlos, es necesario poder distinguirlos e identificarlos. Para ello es necesario vivenciarlos o vivirlos. Aquí es donde los padres funcionan como organizadores, al permitir en el niño el vivenciar sus emociones y luego el hecho de verbalizarlas va a aumentar la integración del Yo. **Tercero:** El hecho de que el niño pueda vivenciar una determinada emoción no significa que el niño no pueda desarrollar una capacidad para la continencia emocional. Se trata de que el niño pueda vivenciarlas y expresarlas <conocerlas> pero también aprender a contenerlas y posponerlas, según lo apropiado del momento.

El niño pequeño independientemente de su vocabulario puede aprender a reconocer sus emociones y a sentir que tiene derecho a ellas. A través de sus emociones, que son manifestaciones pre-verbales de lo que está ocurriendo en su mundo interior, el niño va a comunicarse primero con su madre y luego con su padre y hermanos. A los niños se les pueden decir <con palabras> las emociones que estén sintiendo en un momento dado, la idea no es reprimirlas, ni estimularlas, sino que <las reconozcan> y tengan derecho a ellas. Por ejemplo, una niña de trece meses de edad estaba sentada tranquilamente jugando con sus tacos. Desde hace un mes es capaz de construir una torre de cuatro tacos. Hoy, al poner el último taco en su gran torre, sonríe satisfecha y se agarra sus manitas. Su madre le dice: Bien, Bien! Estás contenta, es una torre bien alta. Al volver a trabajar con la torre y tratar de poner un quinto taco, la torre cae y se desbarata. La niña comienza a llorar desesperadamente y pateo los tacos enfrente de ella. Su llanto atrajo nuevamente a su madre quien, mientras la carga y le limpia un poco las lágrimas, le dice suavemente.: Yo sé que estás muy brava, muy bra-

va, es frustrante tratar de construir una torre tan alta! --Ven, vamos a tratar otra vez!

En oportunidades ha sido para mí muy revelador, cuando un paciente en el proceso de la terapia, logra rescatar y hacer contacto con aspectos afectivos y emocionales del conflicto pre-genital y Edípico reprimido. En una oportunidad una paciente estaba en una sesión trabajando el drama infantil con su padre. Ha descubierto que este hombre era fundamentalmente un padre afectuoso y suave. --Pero, cómo abusaba su madre de él! --Que débil se veía! Cada tarde él llegaba a su casa y se sentaba solo, a oír música clásica. En este momento de la sesión la paciente dice que ojalá él hubiera podido enfrentarse a su madre. Le dije que se lo dijera. Entonces comenzó a gritar intensamente, acostada y golpeando con ambos brazos: Papá, papá, se fuerte, enfréntatele, en-fréntatele. Tuvo una reacción de dolor sumamente intensa y profunda ante este padre derrotado, acabado y aislado en sí mismo. Lloró desconsoladamente por mucho rato. Luego supe que su padre había sido un niño que no podía ayudar y proteger a su hija de la madre-asesina. En su vida adulta esta paciente se había casado con un hombre pasivo y débil a quien trataba constantemente de convertir en un padre-fuerte que se enfrentara con ella. La revivencia del dolor ante el padre pasivo y débil, además del conocimiento de este drama por parte del paciente -a través de la interpretación- es crucial para poder iniciar un cambio en la estructura mental y en la vida de esta persona. El solo conocer el drama, no es suficiente, es necesario revivirlo.

Siendo las emociones una respuesta del Yo a ciertos estímulos provenientes ya sea del mundo interno y externo, es posible explicar la posibilidad de la represión de las emociones, ya que el Yo tiene la mayor parte de su estructura en un nivel inconsciente.

El tema de la represión de las emociones ha sido tratado y discutido infinidad de veces en la literatura psicoanalítica. Sigmund Freud, en su trabajo de 1893 'Estudios sobre la Histeria' mantiene la hipótesis de que el afecto bloqueado emoción reprimida, es lo que ha producido y además mantiene el síntoma conversivo histérico. Establecer la conexión entre el afecto y la representación mental a

través de la palabra, permitía una abreacción o catarsis y con ello el cese del síntoma. Un año después, en su trabajo de 1894 'Las Neuro-psicosis de Defensa', Freud aclara aún más estas ideas. Plantea tres vicisitudes de <los afectos u emociones>:

- (1) Los afectos serían sometidos a la represión y llevados al cuerpo en forma de conversión.
- (2) Serían sometidos al desplazamiento y expresados en otros afectos.
- (3) Serían reprimidos y convertidos en ansiedad.

En los treinta años siguientes el tema de <las emociones y de los afectos> iba a tener cada vez menos importancia en la literatura psicoanalítica. Se había atravesado por una época en donde todas las manifestaciones afectivas y emocionales debían manejarse sólo con la verbalización e interpretación para entonces poder ser así, incorporadas dentro del proceso analítico. Lo único útil para este proceso era formular los deseos, impulsos, conflictos y emociones en palabras. El expresar los sentimientos podía ser considerado como una actuación¹⁴¹.

Hoy en día las cosas han cambiado bastante. Un ejemplo de este cambio de actitud del movimiento psicoanalítico lo representa el hecho de que para el 30^a Congreso Psicoanalítico Internacional, realizado en Jerusalén en julio de 1977, el tema oficial fue Los Afectos y la Situación Psicoanalítica. Creo que esto expresa un cambio y un reconocimiento de facto, a la importancia de los afectos y las emociones en el proceso analítico. En este Congreso Adam Limentani eminente analista inglés y uno de los tres ponentes oficiales al Congreso, dice que 'el éxito o el fracaso de un análisis dependen del grado de cambios afectivos que tengan lugar durante el proceso analítico'. Agrega que es frecuente observar que un análisis se recuerda por las emociones particulares que surgieron durante el curso del mismo. Desgraciadamente algunos analistas hablan de un análisis como algo que fue interesante y no como algo <intenso, doloroso o dramático>. Dice que lo que ocurre es, que ni los analistas, ni los pacientes, estaban preparados para admitir que el trata-

¹⁴¹ Para aclarar el concepto de <actuación> recomiendo leer el capítulo sobre <acting Out>.

miento había sido totalmente intelectual, esto lo dice Limentani ¹⁴² en la página 173.

Maxwell Gitelson en un valiente trabajo de 1952 titulado 'La Posición Emocional del Analista en la Situación Psicoanalítica' ¹⁴³ había demostrado ya desde esa época la importancia de las reacciones emocionales del analista. Pero hay que admitir que esa contribución y la que hizo Paula Heimann en 1950 están hechas exclusivamente sobre la contratransferencia. Pero también hay que admitir que ellos estaban abriendo de nuevo el tema de lo <afectivo y emocional> en el proceso analítico, aunque para el momento ellos lo plantearon como expresión de los restos neuróticos del analista.

Phyllis Greenacre en un trabajo de 1975 titulado 'Sobre las reconstrucciones' ¹⁴⁴ plantea la importancia de las comunicaciones <no-verbales>. Dice que la comunicación verbal es la forma más importante para llegar al conocimiento, pero que también es necesario admitir la existencia de una enorme cantidad de fenómenos para-verbales y no verbales que ocurren y existen durante el proceso analítico. Plantea que estos acontecimientos afectivos son vividos por el analista y su paciente en la situación transferencial. Pero volvamos al trabajo del Congreso Psicoanalítico Internacional presentado por Limentani. Allí dice que muchos de sus pacientes hacen infinitas reconstrucciones intelectuales que no los llevan a una síntesis, ni a una integración de la personalidad. Para mi sorpresa dice que <el trabajo emocional> generalmente lo logran en un segundo análisis, páginas 180 a 185.

El punto que quiero traer aquí es el siguiente: Para cualquier tratamiento psicoterapéutico de base psicoanalítica que tenga la intención de modificar la estructura de la personalidad, tendrá un mismo objetivo: <que lo que antes estaba disociado esté ahora unido>, permitiendo una síntesis con los aspectos inconscientes de

¹⁴² Limentani, Adam (1977): 'Affects and the psychoanalytic situation' International Journal of Psychoanalysis IJPA Vol. 58, págs. 171-182. Los otros dos ponentes oficiales del Congreso, fueron: André Green y Jacob Arlow.

¹⁴³ Gitelson, Maxwell. (1952): "La posición emocional del analista en la situación psicoanalítica" International Journal of Psychoanalysis, Vol. 3 páginas: 1-10

¹⁴⁴ Phyllis Greenacre: (1975): "On Reconstruction" Journal of the American Psychoanalytic Association, Vol. 23, páginas: 693-712

nuestra vida mental, surgiendo así y expresado afectivamente: <un claro sentimiento de identidad>: <Soy el que soy>. A mi modo de ver, para lograr esto es indispensable y crucial la experiencia emocional a través de la relación transferencial o de la expresión emocional directa o de ambas. He observado tres tipos de dificultades en relación a la capacidad del Yo para dar una respuesta emocional. Me refiero a:

- (1) Dificultad para sentir las emociones
- (2) Dificultad para reconocerlas
- (3) Dificultad para expresarlas

Estos tres tipos de dificultades tienen relación con la estructura de la personalidad y el tipo de patología que presenta. La lucha defensiva del Yo en contra de la respuesta emocional debido a su incapacidad para tolerarlas, va a facilitar el surgimiento de un Yo [falso] Winnicottiano¹⁴⁵. El Yo también puede tentar escindir la respuesta emocional en varios fragmentos, haciendo difícil para la persona reconocer sus propias emociones o percibir las con una intensidad muy reducida. O bien, el Yo puede vivenciar su mundo interno como si fuera un mundo externo, logrando así no percibir sus emociones o percibir las como si provinieran de afuera.

El ser humano tiene ante el peligro tres tipos de respuesta. La primera, una respuesta de temor y miedo que nos lleva a huir, la segunda, una de protesta y rabia que nos lleva a la lucha y a la confrontación, y la tercera, una de insensibilidad, indiferencia, negación del peligro y represión de la respuesta emocional que nos lleva a una tranquilidad artificial y a un no sentir. Yo diría que las tres reacciones o diferentes combinaciones de ellas son propias de cualquier persona sana, pero esto depende de lo apropiada que sea la respuesta a la realidad y de la magnitud en que se presente. Es comprensible y deseable que un bebé o un niño pequeño tengan una reacción de rabia y protesta si no se les atienden sus necesidades básicas. El problema surge cuando uno de estos tres tipos de

¹⁴⁵ Winnicott, D. (1965): "La integración del Yo en el desarrollo del niño", en 'El proceso de maduración en el niño' Editorial Laia (1975)

respuesta se hace excesiva, ante una situación, que < puede o no > ser de peligro. Esto significaría que la capacidad del Yo para tolerar las emociones es muy reducida. En otros casos el Yo no puede tomar conciencia plena de la emoción que está presente y hacerse cargo de ella y procede a cerrar su capacidad de respuesta emocional. Es decir deja de sentir y se mantiene < sólo limitado > a las sensaciones provenientes de los órganos sensoriales. De niño aprende así a expresar y reconocer sus diversas respuestas afectivas emocionales. No es fácil aprender a decir y sentir: estoy triste, tengo rabia, te quiero mucho.

Cuando la persona se desprende o insensibiliza de sus sentimientos y emociones deja de sentir las totalmente. Mientras no pueda regresar a estas emociones largo tiempo reprimidas y revivirlas intensamente, no podrá volver a sentir. Estoy entre los que piensan que la capacidad de respuesta emocional del Yo sigue la Ley del todo o nada. Es claro que la persona que padece de esta insensibilidad no sabe < que no siente > y no es posible convencerle de lo contrario. Sólo cuando confíe y se abra un poco al trabajo emocional, es cuando podrá darse cuenta de su propia capacidad de sentir las emociones y los afectos.

En algunos casos, la incapacidad para sentir emociones es sólo parcial. Con esto quiero decir que son < algunas emociones > las que el individuo no puede tolerar en el Yo, desplazándolas a otras emociones que sí puede tolerar. Por ejemplo, las personas que en su infancia han encontrado una prohibición en la expresión de la agresión de la rabia o del odio. Para ellos era difícil expresar indignación y sentimientos homicidas. He encontrado que estas personas prefieren expresar dolor y tristeza y provocar lástima ante situaciones de agresión que ameritarían una respuesta de defensa y por lo tanto el uso constructivo de su capacidad de indignarse. En vez de expresar un < esto no lo tolero más > comienzan a llorar y lo pasan a dolor. O ante el miedo, cuando esta emoción fue prohibida en la infancia, la desplaza a la rabia y al llegar a adultos expresan fácilmente, violencia, destructividad y rabia, que sí les era permitida. Así estas personas, ante situaciones de temor y miedo lo pasan inmediatamente de una forma inconsciente a protesta, rabia y violencia. Por eso muchas veces he dicho que en una situación como esta,

el <Yo es incapaz> de tolerar el miedo y hacerse-cargo de él, y por eso lo desplaza al afecto que le es más fácil y al cual está acostumbrado.

En una situación como esta es necesario estar atento y cuando ésta surja de nuevo, plantearle al paciente, cuando se trabaja en Grupo, un ejercicio emocional de miedo en el que pueda sentirse débil, pequeño e indefenso, que se lo permita a sí mismo y pueda temblar de miedo. En otras palabras, que se haga-cargo de su respuesta emocional verdadera. Por eso digo que el individuo va desarrollándose y madurando cuando se permite sentir sus necesidades y conflictos infantiles reprimidos. Se vuelve fuerte al sentirse débil. Reviviendo el pasado vuelve plenamente al presente y al sentir la muerte de su Yo [irreal] regresa a la vida. Es lo contrario de la neurosis en la que el individuo tiene miedo y se comporta con demasiada violencia, siente poco y actúa mucho, llevando una vida donde repite continuamente el pasado en el presente. Desde el punto de vista de la <Teoría de los Afectos> considero la existencia de cuatro respuestas emocionales básicas del Yo:

- (1) Dolor
- (2) Rabia
- (3) Miedo
- (4) Amor

Creo que todos los otros fenómenos parcialmente emocionales son derivados de estas emociones básicas. Por ejemplo, la vergüenza como sentimiento <no es una emoción básica>, pero sí un derivado del miedo. La culpa como sentimiento es un derivado del dolor cuando es de naturaleza depresiva ¹⁴⁶ o un derivado del miedo cuando es de naturaleza persecutoria. La envidia ¹⁴⁷ considerada

¹⁴⁶ En esta situación estoy utilizando los conceptos de Melanie Klein en relación a la posición depresiva y esquizo-paranoide.

¹⁴⁷ En relación con <la envidia> quisiera aclarar aquí la forma en que uso este término. Melanie Klein (1957) considera a <la envidia temprana> como uno de los factores que actuando desde el nacimiento, afecta la experiencia del bebé con el pecho. Se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica, en la cual están involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial. Melanie Klein la diferencia de los celos al plantear éstos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer el objeto amado y

en su aspecto emocional es un derivado de la rabia-destructiva asesina y los celos y la rivalidad, un derivado de la rabia afirmativa. La timidez un derivado del miedo. El amor es un fenómeno emocional pasional sumamente complejo lo incluyo dentro de la respuesta emocional de <la alegría>. La tristeza es muy cercana al dolor y la depresión no es un sentimiento, sino una formación neurótica irreal que incluye en su vertiente emocional al dolor y a la rabia-asesina.

excluir al rival. En los celos hay una relación de tres objetos (triangular) y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales. Melanie Klein también diferencia la <envidia temprana>, de la <voracidad> al decir que ésta implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias, incluyendo la posibilidad de destruirlo. El objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo. La <envidia temprana> tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar y destruir lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Es este aspecto <dañino de la envidia> lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo (el pecho) que es la fuente misma de todo lo bueno, impidiendo las identificaciones con el objeto bueno.

Capítulo 55
TEORÍA DEL BALUARTE

En el año 1959 Billy y Madeleine Baranger [Buenos Aires y Montevideo] publican sus ideas sobre un nuevo concepto llamado por ellos el 'Baluarte' en psicoanálisis. En esencia dicen lo siguiente: Para el analizante el baluarte representa un refugio inconsciente de poderosas fantasías de omnipotencia. Este baluarte es enormemente diverso entre una persona y otra pero nunca deja de existir. Es lo que el analizante <no quiere poner en juego> porque el riesgo de perderlo lo pondría en un estado de extrema vulnerabilidad, como desvalido. En ciertas personas el baluarte puede ser su superioridad intelectual o moral, su relación con un objeto de amor idealizado, su ideología personal, sus fantasías de aristocracia social, sus bienes materiales, su profesión, etc.

La conducta más frecuente de los analizantes en defensa de <su baluarte> consiste en evitar mencionar su existencia. El analizante puede ser muy sincero en cuanto a una multitud de problemas y aspectos de su vida, pero se vuelve esquivo, disimulado y aún mentiroso cuando el analista se aproxima <al baluarte>. El éxito del análisis depende de en qué medida el paciente haya aceptado analizarlo, es decir perderlo y perder con el baluarte sus fantasías básicas de omnipotencia. Pero el baluarte dentro del campo psicoanalítico se produce y se mantiene por <una complicidad> que engloba tanto la resistencia del analizante como la contra-resistencia del analista, comunicadas inconscientemente entre sí y operando juntas. Analista y analizante siguen dando vueltas alrededor de la noria o del baluarte que han constituido juntos, sin quererlo. El baluarte en el campo psicoanalítico es una formación artificial. Un subproducto de la técnica analítica. Se manifiesta como obstáculo al proceso analítico porque sustrae del análisis un sector más o menos amplio del mundo interno del analizante. Es una estructura cristalizada o una modalidad de relación inamovible entre ambas partes participantes. Proviene de la colusión entre ciertos aspectos inconscientes del analizante y aspectos correspondientes del inconsciente del analista.

Capítulo 56

TEORÍA DE LOS ACUERDOS

En 1973 Luis Yamin [Bogotá] introduce su concepto de <los acuerdos> en Psicoanálisis.¹⁴⁸ Allí dice que el concepto del acuerdo consiste en una particular alianza inconsciente que establecen el analizando y su analista. Estos acuerdos les permiten a ambos inmovilizar con fines defensivos el proceso analítico en forma transitoria. Es un mecanismo inconsciente presente en ambos miembros de la dupla analítica. Lo importante es que esto ocurre cuando el analista pierde su asimetría al aceptar una proyección que el analizando ofrece, en vez de interpretarle o de quedarse en silencio. El analista que ha caído en aceptar una proyección puede rescatarse tan pronto se da cuenta de lo que ha ocurrido.

El problema técnico consiste en que los acuerdos bloquean y hace imposible la toma de consciencia. Es decir, la aparición del insight con su consecuente integración de las partes proyectadas. Yamin insiste en que los acuerdos presentes en la situación analítica se presentan como una defensa natural contra el insight, al punto que se le puede considerar como un serio obstáculo a los objetivos esclarecedores del analista y su analizando. Este problema hace decir a Yamin que los acuerdos hacen un trabajo contrario al del insight. Los acuerdos y el insight son pues: opuestos naturales.

Pienso que es oportuno presentarles una viñeta clínica. Utilizaré un resumen de la viñeta que presentó el mismo Luis Yamin en un trabajo suyo de 1989.¹⁴⁹ Allí dice: Una paciente inicia su sesión en el diván diciendo ¿porqué se demoro Ud. tanto en recibirme? El analista le contesta: <estaba con otra>. El analista pensó a posteriori que había cometido un error al contestar eso y se sintió culpable. Realmente se había demorado por razones de una llamada telefónica importante, pero no quiso explicar nada a la paciente. Sigue un silencio. Luego la paciente dice: <Pues yo no vi salir a nadie, seguramente Ud. estaba con su esposa>. El analista guarda silencio y

¹⁴⁸ Yamin, L. (1973): Los acuerdos en Psicoanálisis. Rev. Soc. Col. De Psicoanálisis. Vol. 1 1978

¹⁴⁹ Luis Yamin (1989): El acuerdo: una defensa contra el insight. Revista Soc. Col. De Psicoanálisis. Vol. 14: 123-134, 1989.

mantiene el pensamiento de auto-reproche y sentimientos de culpa. La paciente dice: <No sé como los hombres se aguantan esta manera mía de ser tan controladora, tan metida, tan fastidiosa, tan acaparadora> y allí pasa a guardar silencio. El analista se da cuenta, que al oír esto, él ha sentido un gran alivio.

Veamos lo ocurrido hasta aquí. Primero, la paciente se relaciona con el analista de forma natural proyectando [en el discurso pronunciado] un reclamo. Proyecta su agresión y su rechazo al decir <por qué se retraso Ud.? Si el analista interpreta este contenido, pues bien el análisis sigue adelante. Para que el analista pueda ver este contenido y luego interpretarlo, el analista tiene que estar ocupando un lugar de asimetría con su paciente <yo soy yo>, <tú eres tú>. En ese caso no hay problema. Pero si el analista pasa a explicar a la paciente el motivo de su retraso, entonces eso significa que el analista aceptó la proyección de la analizanda y así el analista ha perdido su asimetría. En ese momento a ocurrido <un acuerdo> inconsciente entre las partes. Ha ocurrido un pacto involuntario, automático, inconsciente en la dupla analítica. Si el analista a posteriori se da cuenta de lo ocurrido, se puede rescatar de este acuerdo involuntario. La respuesta del Yamin en esta viñeta al decirle: <estaba con otra> no lo coloca en simetría ya que no acepta la proyección. Por eso la paciente toma consciencia de lo proyectado y se queja de sí misma al decir <no sé cómo me soportan>. Es decir toma consciencia de un aspecto de ella, rechazado por ella misma. Eso es progreso, eso es integrar lo rechazado.

Sin embargo este asunto no es tan simple. La respuesta de Yamin <estaba con otra>, puede ser vista como una respuesta ambigua. Por lo siguiente: por un lado le explica sobre su demora y por otro lado la desafía a ubicarse en su lugar de la dama excluida en el drama Edípico. Ella luego lo ratifica y dice: <Ud. estaba con su esposa>.

Yamin nos confirma estas ideas al final de su trabajo, cuando dice: <¿Qué hubiera pasado si respondo y hablo sobre mi retardo? Yamin afirma que esto hubiera tranquilizado a la paciente y al analista. Al hacer esto le habría confirmado que el analista acepta y responde a sus demandas infantiles de dominación y acaparamiento. Lo cual

implica la presencia de un acuerdo de una especie de pacto inconsciente, involuntario entre ambos. Está claro que para que el proceso analítico continúe se necesita que el analista sea capaz de mantener su lugar analítico. Es decir mantenerse en alteridad o llamada también en asimetría, en donde el <Yo> no soy <tú> impera. Todos nosotros perdemos momentáneamente la alteridad en nuestro trabajo diario, pero lo importante es darse cuenta y rescatarse luego de ese lugar de simetría que no nos corresponde.

Capítulo 57

ACTING OUT Y PASAJE AL ACTO

En 1914 Freud escribe su conocido trabajo titulado <Recuerdo, repetición y elaboración> allí aparece descrito por primera vez un nuevo concepto psicoanalítico denominado <Agieren> y que fuera traducido al inglés como 'acting out'. En español se conserva el anglicismo y nos referimos desde entonces al agieren como un acting out. Allí Freud define el nuevo agieren como una repetición en contraposición a la capacidad de recordar. Aparece como 'un empuje a repetir el pasado infantil en acto, sin recordarlo'. Es decir sin tener consciencia de los motivos de dicho acto. Esta repetición la hace dentro del encuadre analítico, a través de revivir 'experiencias emocionales reprimidas de la infancia' ya sea con la figura del analista o con diversos aspectos del encuadre. Al repetir en acto con el analista queda así establecida una estrecha relación entre el agieren y la transferencia.

Este agieren fue entendido entonces como un acto que reemplaza la habilidad del analizando para recordar el pasado infantil. Esto ocurre cada vez que durante el tratamiento el analizando está en posición de resistencia: 'Actúa para no recordar'. Así eran las cosas en 1914. Este enfoque del agieren como resistencia, contribuyó a que el concepto deslizará inevitablemente a tener un significado peyorativo. Para ese entonces el agieren era un obstáculo en la cura, un algo que no era bienvenido, de allí que le fuera otorgada esa característica equivocada: descalificatoria y peyorativa.

La ampliación del concepto

El mismo Freud en 1940 en su trabajo póstumo 'Esquema del Psicoanálisis' plantea una ampliación de este concepto, cuando dice que el término Agieren entendido como un acto de repetir, para aliviar, sin saber, asuntos del pasado infantil, puede presentarse fuera del tratamiento, fuera del encuadre y fuera de la transferencia con el analista. Desafortunadamente este cambio introducido por Freud en el concepto de Agieren abrió la puerta para que el término comenzara a usarse, para calificar cualquier conducta inapropiada, disruptiva e inesperada que el paciente pudiera presentar, dentro y

fuera del encuadre analítico. El término acting out comenzó así a ser vulgarizado. Conductas neuróticas impulsivas, obsesivas, contra-fóbicas y delictivas: pasaban a recibir el calificativo equivocado de acting out. Claro que estas conductas tienen un origen y un fundamento inconsciente, pero no eran en sentido estricto: 'sin saberlo, una repetición, de un conflicto del pasado, recién activado'. Es importante afirmar claramente que no toda conducta neurótica es un acting out. El rescate de la pureza del concepto, tardó muchos años en llegar y sobretodo de perder esa característica equivocada descalificatoria y peyorativa.

Un ejemplo clínico

Lawrence Inderbitzin en su trabajo de 1988 nos presenta un breve pero muy claro ejemplo clínico: describe el caso de una mujer que repetidamente se duerme en el diván durante su hora de análisis. Poco a poco este fenómeno fue entendido, no como un acting out resistencial simple, sino como un intento de re-vivir experiencias tempranas no verbales. El analista comenzó a entender este fenómeno de dormir como un valioso síntoma expresado en el contexto transferencial. Se trataba de un síntoma instalado que requiere de trabajo analítico y no algo que puede ser dejado de lado como una simple resistencia al análisis. Resultó ser que la paciente estaba evitando con el dormir, tomar conciencia de sus deseos amorosos y sexuales con la figura del analista. A la vez estaba reproduciendo un hecho del pasado, la figura tranquilizadora del padre, que le cuida el sueño sentado fuera de su cuarto. No todos los casos de Agieren en transferencia son tan amables. Muchos otros casos de acting out repiten en transferencia, sin saberlo, escenas traumáticas, crueles, aparatosas y dolorosas del pasado infantil. Introducen en el análisis momentos violentos, agresivos, descalificatorios, provocadores, tensos y difíciles con la figura del analista. Estos actos que parecen desafiantes, ponen a prueba la capacidad analítica y la tolerancia del analista.

Lo valioso del acting out

Como hemos visto en el ejemplo precedente, el acting out muchas veces es muy útil en el trabajo analítico. La conducta expresada en

estos actos, muchas veces incomprensible, es una forma de obtener información de lo que el paciente no es consciente y asunto de lo cual no puede presentar en palabras. Estos actos tienen tanto valor como el trabajo de los sueños, que como sabemos nos permite conocer algo de lo inconsciente en cada paciente. El acto muestra aspectos de la vida mental que el paciente no puede poner en palabras. Muchas veces es la única forma de mostrar en acto, lo que no puede ser: ni recordado, ni olvidado. En este sentido el 'acting out' pasa a ser algo valioso en el proceso analítico. Especialmente aquellos analistas que trabajan con niños y adolescentes, ellos saben que cada sesión está llena de actos que hablan sin utilizar la palabra. Son verdaderos acting out, de los cuales el analista o el terapeuta de niños se convierten en expertos trabajando y traduciendo a palabras el sentido de estos actos extraños e inesperados. Recordemos a la pequeña Rita de Melanie Klein quien en sus cuatro años, que se apartaba repetidamente al rincón de cuarto de terapia para orinar el cojín. Melanie Klein le interpretaba el 'acting out': 'quieres orinarte en mi por la rabia que me tienes'. O cuando Rita exigía a Melanie Klein que la puerta del cuarto se quedara abierta para poder observar la presencia de su madre en la sala de espera. Melanie Klein le interpretaba el 'acting out': 'tienes miedo que te mate si cierras la puerta'.

Un acto sin sujeto

Hoy día podemos decir que el 'acting out' refiere al acto realizado por el sujeto sin conocimiento de lo que motiva dicho acto. No hay conciencia de la razón, ni del propósito del acto realizado. En este caso del acting out, el drama del pasado infantil y el deseo que hay en él, se imponen y el acting out habla por si-mismo fuera de conciencia. Se trata entonces de 'un acto sin sujeto'. Lacan insistía en el Seminario 10 sobre la angustia, que en el 'acting out' el sujeto con su acto 'sale de la escena'. Para mí esto quiere decir que el acto, en el acting out, es un asunto privado. Las consecuencias del acto afectan solo al sujeto que lo ha producido y por eso sale de la escena. El acto suicida realizado sin conciencia del porque lo hace, afecta solo al suicida, quien a través de este acto, pierde su vida y sale de la escena.

El pasaje al acto

El Pasaje al acto [en inglés enactment] es diferente al acting out. Sin embargo, no está tan alejado uno del otro, ya que ambos son expresión de una forma de repetición. La característica de tener consciencia de lo que motiva el acto, establece una primera diferencia. Por lo tanto el 'pasaje al acto' refiere al acto consciente que se realiza después de una lucha con la angustia: expresión del conflicto del pasado infantil, entre el deseo y la prohibición. Refiere a un acto realizado por un sujeto con capacidad de pasar a la acción, después de vencer la inhibición y la angustia. Lacan dice en el mismo Seminario 10, ya citado, que se trata de 'un acto con sujeto'. La segunda diferencia muy importante, la establece el hecho de que el acto envuelve inevitablemente al otro. Me refiero al deseo del otro. El 'pasaje al acto', es un acto en el que el analista se encuentra comprometido ya que ha producido una respuesta propia 'en acto'. Igual sucede con 'el pasaje al acto' realizado fuera del encuadre analítico. Allí existe un otro a quien va dirigida la acción. Si el otro no existe, no responde, o no se involucra, entonces no existe 'el pasaje al acto'. Pasa a ser un acto como síntoma (una contra-fobia o un acto obsesivo) o quizás un acting out. Esto último va a depender de la claridad de consciencia de la motivación al acto. Lacan decía en el Seminario 10, que en el pasaje al acto 'el sujeto se queda en la escena'. Esto lo entiendo de la siguiente forma: El acto al involucrar al otro, quien responde con otro acto, se transforma en un asunto entre dos y así se mantiene un drama en escena.

La apertura del espacio

Muchas veces escuchamos el debate de la participación del analista, en el 'pasaje al acto' o llamado 'enactment'. Algunos opinan que es el analista, el que inicia o da pie para que se produzca el 'pasaje al acto' del paciente. El ejemplo que he escuchado refiere a las consecuencias de la transferencia amorosa y erótica. Es el analista en que con sus actos en sesión, permite o abre un espacio, a que esta transferencia sea actuada en la realidad. Entonces, según esta manera de pensar, el establecimiento de una relación amorosa entre la dupla analítica conlleva un 'pasaje al acto' iniciado por el analista.

El acto del analista

El acting out o el pasaje al acto pueden presentarse dentro de la cura analítica en otro contexto diferente. Durante la conducción de la cura y muchas veces dependiendo del tipo de patología con la cual estamos trabajando, el analista se encuentra con los límites del simbólico y por lo tanto con la 'ineficacia de la interpretación'. Es decir, el analista se tropieza con 'el desfallecimiento de la palabra'. Ocurre cuando la interpretación correcta es completamente ineficaz. Por ejemplo: un paciente que presenta una seria inhibición fóbica, que le impide atender su trabajo o sus obligaciones académicas. Entonces en ese momento puede ocurrir o surgir un 'acto ortopédico' del analista, quien le sugiere o a veces le ordena al paciente, que realice determinada acción o acto. El paciente en identificación transferencial con su analista, procede y realiza para su propia satisfacción, el acto. Este acto cae dentro del capítulo del 'pasaje al acto'. Propongo que el analista ejecuta su 'acto ortopédico' al entrar en simetría con su paciente. La simetría transferencial lo lleva a una identificación inconsciente con su paciente. Desde ese lugar de simetría es de donde aparece el acto ortopédico que en este contexto es entendido como un 'pasaje al acto' del analista.

La tercera afirmación

El 'acting out' forma parte de las vicisitudes normales del desarrollo de la personalidad en la tercera afirmación del sujeto. Podemos decir, desde el punto de vista estructural, que en la constitución de la psique ocurren tres momentos de afirmación del sujeto. Esta afirmación fue llamada por Lacan, siguiendo el vocablo en alemán que uso Freud: la 'Bejahung'. La primera afirmación constitutiva 'primera Bejahung' aparece cuando el llanto del bebé es transformado en un llamado, lo cual ocurre cuando este grito es respondido por el otro. La segunda afirmación ocurre cuando el niño en el período anal utiliza el 'no' en forma insistente y repetida para afirmar su deseo. La tercera afirmación constitutiva aparece cuando el adolescente tiene la oportunidad de transgredir la ley del padre. Esta trasgresión ocurre por vía del acto y expresa un movimiento bienvenido de lucha por la autonomía. Generalmente se trata de un 'acting out' del adolescente que es necesario y bienvenido.

Otras veces el acting out adolescente expresa una forma de aliviar sus tensiones interiores, a las cuales no tiene acceso con la comprensión del orden simbólico. Solo le queda entender a posteriori sus actos inesperados e irreflexivos. Un ejemplo clínico: Un adolescente en serio conflicto con sus padres decide abandonar su casa. Este acto de separación, de la vivienda de sus padres, puede entenderse como un 'acting out' o como un 'pasaje al acto'. Todo depende de la capacidad de consciencia del adolescente en relación a los motivos para esta separación y de la posibilidad de envolver al otro en este acto. Si el acto de abandonar la casa es impulsivo, irreflexivo, producto de una agresividad ambigua e imprecisa, donde el adolescente dice que se siente prisionero y no comprendido, entonces yo diría que no tiene muy claro las razones de su partida del hogar. En ese caso estamos ante la presencia de un 'acting out'. El cual podría ser muy valioso para entenderse a si mismo. Pero si el adolescente plantea las graves dificultades que tiene con la figura de un padre abusador, violento y peligroso para la vida y la integridad física del joven, y nos cuenta las múltiples veces en que han tratado de solventar este problema por otras vías, entonces existe una clara consciencia de la dimensión del problema familiar y su partida de la casa, es comprensible y necesaria. En ese caso estaríamos hablando de un 'pasaje al acto'.

Algo adicional

Podría ser útil mencionar antes de terminar dos aspectos adicionales al problema del 'acting out'. El primero se refiere a la diferencia que existe entre 'el pensamiento y la acción'. El segundo refiere a los elementos de 'actualización' de los aspectos infantiles que aparecen en la transferencia, la cual a su vez está presente en el acting out.

En relación al primer punto: insisto en que desde el punto de vista del efecto y las consecuencias, no es lo mismo, el pensamiento y la acción. Propongo insistir en que en el 'acting out' y en el 'pasaje al acto' se requiere de la presencia de un acto motor, es decir de un pasar a la acción. La pura palabra no constituye la presencia de un acting out. La palabra tramita en ese caso un síntoma neurótico, pero no un acting out. A su vez el 'acting out' visto como una 'acción

motora' sacude con su efecto de 'hecho consumado' al sujeto. Este sacudón puede llevar al sujeto a la toma de consciencia.

Aquí aparece el segundo punto: Cuando el sujeto es empujado por la pulsión, a repetir en acto, algo no tramitado o no resuelto de su pasado infantil y se produce la acción, el 'acting out', es decir el 'hecho consumado' ya realizado, produce el efecto de una toma de consciencia y podríamos pensar, que el drama del pasado infantil ha sido actualizado y comprendido con sus correspondientes efectos en el sistema de ideales del sujeto, todo esto a través de la toma de consciencia. En este caso el 'acting out' ha tenido una función favorable al sujeto, puede decirse, que ha habido una 'actualización' de su realidad psíquica.

Capítulo 58
REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA [RTN]

En 1923 en el capítulo quinto del <Yo y el Ello> Freud nos dice, que en el curso de ciertos análisis ha observado que algunos pacientes narcisistas lo sorprenden, cuando en vez de mejorar, ante la revelación ofrecida por la novedad interpretativa, estos analizandos muestran lo que podría ser visto como un retroceso. Algo se opone en ellos al avance, a la integración psíquica. Algo los lleva a ver la mejoría como si ésta fuera un peligro. No se trata de una transferencia negativa, ni de un beneficio secundario de enfermedad. Freud concluye que la explicación se encuentra en un sentimiento de culpa inconsciente que impide al sujeto lograr mejorar su vida. Según Freud se trata de acontecimientos traumáticos ocurridos en la más temprana infancia los cuales producen este sentimiento de culpa inconsciente que a su vez da origen a un dolor psíquico intolerable.

Este sentimiento de culpa aparece cuando el analizando toma consciencia de lo que el analista le ha mostrado. No se trata de que el analizando no quiere mejorar, se trata de que el analizando no quiere saber. El saber le produciría un dolor intolerable. Aquí observamos la presencia de un SuperYo primitivo cruel y la presencia de una disposición del Yo [masoquista] a someterse a la punición inconsciente. Esta solución sufriente parece haber producido en la juventud un aparente equilibrio mental. Y es claro que el paciente no lo desea perturbar. Aparecen de nuevo síntomas que el paciente había desechado, porque su mente había encontrado otras formas de adaptación. En la reacción terapéutica negativa existe un factor de sorpresa y otro de paradoja. Esta RTN es diferente al vaivén del progreso y el retroceso de todo análisis. Este concepto de la RTN ha sido objeto de mucho estudio. Algunos analistas insisten en que se trata de un concepto técnico. Igualmente casi todos aceptan que este fenómeno de la RTN aparece en analizandos con grave patología narcisista y produce el mismo efecto: de evitar el dolor psíquico que tienen el acting out y la reversión de la perspectiva. Con el propósito de dejar más claro el concepto, creo que es útil presentar una viñeta clínica. Me permito por el bien del psicoanálisis, citar aquí una viñeta del distinguido analista porteño y amigo personal,

Horacio Etchegoyen.¹⁵⁰ Horacio insiste en que un aspecto de la RTN consiste, en que primero, después de la intervención del analista, existe un momento de alivio, para luego buscar la forma de anular lo revelado por el analista. Nos cuenta que él tenía una paciente que siempre le señalaba al analista un error que había cometido. Cuando él acertaba con una buena intervención, la paciente sentía alivio, pero luego decía: <Por fin dijo usted algo como la gente> <Es la primera vez que usted abre la boca para decir algo importante>. <Hace años que usted debía haberme dicho esto y es ahora que usted se viene a dar cuenta>. Horacio nos cuenta que era llamativo verla repetir este texto en cada ocasión que ocurría una revelación importante. Era penoso ver como se desvanecía en pocos minutos los efectos del insight alcanzado.

Melanie Klein propone que los analizandos se quejan de nosotros con buenas razones, pero otras veces no y en esos casos se quejan como una expresión de la envidia inconsciente. Melanie Klein contribuye al estudio de la RTN agregando el factor de envidia a los propuestos por Freud. Todos los trabajos sobre la RTN posteriores a 1923 amplían el concepto, sin refutar las dos propuestas básicas de Freud: La presencia del sentimiento inconsciente de culpa y la posición masoquista de Yo.

¹⁵⁰ Esta viñeta aparece en el libro: Fundamentos de Técnica Psicoanalítica de Horacio Etchegoyen. Editorial Amorrortu, segunda edición, página 786, 2002

Capítulo 59
REVERSIÓN DE LA PERSPECTIVA [RP]

La Reversión de la Perspectiva es un mecanismo mental inconsciente, en el cual se nos presenta en el analizando, un tipo de pensamiento que muestra un cambio brusco, en relación a otro tipo de pensamiento que precisamente mostraba ideas contrarias. Esto puede ocurrir durante el proceso analítico y también en la vida corriente, fuera del análisis. La Reversión de la Perspectiva muestra una tipo de pensamiento [persistente] que amarra al sujeto a una sola perspectiva, la cual dramáticamente, es contraria, a la que sostenía antes de la reversión. Este es un mecanismo inconsciente, automático y de difícil reversión posterior. Aunque en mi experiencia he encontrado, que mucho tiempo después, estas personas, pueden regresar a la perspectiva anterior.

Creo es de utilidad presentarles una viñeta clínica: Una paciente con patología narcisista grave, con una sintomatología de robos compulsivos innecesarios, mantiene una relación de transferencia con su analista de tipo idealizada. Todo lo que el analista dice: <para ella es maravilloso>. La analizanda está convencida que tiene al mejor psicoanalista de la ciudad. Posteriormente muchos meses después, en la medida en que la reconstrucción de la infancia progresa y el analista señala o le interpreta un elemento transferencial paterno inconsciente, pero doloroso de aceptar, en el sentido de que su padre la rechazaba, la analizanda se molesta en exceso y al día siguiente aparece con una <transferencia negativa> intensa y con ideas de abandonar el tratamiento. Cosa que hizo al terminar el mes. Sus asociaciones de ese día mostraron una perspectiva de su analista como si fuera <el peor de todos>. Todo lo que el analista decía, demuestra para ella, que <el analista no sirve para nada>. Encuentro que esta paciente está rígidamente atada a una sola perspectiva. Existe una imposibilidad de relativizar las cosas. Solo aplica la ley del todo o nada, tan característica de las patologías narcisistas, en donde la capacidad de alteridad está perdida. Estos mecanismos narcisistas le impiden abrirse a entender la perspectiva del otro.

Entiendo que su capacidad de alteridad estaba ausente desde antes de ocurrir la reversión de la perspectiva. El paciente narcisista establece relaciones de <simetría> con el otro, en forma inconsciente e instantánea. Está claro que aquí, al igual que en otros casos, la reversión de la perspectiva tiene el propósito de evadir el dolor psíquico lo cual desgraciadamente, va a hacer imposible el progreso, en el arduo proceso de autoconocimiento.

La Reversión de la perspectiva es descrita en los textos clásicos de Psicoanálisis como una de los tres mecanismos primitivos que buscan impedir, durante el proceso analítico, la toma de consciencia. Es decir impedir el insight por lo doloroso que resulta en esos casos. Los otros dos mecanismos que tienen el mismo propósito, son el <acting out> y la <Reacción terapéutica negativa>. Este mecanismo de la reversión de la perspectiva fue inicialmente descrita por Wilfred Bion y luego por Herbert Rosenfeld. Como le es presentado en las líneas anteriores, estos tres mecanismos, aparecen en analizando que tienen una patología narcisista grave.

Capítulo 60

TEORÍA DEL MALENTENDIDO

En general el sujeto humano tiene la aspiración de ser entendido cuando se comunica con otro sujeto. Este fenómeno humano del deseo de ser entendido ha sido estudiado profundamente por filósofos, comunicadores y psicoanalistas. En este capítulo me interesa específicamente el punto de vista del Psicoanálisis y su aplicación en la técnica.

Sin embargo tengo que al menos mencionar a algunos pensadores que han estudiado este delicado problema humano. Por ejemplo tengo que mencionar a Paul Watzlawick quien ha dedicado toda una vida al estudio de la comunicación.¹⁵¹ En Inglaterra tengo que mencionar Roger Money-Kirle, quien dedicó mucho de su vida a estudiar el problema de las semejanzas y del origen de la comunicación que existe entre las distintas especies animales. El plantea en su trabajo sobre la experiencia cognitiva la estrecha relación que existe entre la información genética originaria y el encuentro con la experiencia, estudiado esto en términos de comunicación.¹⁵²

Igual tengo que mencionar a Wilfred Bion quien estableció las diferencias de comunicación cuando el sujeto funciona a predominio de función alfa o función beta. Y luego a Jacques Lacan quien repitió una y otra vez, que la comunicación [exacta] entre dos personas es una tarea estructural imposible. Al explicarnos su <grafo Lambda> en 1950, Lacan deja claro que el diálogo entre dos sujetos es un <diálogo de sordos>. Y nos explica el porqué. Lacan plantea que cada sujeto está atrapado en su propia subjetividad. De eso no hay escape posible. Por lo tanto cuando uno habla, expresa su visión de las cosas. Cuando uno escucha, el decir del otro, cada uno de nosotros, va a escuchar con el filtro de su propia subjetividad. Cada quien escucha lo que puede, según la subjetividad propia. Es decir

¹⁵¹ Paul Watzlawick de origen Austriaco, trabajó en Palo Alto, California, con Gregory Bateson, Jay Haley y Don Jackson desde 1960 hasta su muerte ocurrida en el 2007. Trabajaron con la teoría del <doble vínculo> y con la teoría del <malentendido> desde el punto de vista de la <teoría de la comunicación>. No desde el punto de vista del Psicoanálisis.

¹⁵² Roger Money-Kyrle fué un destacado analista inglés.

siempre se va a mantener un cierto nivel de malentendido. Eso es inevitable. Cada uno de nosotros observa la <misma manzana> de manera discretamente diferente. Eso es algo estructural. Por eso cada uno tiene su verdad subjetiva. Pero es así en todas las relaciones humanas, en el análisis y fuera del análisis.

Ahora bien, me hago la pregunta: ¿Qué importancia tiene la teoría del malentendido en la práctica del análisis? Mi respuesta es la siguiente: El concepto teórico de malentendido describe un particular funcionamiento de las relaciones humanas caracterizado por la ilusión de compartir iguales entendimientos y significados con el otro. Esta intensión humana implica la ilusión de compartir un entendimiento absoluto con el otro, lo cual tiende a establecer una relación de objeto fusional. Es decir desaparece la alteridad con él otro. Eso ocurre frecuentemente durante el desarrollo del proceso de la psicoterapia analítica. En el malentendido se pierde la alteridad con el analista, con los objetos del pasado y con los objetos de la vida actual del analizando. Cuando se pierde la alteridad se entra en una relación de simetría con el otro. Ese decir del otro es vivido como un mandato. Como un algo que se le impone al sujeto. Es decir aparece el discurso de dominio. Por eso es importante conocer y estudiar esta teoría del malentendido.

En el malentendido se desmiente [no se acepta su existencia consciente] ya que su reconocimiento implicaría la insinuación de diferencias con el otro, que resultan perturbadoras, generándose ansiedades de tipo catastróficas. En este nivel el discurso de dominio aparece como algo intolerable. Ese malentendido es preferible entenderlo como un abuso del otro que trata de imponerse o de desvirtuar lo que el sujeto ha dicho. Se establece una relación de objeto con el otro, en donde predominan los sentimientos de agresión y victimización. Cuando la relación y el diálogo ocurren entre dos personas con un tercero ausente que obviamente no participa del diálogo, el malentendido se instala como síntoma que empuja a la creación de alianzas y complicidades.

Todos los estudiosos del malentendido terminan por aceptar que toda comunicación humana no puede escaparse de la subjetividad y allí existirá un límite a lo que es compartible sin que aparezca la

subjetividad. Siempre existirá un cierto nivel de lo entendido diferente que es lo mismo que un cierto nivel de malentendido. Y tal como Lacan lo planteaba: se trata de un problema estructural.

Capítulo 61
TEORÍA DEL IMPASSE ANALÍTICO

El impasse en psicoanálisis refiere a la detención del trabajo que la dupla analítica se propone llevar a cabo. Así pues el impasse es la paralización del análisis. Este es un concepto técnico que significa la detención del proceso. No refiere a ninguna patología mental particular del analizando. Esta detención del proceso tiende a persistir y perpetuarse en una situación analítica donde el encuadre analítico se mantiene y es respetado por ambos miembros de la dupla analítica. Las sesiones de análisis siguen adelante, como si nada pasara, pero el proceso analítico se ha detenido.

La existencia del impasse es invisible y difícil de ser detectada. El impasse puede presentarse en cualquier momento del análisis, pero es frecuente que se presente, después que el análisis lleva bastante tiempo. Es importante insistir en la idea de que el impasse aparece como una responsabilidad de ambos miembros de la dupla. En el establecimiento de un impasse cada uno de los dos miembros de la dupla tiene su cuota de responsabilidad y de participación. Por parte del analizando: El impasse aparece como una resistencia especial para evitar el dolor psíquico que provoca el proceso del darse cuenta es decir del insight. Por parte del analista: El impasse aparece como una contraresistencia que surge en él. Así pues en el impasse, el analista no puede sostener un proceso analítico andando. Estos mecanismos que aparecen en la mente de ambas personas son de naturaleza inconsciente de tal manera que, ni el analizando, ni el analista, se dan cuenta de lo que está pasando. Cuando finalmente el analista se da cuenta de la parálisis y de que algo no anda bien en el proceso analítico, entonces, comienza en el analista, una actividad de introspección y de revisión de sí mismo. El analista se pregunta ¿Qué cosa está ocurriendo en su propia interioridad? y se pregunta sobre ¿Que podría hacer para lograr que el análisis continúe con su movimiento natural?

Generalmente el acto de recurrir en este momento a un tercero que ofrezca en confidencia una opinión es algo muy valioso. Esto ocurre cuando se solicita a un supervisor psicoanalista experimentado, o se recurre a un grupo de supervisión psicoanalítica, con analistas

experimentados, que escuchen en confianza el material a exponer. Esto va a resultar en ese momento de mucha ayuda para identificar lo que está ocurriendo fuera de consciencia.

Sigmund Freud pasó por algo similar cuando en 1913 en su análisis del <Hombre de los Lobos> se encontró después de varios años con un análisis detenido, que no progresaba, ni tampoco retrocedía. Es decir el análisis estaba paralizado.¹⁵³ Freud pensó que se trataba una fuerte resistencia. Todo su esfuerzo de destrancar el proceso analítico había sido inútil. Freud pensaba que algo andaba mal y que por algún motivo la resistencia era persistente. Tanto así que decidió poner, con varias meses de antelación, una fecha definida para interrumpir el análisis. Esta era una medida heroica que podía resultar bien o resultar mal. Afortunadamente el epílogo fue favorable. En ese momento Freud no adjudicó al calificativo de impasse a este fenómeno resistencial de naturaleza transferencial y contra-transferencial. Fueron muchos años después que este fenómeno fuera estudiado en más detalle. Esto fue posible con la aparición de recursos teóricos más avanzados, entonces se pasó a denominar esto como: impasse psicoanalítico. Se logró diferenciar este fenómeno del impasse, de la simple resistencia incoercible en la cual el proceso no está completamente detenido, ni el analista participa

¹⁵³ El Hombre de los Lobos publicado en 1918 fue atendido por Freud en febrero de 1910. Se trata de un aristócrata ruso, adulto joven, quien desde los 18 años de edad y debido a la experiencia traumática de haber sufrido una blenorragia [infección genital gonocócica] se mostraba desde entonces <incapacitado físicamente> y <dependiente de otras personas> para realizar cualquier tarea. No había explicación orgánica a estos síntomas. Se trataba de una inhibición de origen emocional. Los primeros años de tratamiento a pesar de aclarar <muchos episodios y traumas de infancia> y de ser un análisis muy productivo, no indujo a ninguna recuperación de su incapacidad física. El paciente se mostraba refugiado en su insistente apatía e indiferencia. Freud esperó hasta que el paciente desarrollara una relación transferencial fuerte con él para anunciarle que el tratamiento debía terminar algunos meses después. Esto tomó al paciente por sorpresa. No se lo esperaba. Bajo la presión del poco tiempo restante, la <resistencia> a recuperarse que <ambos> padecían en forma inconsciente: cedió y apareció una rápida y progresiva recuperación física. El análisis terminó tal como estaba anunciado en la fecha prevista. Este caso aparece en el Volumen 17 de las Obras Completas de Sigmund Freud, en bajo el título: De la historia de una neurosis infantil escrita y fechada en 1918.

con su contratransferencia. Se distinguió también del simple error técnico del analista, que de tiempo en tiempo suele ocurrir, y ciertamente produce efectos negativos en el tratamiento. Estos tres fenómenos transferenciales y resistenciales descritos, aún cuando son diferentes, se pueden presentar relacionados unos con otros.

La forma de entender el impasse psicoanalítico se desarrolló en forma progresiva a lo largo de treinta años. El estudio más detallado de la transferencia y de la contratransferencia que se logró en la década de los años treinta y cuarenta ayudó mucho a progresar en este estudio. Las teorías de la identificación proyectiva de la escuela Kleiniana también ayudaron a aclarar mecanismos mentales que operaban a nivel inconsciente. En 1950 la analista kleiniana Paula Heimann hace sus observaciones sobre la contratransferencia. En 1960 Heinrich Racker escribe en forma extensa sobre las vicisitudes de la contratransferencia, desde el punto de vista de la teoría del <campo analítico>, dejando explícito el fenómeno del impasse psicoanalítico. En 1975 y luego en 1979 Jorge Maldonado en Buenos Aires, inicia sus publicaciones sobre el estudio del impasse psicoanalítico con dos trabajos importantes en revistas argentinas e internacionales. Horacio Etchegoyen publica su trabajo sobre el <impasse Psicoanalítico> en 1976. Luego en 1984 Jorge Maldonado publica en el volumen 65 del IJPA una síntesis de todo lo trabajado por él hasta ese momento. Años después en 1987 Herbert Rosenfeld ¹⁵⁴ estudia este mecanismo con detalle y con ejemplos clínicos, en su libro sobre el <impasse e interpretación>.

Quisiera agregar unas observaciones que hizo Jorge Maldonado en su trabajo de 1984. Allí Maldonado coincide con otros autores y plantea claramente que el impasse es una <parálisis del proceso> y que el analista, al ignorar su propia participación en este fenómeno, mantiene y fortalece, la posición del analizando, que así, perpetúa el impasse. Dice que estos analizandos tienen pensamientos que muestran objetos estáticos. Una analizanda le dijo: ‘Me siento como uno de esos hámster que están atrapados en una jaula, corriendo en un rueda que gira con velocidad, pero el hámster esta siempre en el

¹⁵⁴ Herbert Rosenfeld publica en 1987 su conocido libro <Impasse e interpretación> que rápidamente fue traducido al español y al francés.

mismo lugar'. Maldonado plantea tres elementos típicos de esta asociación. El dice: Primero, la jaula como una situación de confinamiento. Segundo, no importa cuánto se mueva el hámster está en el mismo sitio y tercero, la velocidad que muestra para quedar en el mismo sitio, sin avanzar.

Además en el impasse se puede apreciar el carácter estático de las imágenes sin movimiento, como en las imágenes de estatuas. En el caso del Hombre de los Lobos de Sigmund Freud [1918] podemos recordar a los lobos del sueño que estaban absolutamente estáticos en las ramas del árbol. Estas ideas sugieren elementos para que el analista este alerta de la posibilidad de un estancamiento del análisis.

Creo oportuno presentar una observación más. Me refiero a la necesidad de diferenciar este problema del impasse de lo que se ha llamado el <análisis interminable> el cual refiere a los casos de patología narcisista con defectos serios en la constitución de la psique. Estos casos de patología del vacío, algunas veces mejoran, cuando se establece una suplencia que obtura el hueco constitutivo. El problema está, en que esa suplencia, a veces proviene de la relación transferencial con el analista. Si el analista termina el análisis, el analizando, que tiene esta patología, podría perder la suplencia. Esto hace que el análisis sea interminable. A veces con una frecuencia de sesiones muy baja: una vez por semana o una vez quincenal es suficiente para mantener la suplencia. Estos casos no corresponden con la teoría del impasse. Aquí no hay impasse psicoanalítico, aquí lo que hay, en una patología del Vacío.

Capítulo 62
TEORÍA DEL CAMBIO PSÍQUICO

Si deseamos evaluar el cambio psíquico que pueda haber ocurrido en un analizando y para eso usamos solo el punto de vista fenomenológico, entonces el asunto es relativamente sencillo. En ese caso se trataría de evaluar la evolución de lo observable, es decir de los síntomas psíquicos. Tal como describí en el primer capítulo de este manual, lo observable fenomenológico nos remite a la teoría del síntoma, lo cual solo nos muestra un aspecto del funcionamiento del Yo. Recordemos que los síntomas son el ropaje del Yo. Cambiar los síntomas es algo sencillo y hasta puede ocurrir con el simple, pero poderoso, mecanismo de la sugestión y de la negación inconsciente. Por otra parte la acción de la terapia analítica también hace que la evolución de la psique, permita la desaparición de un síntoma y la aparición de otro nuevo. Todo esto visto desde el vértice fenomenológico.

El verdadero cambio psíquico que nos interesa y al cual nos referimos en la terapia psicoanalítica, refiere a los cambios que ocurren dentro de alguna de las tres estructuras psíquicas inconscientes propuestas por la teoría psicoanalítica estructural. Los cambios sintomáticos o a veces llamados cambios superficiales ocurren en los dominios del Yo. Los cambios estructurales ocurren en la organización íntima de las estructuras clínicas inconscientes. Es decir son cambios que ocurren dentro de la estructura neurótica, psicótica o perversa. Lo que no es posible es, que por efecto de la terapia analítica, se cambie de una estructura clínica inconsciente a otra. Es decir, una estructura neurótica, no puede cambiar a ser una estructura psicótica, o viceversa. Pero tanto una estructura neurótica, como una psicótica, pueden cambiar en su interior. El neurótico o el psicótico, pueden cambiar y en efecto cambian en su ordenamiento estructural íntimo. Este cambio permite lograr una vida más acorde con su propio deseo. En ese momento estamos hablando de un cambio o llamado también una transformación en la psique humana.

Como podemos ver se trata de dos tipos de cambios: **Primero:** Los cambios superficiales, pasajeros, que corresponden con un cambio

visible en la conducta y en la forma de pensar. Pero estos cambios son simplemente el resultado de modificaciones en las envolturas del Yo. Wilfred Bion denomina a estos cambios superficiales, como <cambio en K>. Segundo: Tenemos los cambios estructurales, profundos, permanentes, que Bion denomina <cambio en O>.

La letra <K> de Bion refiere a un cierto conocimiento [Knowledge] adquirido por el sujeto durante el análisis. Se trata de un conocimiento intelectual. Corresponde a lo que Freud llamaba: racionalización o intelectualización, que no son más que explicaciones intelectualizadas sobre su propia vida pasada y su presente actual. Estas racionalizaciones carecen de una experiencia emocional. Estas intelectualizaciones son puro pensamiento sin ningún afecto y son o pueden ser absolutamente insinceras. A veces se les denomina: falsos cambios, falsas mejorías. La experiencia afectiva y emocional le da una dimensión de veracidad al descubrimiento.

La letra <O> en Bion refiere a un algo que existe fuera de conciencia. Un algo ubicado en el más allá del inconsciente reprimido freudiano. Es algo que el sujeto descubre, sabe que existe, pero no lo puede nombrar en palabras. Por su lado, Jacques Lacan llama a esto: <Lo Real> y lo ubica como uno de los tres órdenes fundamentales organizadores de la mente. El <cambio en O> es pues misterioso, aparece como efecto de las experiencias analíticas ocurridas durante el proceso analítico. Las experiencias son afectivas y conllevan una especie de convulsión interna emocional. El sujeto vive con intensidad su descubrimiento, de lo hasta entonces desconocido. La relación de transferencia con el analista, es una relación profundamente emocional y va a facilitar la intensidad afectiva de la experiencia y luego del descubrimiento.

Algunos casos que se presentan como una patología del vacío y que corresponden con estructuras narcisistas, padecen como ya he explicado en el capítulo correspondiente a la clínica del vacío, de severos defectos estructurales en la mente del analizando. Estos huecos son consecuencia de carencias tempranas ocurridas en los inicios de la vida. Este tipo de pacientes se mejora mucho con la simple relación transferencial con un analista que escucha y no censura. La psique de este tipo de pacientes coloca, por identificación, al

analista en ese hueco que refiere a un aspecto de la estructura mental que esta faltante. Ocurre lo que Lacan llamaba: una suplencia. El analista por identificación, suple el objeto faltante de la infancia. Así tapa el hueco. Esto no es un cambio en <K>, ni un fenómeno que permite adquirir un nuevo conocimiento. Tampoco es un cambio en <O>. No es una experiencia que revela algo desconocido. Se trata de una suplencia que taponar, es decir obtura, el hueco. Es una suplencia que se mantiene mientras tanto exista la relación con el objeto obturante. Esto hace que este tipo de análisis sea interminable. Desde afuera, visto desde el ángulo fenomenológico, podemos decir que ha habido una mejoría notable del caso, se podría hablar de <un cambio psíquico>, sin embargo no es más que el taponamiento de un hueco estructural.

Capítulo 63**TRANSFORMACIONES: POSIBLES E IMPOSIBLES**

Las transformaciones en el campo psíquico refieren a los cambios ocurridos dentro de la organización del aparato mental. Refiere a los cambios en los que se transforma la manera de funcionar la mente. Esta capacidad de transformación de la mente obedece a los efectos que el conocimiento de sí-mismo produce en la propia organización psíquica. Sabemos que en la mente existen los factores o mecanismos invariantes y también sabemos que estos factores no son susceptibles de transformación: Constituyen la armazón de la estructura psíquica. Todos los otros mecanismos y factores operativos mentales son susceptibles de cambio y transformación debido al efecto que producen dos factores principales: el conocimiento de sí-mismo y el poder asumir esta verdad interior [el hacerse-cargo].

La ética del bien decir

Jacques Lacan en 1960 nos enseña que la ética del psicoanálisis está en la ética del bien decir. El bien decir del psicoanalista le va a mostrar el camino al analizando que lo llevará a descubrir por sí mismo algo de su verdad interior. Por eso Lacan concluye diciendo que el propósito del psicoanálisis está en que ayudemos al sujeto <a no ceder en el deseo>. Es decir, que la solución no es adaptarse a la familia, ni a la sociedad donde vive. Sino en ser lo que el sujeto verdaderamente es y para ser lo que se es, se necesita de no debe ceder en su deseo. Sin embargo, Lacan agrega que este fin de análisis, es heroico y que <no ceder en el deseo> y lograr ser uno mismo, conlleva grandes sacrificios que no siempre están al alcance del analizando.

La verdad interior

Bion nos dice en 1967 que la búsqueda de la verdad interior es esencial para el crecimiento y la transformación mental y nos dice: 'Sin verdad sobre sí-mismo la mente no se desarrolla, muere de inanición'. Por eso Bion concluye que el propósito del psicoanálisis no es la cura del síntoma, ni la adaptación del individuo a su núcleo familiar, ni su adaptación a la sociedad donde vive. Nos dice que el

propósito del psicoanálisis es ayudar a lograr que el individuo: sea lo que és.

El alivio del síntoma

El motivo que lleva a los pacientes a buscar ayuda psicoterapéutica es la necesidad que estos sujetos de aliviar sus preocupaciones, su angustia y su sufrimiento. Este alivio puede ser de tipo sintomático y ya desde las primeras sesiones de terapia se puede lograr el alivio del síntoma. Esta mejoría sintomática se explica por la acción y la presencia de la transferencia positiva. Es lo que comúnmente llamamos 'un alivio sintomático transferencial'. Todos sabemos que este cambio y mejoría transferencial es pasajera y no es de tipo permanente. Por lo tanto, el objetivo que el paciente busca refiere a otra cosa, refiere a un algo que produzca una disminución permanente de la angustia y de su sufrimiento.

Interés del paciente y los objetivos del analista

El objetivo del paciente y el objetivo del analista pueden no coincidir y esto va a provocar un desencuentro pragmático. Está claro que el paciente desea la mejoría de su síntoma. El objetivo del terapeuta que tiene una orientación psicoanalítica es lograr alguna transformación psíquica en la interioridad del paciente que produzca una aceptación de sí-mismo. Este cambio interior o transformación ciertamente va a producir una disminución de la angustia y del síntoma, pero este alivio sintomático no es el objetivo principal de la psicoterapia psicoanalítica. El alivio del síntoma resulta ser un beneficio secundario y no un beneficio primario. El propósito principal llamado beneficio primario es lograr que con la terapia de orientación psicoanalítica se produzca alguna transformación o cambio psíquico permanente.

Primera transformación: el síntoma analítico

Cuando el paciente inicia la psicoterapia psicoanalítica busca un alivio de su angustia. Cree que el analista sabe como aliviarle la angustia y el sufrimiento. Muchas veces le pide al analista que este le diga cómo resolver sus preocupaciones y problemas. Demanda

una ayuda concreta que debe provenir del terapeuta. Este pedido supone que el terapeuta conoce y sabe la solución de sus problemas. A este tipo de síntoma que pide una solución proveniente del otro, lo llamamos síntoma clínico. Poco a poco el paciente aprende que la solución a sus problemas yace dentro de él o de ella misma. Que el diálogo con el terapeuta consiste en un dialogo que le ayuda a descubrir su verdad perdida dentro de sí-mismo. Cuando esto aparece en el dialogo analítico decimos que ha ocurrido una primera transformación. El paciente ha cambiado del 'síntoma clínico' al 'síntoma analítico'.

Falsos resultados

Por otro lado Bion nos alerta de la posibilidad de los falsos resultados. Nos dice que para lograr 'ser lo que se es' se requiere de una transformación especial, un cambio psíquico que el llama <transformación en O>. La distingue de otro tipo de transformación que aún cuando útil y con cierto valor, no produce el efecto deseado de 'ser lo que se es'. La llama <transformación en K>. Esta letra <K> refiere al conocimiento, pero no de sí-mismo. Refiere a los cambios producidos por un análisis intelectualizado. Un saber sobre la propia historia como si fuera información ajena que no produce una vivencia. La transformación en <O>, que refiere a lo desconocido inconsciente produce un cambio verdadero, vivenciado, y profundo. Muchas veces esta transformación en <O> o el 'insistir en el deseo' y 'ser lo que se es' choca con los valores morales de la familia o de la sociedad. Por eso, el psicoanálisis y las terapias de orientación psicoanalítica, en sus fundamentos son amorales. No hay ninguna moral que imponer al analizando. El psicoanálisis se fundamenta en su ética que es la ética de la búsqueda de la verdad interior.

El análisis interminable

Cuando nos encontramos ante casos de neurosis graves que presentan lo que llamamos una 'clínica del vacío', el vínculo transferencial con el analista es algo tan importante para el paciente, que el análisis se va a convertir legítimamente en algo interminable. Este tipo de analizando mejora mucho su calidad de vida y logra transforma-

ciones mentales importantes. Por ejemplo puede re-ordenar sus sistema de ideales y actualizarlos, produciendo transformaciones importantes en su estructura mental. Esta transformación de los ideales va a permitir rescatar de la represión su recuerdos traumáticos de infancia y va a permitir conocer su sexualidad infantil reprimida, pero el 'vacío interior' no se modifica y requiere en forma permanente de la presencia transferencial del analista que es colocado por el paciente como una suplencia, como un relleno de su vacío interior. Esta suplencia funciona mientras tanto la relación transferencial existe. Aunque cambie de analista y reduzca el número de sesiones por semana esa terapia analítica sigue siendo interminable. A veces se desplaza la transferencia a la figura de Dios y la pertenencia a grupos religiosos permite terminar el análisis, ya que la suplencia necesaria ha cambiado de lugar.

Los mecanismos de la transformación

Podemos reducir a dos los mecanismos fundamentales que intervienen en la transformación del sujeto: (a) El insight que refiere al 'darse-cuenta' (b) la revivencia que refiere al 'hacerse-cargo'.

El insight

Refiere a la capacidad del sujeto de conocer lo desconocido. Es decir hacer conciencia de algo que hasta entonces no era conocido. Por eso en español se dice <darse-cuenta>. En el proceso de la terapia psicoanalítica esto se logra generalmente a través de la palabra. Pero a veces cuando la palabra falla el insight se logra solo a través del acto o de la acción. Aquí cabe la pregunta siguiente: ¿El insight se logra a través de la palabra o del acto de quién? La respuesta más rápida y simple resulta ser inexacta. Me refiero a contestar: 'La palabra y el acto del analista'. Esto es y no es cierto. El terapeuta analítico dispone de su herramienta fundamental: la interpretación psicoanalítica, un decir que debe ser breve y algo enigmático, capaz de relanzar la búsqueda, por eso se dice que la interpretación no obtura, no cierra la búsqueda... El analista cree que él interpreta. ¿Pero es esto así? Permítanme preguntar: ¿realmente quién interpreta? El analista en su decir propone un idea al analizando. Supongamos que esa idea es inédita y apunta a lo in-

consciente del analizando. Es decir el analista ofrece una interpretación en su idea propuesta. El analizando la escucha. Este decir del analista atraviesa el ser del paciente bajo los efectos de su subjetividad y por allí tiene un efecto. Ese efecto depende de lo que el analizando entendió de esa interpretación pronunciada originalmente por el analista. Podríamos decir que el analizando construyó su nueva interpretación a partir de lo que oyó de su analista. Finalmente la interpretación que tiene utilidad es la que el analizando construyó. Este conocimiento construido subjetivamente por el paciente (analizante) es el que va a resignificar los hechos de su infancia. El pasado no se puede cambiar, pero si podemos cambiar su significación y su sentido. Lacan decía que bajo el efecto de la interpretación resignificamos los referentes originales. En esta resignificación entendemos nuestro pasado edípico de una manera algo diferente. Al hacer esto ocurre un cambio en el sistema de ideales del sujeto y esto lleva a una transformación psíquica duradera.

Cuando la palabra desfallece

Con relación al acto [que refiere a la acción] puedo decir que aparece [algunas veces] cuando la palabra del analista desfallece. Cuando la palabra del analista se hace inefectiva. La interpretación emanada del analista se pierde en la nada. Ocurre entonces que un acto del analista pasa a ser un nuevo significante y pasa a tener todo un sentido para la subjetividad del analizando y pasa a tener los efectos de una interpretación. Es común observar en supervisiones al analista sufriendo de sentimientos de culpabilidad por haber realizado un acto sin conciencia, es decir un legítimo <acting out> intra-sesión. Al examinar la situación a posteriori en supervisión, encontramos que el acting out del analista, tenía una razón de ser y un efecto, que en ese caso en particular fue favorable. Esto abre la necesidad de diferenciar el 'acting out' del 'pasaje al acto'. Para mí la diferencia es clara. El acting out refiere a 'un acto sin sujeto'. Es decir, un acto realizado por el sujeto sin tener clara conciencia de lo que está haciendo. El Pasaje al acto refiere a 'un acto con sujeto' es decir un sujeto que ante su propia angustia decide realizar un acto del cual se hace responsable. Ambos actos pueden ocurrirle al analista durante el proceso analítico y generalmente ocurren como consecuencia del desfallecimiento de la palabra.

La revivencia

En relación al problema de la revivencia lo que comúnmente llamamos 'hacerse-cargo' refiere a 'la presencia del afecto y las emociones' en la sesión. Me atrevo a decir que muchos analistas contemporáneos de las tres regiones geográficas de la IPA, están de acuerdo en la importancia que tiene este aspecto. Donald Winnicott (1950) planteaba la importancia y la necesidad de trabajar con la regresión intra-sesión al servicio de la cura analítica. Esta regresión va a permitir y facilitar la experiencia emocional durante la sesión. El recostarse en el diván, el silencio del analista y la interpretación de ciertos aspectos transferenciales facilita la regresión y la experiencia emocional en la sesión. Por esta vía de la re-vivencia, la intervención del analista deja de ser una simple idea y evita ser algo que pueda ser intelectualizado. Las intelectualizaciones limitan las posibilidades de producir un cambio psíquico verdadero, una transformación mental. La re-vivencia intensifica la experiencia emocional. Por eso la regresión al servicio de la cura, es bienvenida y muy necesaria para hacer posible ciertos cambios psíquicos dentro de la estructura mental. Las interpretaciones transferenciales de aspectos pre-verbales, pre-genitales, que podríamos llamar del orden imaginario, intensifican la regresión y por ende la experiencia emocional. Estas interpretaciones de los elementos transferenciales arcaicos, relacionados con la relación imaginaria temprana con el otro, es lo que le da mayor valor al trabajo de la interpretación transferencial y no la interpretación automática de la transferencia que más bien tiende a banalizarla.

Transformaciones posibles e imposibles

Soy de los que piensan que las estructuras psíquicas fundamentales, me refiero a las neurosis, psicosis y perversiones, son estructuras que una vez establecidas no se pueden intercambiar, ya que ellas constituyen la armazón del aparato mental. Es decir un sujeto no puede pasar de ser una estructura neurótica, a ser una estructura psicótica o viceversa. Pero dentro de cada estructura pueden ocurrir las transformaciones y los cambios psíquicos necesarios que van a permitir una realización personal y llevan al sujeto a 'ser lo que es' dentro de su propia estructura. Así un estructura psicótica

basada en la ausencia originaria de ciertos mecanismos psíquicos fundantes como por ejemplo la ausencia de un orden simbólico operativo y la enorme dificultad de establecer un lazo social debido a la 'forclusión del nombre del padre', no puede transformarse en una estructura neurótica que está fundamentada en el mecanismo básico de la represión [Verdrangun]. La estructura psicótica por ejemplo si puede a través del análisis establecer un nuevo equilibrio psíquico llamado una <estructura psicótica compensada o estabilizada> y llegar a tener una funcionalidad y armonía propia, aunque precaria. Esto lo logra cuando adquiere un nuevo síntoma llamado 'síntoma grapa' que hace función de una suplencia o síntoma ortopédico desde donde amarra los tres órdenes [RSI] y así lograr funcionar a nivel del lazo social. De este modo el sujeto psicótico estabilizado encuentra una forma útil de vivir en este mundo. Aún estabilizado, su estructura seguirá siendo psicótica, ya que no puede ser de otra manera. Lo forluído no es curable [modificable], es una invariante de la estructura.

Epílogo del proceso analítico

Refiere a cuatro aspectos adicionales del fin de análisis. (a) Lugar de la teoría del goce en el epílogo de la terapia psicoanalítica (b) Cruzamiento del fantasma y su significación en el epílogo de la terapia analítica (c) El asunto de la identificación con el analista y (d) El destino de los efectos post-analíticos.

(a) Lugar del goce en el fin de análisis:

La teoría del goce en psicoanálisis constituye una contribución original de Jacques Lacan. A mi entender ofrece algo nuevo e inédito en la comprensión del sufrimiento humano. La palabra utilizada por Lacan es <Jouissance> en español decimos <goce> y en inglés no tiene traducción. Así que en inglés se utiliza la original francesa. El concepto de goce refiere a un algo que está más allá del principio del placer. Un algo que connota sufrimiento, más allá del placer. No es un síntoma, no es un fantasma. Cada sujeto tiene <su necesario monto de goce> para el mantenimiento de su equilibrio psíquico. El regodeo en el sufrimiento (monto de goce) varía según cada sujeto. ¿Por qué algunos sujetos tienen o necesitan para su equilibrio psíquico, un mayor monto de goce que otros? La respuesta de

Lacan y de los grupos post-Lacanianos a esta pregunta no es clara. Para mí, el monto de goce necesario para cada sujeto está múltiple determinado. Una de las razones, es el monto arbitrario de sufrimiento que estuvo presente en la vida del infante en el momento de la constitución de su psique y en el momento de las vicisitudes de su Complejo de Edipo.

(b) Lugar del Masoquismo moral

Considero útil diferenciar la teoría del <masoquismo moral freudiano>, la teoría de la <compulsión a la repetición> y la teoría de <la angustia> de esta nueva aportación Lacaniana del goce. Primero, recordemos que el <masoquismo moral freudiano> también refiere a una forma de presentarse el sufrimiento humano. Sin embargo, en el masoquismo moral, el sufrimiento obedece a un mandato del SuperYo Freudiano o del SuperYo temprano Kleiniano. Obedece a una dialéctica de los sentimientos de culpa inconscientes. El sufrimiento ocasionado por el masoquismo moral produce un alivio de los sentimientos de culpa. Durante la cura analítica uno de los síntomas que mejora o desaparece al modificarse los ideales del sujeto, es precisamente la tendencia del sujeto al masoquismo moral como método de castigo para aliviar la culpa inconsciente. Este sufrimiento masoquista, es necesario distinguirlo, del sufrimiento producido por el goce, que no es un síntoma y no es necesario de ser curado.

Segundo, algunas veces he observado que la tendencia de algunos pacientes a repetir ciertas conductas que le originan sufrimiento, constituye su manera de garantizar el <monto de goce necesario> para mantener su equilibrio psíquico. Pretender explicar esta repetición de conductas particulares, por medio de la teoría de la <compulsión a la repetición>, es a mí entender un error conceptual. La compulsión a la repetición está relacionada con la Pulsión de muerte y con la teoría del Automathon (Lacan, 1964).

Lugar de la angustia en el fin de análisis

Tercero, es necesario distinguir la presencia de la angustia en el sujeto, de la presencia del goce. La angustia sea esta ligada o flotante, puede ser vista como un síntoma. Es una molestia y una forma

de sufrimiento, producto de un conflicto psíquico. La angustia desde el punto de vista fenomenológico es percibida de forma diferente al sufrimiento producido por el goce. El monto necesario de goce que cada sujeto tiene para mantener su equilibrio mental depende mucho de su historia infantil. Es algo constitutivo, inserto en la estructura psíquica y por lo tanto parte de la misma estructura. No es síntoma, no es fantasma y no es síntoma. No es algo curable, es algo particular de cada sujeto y con lo cual cada uno tiene que aprender a vivir.

Cruzamiento del fantasma en el fin de análisis

La teoría del <fantasma sexual> en la cura analítica tiene su importancia por la forma con que el analista va a entender y a trabajar la vida sexual y erótica del analizando. Hace cien años, en los comienzos del psicoanálisis, la aceptación de las vicisitudes de la vida sexual no era cosa fácil. Distinguir lo normal de lo patológico en la conducta sexual, creaba serias discrepancias y problemas. Hoy en día, a pesar de todos los progresos de la ciencia y la cultura, soy de los que piensan, que dentro del psicoanálisis y en relación a la vida sexual, existen criterios y actitudes que tienen ciertos colegas, que son marcadas por la moral y no por la ciencia. Cuando se plantea la lógica del fantasma en las presentaciones clínicas, encuentro que existen resistencias en los colegas a aceptar las variaciones legítimas de la vida sexual, y se apresuran a calificar de patológicas ciertas conductas sexuales que caen dentro del capítulo del <fantasma sexual del sujeto>. El concepto del <fantasma> fue introducido en la teoría psicoanalítica por Jacques Lacan en 1967, corresponde aproximadamente a una <fantasía sexual> con imágenes y con un mini guión, particular y exclusivo, creada por el sujeto en la temprana infancia. Lacan decía que el fantasma es siempre sexual y además siempre perverso (porque apunta a velar la castración del sujeto). Con frecuencia lo llamaba <el tesoro de la sexualidad>.

El fantasma y la cura analítica

Cada sujeto construye en su temprana infancia su propio fantasma sexual y por su naturaleza perversa (censurable) se encuentra muchas veces reprimido al inicio del análisis. Durante el análisis al modificarse los ideales y la censura del sujeto, el fantasma pasa a ser parte de la vida sexual. Si el analista considera patológico estas fantasías sexuales perversas, entonces las va a tratar como un

síntoma neurótico y tratará de interpretarlas con la esperanza que desaparezcan. Que ya no exista más ese síntoma sexual. Si el analista, por el contrario, considera que esa fantasía sexual perversa es un <tesoro de la sexualidad>, entonces no lo tratará como un síntoma y no requiere de ninguna interpretación. El analizando aprende a conocer su fantasma y a disfrutarlo. Como ven son dos formas muy diferentes de tratar este aspecto de la vida sexual del sujeto. Así, según la teoría del analista, el fantasma sexual será abordado de diferente manera con diferentes consecuencias.

Problema de la identificación con el analista

¿Es la identificación con el analista un factor curativo en el proceso? ¿Puede distinguirse la identificación con el analista, de la identificación con la función analítica? La tesis de la identificación con la función analítica considera, que esta identificación, con la función, facilita la capacidad de insight del analizando. Yo coincido con esta idea y soy de la opinión de que es inevitable durante la cura analítica, que él analizando se identifique con diversos significantes del analista. No olvidemos que el paciente se convierte en analizante, cuando descubre que desea saber más de sí mismo. Es cuando el analizante se abre a la posibilidad de descubrir lo ignorado --los contenidos inconscientes. En un inicio ese saber buscado, ilusoriamente está en el lugar del analista. Por eso el paciente inicialmente busca y escoge a ese analista particular. Es el lugar que Lacan llamó del <sujeto-supuesto-saber> (SSS). Es un fenómeno inevitable del orden imaginario (también llamado fenómeno narcisista). Al final teórico del análisis, esta idea del analista sabio y fálico, cae totalmente y el analista aparece en transferencia como castrado, deja de ser fálico y sabio. Wilfred Bion decía que el destino del analista, al final del análisis, es convertirse en un des-hecho. Es decir, en este tema del fin de análisis, Bion y Lacan coinciden en sus propuestas. Ninguno de los dos considera que el final de análisis es cuando el analizante finalmente se identifica con el analista idealizado.

Así durante la cura analítica, el analizante se va a identificar con ciertos significantes. Por ejemplo con los significantes de los ideales de su analista, que el paciente precisa y descifra a través de las in-

terpretaciones del analista. Leyendo entre líneas. Esto va a producir ciertos cambios en el funcionamiento del SuperYo del analizando. Estos cambios en el SuperYo van a abrir el camino para adquirir o aumentar la capacidad de insight del analizando. Este fenómeno que acabo de describir estaría muy cerca de la idea propuesta por los analistas Kleinianos sobre la identificación con <la función analítica>.

Algo muy distinto ocurre con el mecanismo de <la identificación con el analista>, en el cual se pierde totalmente la otredad, la discriminación y la relación asimétrica con el otro. Este es un mecanismo de cura, frágil y sin sustentación. Se puede considerar como una <cura transferencial>. Sin embargo las mejorías por <identificación con el analista> son sorprendentes y dramáticas. Similares a las producidas con el fenómeno de la hipnosis. Pero repito, no se sostienen en el tiempo, porque son artificiales y no corresponden a un proceso de descubrimiento y cambio interior. Lacan plantea que el analista y el analizando establecen una relación <asimétrica> dando así origen al acto analítico. Esto no significa que durante la cura no existan otros momentos no analíticos propiamente dichos (simétricos), como ocurre con el momento pedagógico o el momento de sostén del analizando (ortopédico).

(d) Destino de los efectos post-analíticos

Los efectos post-analíticos en la cura serán considerados importantes o irrelevantes según sea la teoría del analista. El concepto de los efectos post-analíticos se complica al abrirse la discusión de la diferencia que existe entre un análisis interrumpido y un análisis terminado. Obliga a precisar el concepto teórico de fin de análisis. Todos sabemos en relación a la terminación del análisis, no es posible guiarse por la simple cura sintomática. En breve, hoy en día la teoría estructural plantea que el fin teórico de análisis ocurre cuando el sujeto acepta ser lo que es, ha atravesado su fantasma sexual y acepta su limitación e incompletud. Los efectos post-analíticos están relacionados con el destino de la transferencia. En transferencia al final del análisis, el analista deja de ocupar el lugar del Sujeto-supuesto-saber (SSS), y aparece como un sujeto limitado e incompleto. Decimos que al final del análisis el analizando ha aceptado su castración (simbólica e imaginaria). Además se identi-

fica a su propio síntoma originario, Synthome (Lacan, 1976). Esto quiere decir, que acepta sin conflicto, ni culpa, las marcas indelebles de infancia que han pasado a la formación de carácter. Esto es posible solo cuando en el curso del análisis se ha modificado el sistema de ideales. Estos planteamientos teóricos del fin de análisis se instalan, con las variaciones propias del caso por caso, como un efecto post-analítico.

Capítulo 64
EL PROPÓSITO DEL ANALISIS

Plantear el propósito de la terapia analítica implica plantear los objetivos de la cura psicoanalítica. Empezamos por el principio. Sigmund Freud planteó que el psicoanálisis era un método para investigar la psique humana. Los pacientes con sufrimiento psíquico a comienzos del siglo 20 no encontraban métodos de alivio que realmente funcionaran. Estos pacientes esperaban que algo los curara de sus sufrimientos y de sus síntomas mentales. Ciertamente cuando en 1893 aparece el Psicoanálisis, la <cura por la palabra> era un nuevo método que ofrecía esperanzas. El diálogo psicoanalítico era muy especial. Era un diálogo sin juicio de valor y por lo tanto sin ejercer ninguna censura moral, ofrecía la posibilidad para que ocurriera la catarsis, la reconstrucción de los recuerdos de infancia, la revisión y resignificación de los traumas infantiles [sexuales o no] esto se lograba a través de revivirlos en transferencia y todo esto daba la oportunidad para que los síntomas desaparecieran. En el fondo era lo que los pacientes deseaban y esperaban. Así lograron aliviarse y el Psicoanálisis comenzó a tener popularidad. Desgraciadamente de esta evolución quedaron establecidas dos ideas erróneas. Primero, la idea de que la terapia psicoanalítica era algo de exclusiva práctica médica. Y segundo, que el psicoanálisis era una forma especial de terapia. En los últimos cien años de práctica psicoanalítica, ambas ideas han sido corregidas y modificadas. Primero, el análisis lo puede practicar cualquier persona con talento para trabajar el inconsciente y que además haya sido entrenado o entrenada correctamente por un Instituto de Psicoanálisis. Y segundo, el Psicoanálisis no se practica como una forma de terapia. El verdadero objetivo del Psicoanálisis es la <búsqueda de la verdad interna del individuo>. Como acertadamente plantea Wilfred Bion en 1967: ...'la búsqueda de la verdad es esencial para el crecimiento mental. Tan esencial como los es el alimento que consumimos para lograr el crecimiento orgánico del cerebro. Sin verdad sobre sí mismo, la mente no se desarrolla, muere de inanición'... El psicoanálisis ofrece un método para que el sujeto luche contra sus propias resistencias. Una lucha para lograr adquirir algo de su verdad interior perdida. Al hacer esto, el sujeto expande las posibilidades de su mente y ciertamente evoluciona y cambia sus

síntomas. Algunos equivocadamente observan este fenómeno como la curación de algo, cosa que no lo es. Digo esto, porque que no hay nada que curar.

Para que el terapeuta de tipo psicoanalítico logre hacer esta tarea de ayudar al otro a tomar conciencia de su verdad perdida, tiene que estar, dentro de lo posible, en una actitud neutral de no deseo, para entonces así poder escuchar sin prejuicios el material mental que el paciente le va a ofrecer. Freud llamaba a esto la <atención flotante>. Wilfred Bion se refirió a este mismo asunto como: 'la capacidad del terapeuta analista de poder ubicarse en un punto cero de no deseo y no memoria. Lacan decía que el analista debe tacharse como sujeto deseante para poder ocupar la silla del analista. Esta capacidad sólo se adquiere después de muchos años de análisis personal, ya que al resolver sus conflictos neuróticos el terapeuta va a estar más o menos libre de necesidades neuróticas inconscientes y de dificultades serias de personalidad, que impidan o limiten, su capacidad de neutralidad ante el material mental que emerge del paciente. Aclaro: la presencia de conflictos neuróticos inconscientes no significa la presencia de ninguna enfermedad.

Cuando el terapeuta psicoanalítico tiene deseos personales de ser un curador, podría encontrarse en la difícil posición de que su objetivo consciente en la terapia, sea el de curar a su paciente. Va entonces a encontrarse rígidamente fijo y prejuiciado a cumplir este objetivo que naturalmente incluye, lo que para el terapeuta, es su propio concepto de salud. Sencillamente en la terapia analítica las cosas no son de esta manera. La cura de las dificultades neuróticas es importante, pero el objetivo es ayudar al paciente a buscar y encontrar aspectos de su propia verdad interior, que es lo que verdaderamente le permitirá evolucionar. Encontrar aspectos de esta verdad lo lleva a estados de integración mental, estados de mayor desarrollo, de una vivencia de identidad y eventualmente adquirir lo que esa persona en particular considera su propia curación.

En relación con estas ideas recordemos lo que Sigmund Freud escribió el 25 de enero de 1909. Este día Freud escribió una carta a Carl Gustav Jung y allí le decía lo siguiente: ...'para salvar mi conciencia, siempre me he dicho a mí mismo, que por encima de todo

no trate de curar, que me conforme con aprender algo de la mente y además ganarme la vida. Creo que estos han sido mis propósitos conscientes más útiles en el ejercicio del psicoanálisis'... Aquí cuando Freud dice: <me conforme con aprender algo> nos está diciendo que trata de preservar lo más posible su neutralidad, de verdaderamente escuchar al otro, de suspender sus propios deseos, de llegar a una <atención flotante> que es lo que en última instancia va a permitir el análisis de lo inconsciente.

Si el paciente percibe un deseo del terapeuta de curarlo es posible, que al percibir este deseo, el paciente llegue a una pseudo curación o falso crecimiento. Esto ocurre así, cuando el paciente está dispuesto a complacer y satisfacer los deseos del terapeuta. En caso de que sea así, la toma de conciencia de este fenómeno transferencial y resistencial podría aún representar para el paciente un beneficio, porque adquiriría un pedazo de su propia vida interior: <la de estar listo a complacer al otro>. Por eso todas las cosas que ocurren en el proceso de la terapia, si son comprendidas y hechas conscientes se convierten en una ayuda al proceso de la integración mental y del crecimiento psíquico. Como vemos curar, no es el objetivo de la terapia, sino un producto secundario que ocurre gracias a la integración mental y búsqueda de la verdad.

Capítulo 65
TEORÍA DE LOS MECANISMOS DE LA CURA

Adentrarse en el problema teórico de los mecanismos de la cura exige definir primero cual es el concepto de curación que se va a utilizar. Es bien conocido por todos, que nosotros los psicoanalistas, evadimos utilizar el concepto de curación en nuestra práctica clínica. Nosotros no decimos que el analizando al final del análisis está curado. Para hacer eso tendríamos que preguntar ¿curado de qué? El mismo Freud en 1909 dijo que no era partidario de considerar la curación como un objetivo del psicoanálisis. Sin embargo es cierto, que a través de las distintas épocas, la pregunta de ¿Cuáles son los mecanismos de la cura? se nos muestra una y otra vez.

Al intentar responder esa pregunta yo prefiero utilizar los conceptos que ofrecen Wilfred Bion y Jacques Lacan. Para mí ambos analistas a su manera dicen lo mismo. Wilfred Bion nos dice en 1967 que la búsqueda de la verdad interior es esencial para el crecimiento mental. Por eso Bion concluye, que el propósito del psicoanálisis no es la cura sintomática, ni la adaptación del individuo a su núcleo familiar, ni su adaptación a la sociedad donde vive. Nos dice que el propósito del psicoanálisis es ayudar a lograr que el individuo <sea lo que es> que conozca su verdad. Jacques Lacan dice lo mismo, cuando en 1960 nos enseña que la ética del psicoanálisis está en la ética del bien decir. El bien decir del psicoanalista muestra el camino que lleva al analizando a descubrir algo de su verdad interior. Por eso Lacan concluye diciendo que el propósito del psicoanálisis está en que ayudemos al sujeto <a no ceder en el deseo>. Es decir que la solución no es adaptarse a la familia, ni a la sociedad donde vive. Sino en ser lo que el sujeto verdaderamente es y para lograr esto no debe ceder en su deseo. Similar a la idea planteada por Bion. Sin embargo, Lacan agrega que este fin de análisis es heroico, que <no ceder en el deseo> y ser uno mismo, conlleva grandes sacrificios que no siempre están al alcance de todos los analizandos.

Por otro lado Bion nos alerta de los falsos resultados. Nos dice que para lograr <ser lo que es>, se requiere de una transformación especial que él llama transformación en <O>. La distingue de otro tipo de transformación, que aún cuando útil y con cierto valor, no

produce el efecto deseado de ser lo que se es. La llama transformación en <K>. Esta <K> refiere al conocimiento. Es decir a los cambios producidos por un análisis intelectualizado. Un saber sobre la propia historia, sin cambio verdadero, sin vivencia. La transformación en <O>, que refiere a lo desconocido inconsciente, produce un cambio verdadero, vivenciado, profundo. Muchas veces está transformación en <O>, o el insistir en el deseo y ser lo que se es, choca con los valores morales de la familia o de la sociedad. Por eso el psicoanálisis en sus fundamentos es amoral. No hay ninguna moral que imponer al analizando. El psicoanálisis se fundamenta en su ética, que es la ética de la búsqueda de la verdad interior.

Límites de la cura

La variación que existe en la estructura mental de los analizandos impone variaciones en el abordaje técnico y en los propósitos de la cura. No es lo mismo analizar una estructura neurótica, que una estructura psicótica. Una estructura neurótica, incluyendo a las neurosis graves y los casos limítrofes, es una estructura que se funda sobre el mecanismo de la represión [Verdrangun]. Dispone libremente del recurso de la metonimia en su relación con el otro, puede tolerar la incertidumbre y ciertas ambigüedades de la transferencia. Toleran lo que el analizando podría entender como un rechazo del analista, sin producirse un colapso mental. Estas capacidades de la estructura neurótica, permiten el despliegue y la operatividad de la transferencia en una cura tipo, o llamada también cura Standard en donde la neutralidad analítica, la atención flotante, el silencio, y la interpretación, son herramientas básicas que el analista tiene a su disposición en este tipo de casos.

La estructura psicótica compensada o estabilizada sin clínica psicótica visible, no tolera nada que se parezca a un rechazo, ya que podría comenzar a colapsar su equilibrio mental. No disponen del recurso de la metonimia, dejando poco espacio al analista, que se va a encontrar sometido a una transferencia rígida que lo obliga a ser muy cuidadoso con lo que dice y lo que hace en sesión. En esos casos de Psicosis esquizofrénica compensada, la ayuda principal al analizando se funda en una actividad del analista que podríamos llamar pedagógica. Es decir, un análisis dirigido al Yo (Ego) en-

señándole a sobrevivir. Este tipo de ayuda a veces es salvadora y logra re-ordenar la vida del sujeto. Pero eso es todo a lo que podemos aspirar en ese análisis. Debo decir que existen razones suficientes para estar muy satisfecho de este tipo de proceso analítico, tan especial (tipo pedagógico) y de su satisfactorio epílogo.

Cuando nos encontramos ante una clínica del vacío y no ante una clínica del conflicto o una clínica del trauma y cuando el vacío interior del analizante es de tal magnitud que el vínculo transferencial con el analista se convierte en algo tan fundamental para ese analizando, entonces, encontramos que ese análisis se convierte legítimamente en interminable. Este tipo de analizando puede re-ordenar sus sistema de ideales y actualizarlos, produciendo cambios importantes en su estructura mental. Puede rescatar de la represión su recuerdos traumáticos de infancia y conocer su sexualidad infantil reprimida, pero el vacío interior no se modifica y requiere en forma permanente de la presencia transferencial de la figura del analista. Aunque cambie de analista ese análisis sigue siendo interminable.

Mecanismos de la cura

Después de muchas consideraciones considero que podemos reducir a dos los mecanismos fundamentales que intervienen en la transformación del sujeto: (a) El insight, el darse-cuenta y (b) la revivencia, el hacerse-cargo.

(a) El insight refiere a la capacidad del sujeto de llegar a conocer lo desconocido. Es decir hacer conciencia de algo que hasta entonces no era conocido. Por eso en español se dice darse-cuenta. En el proceso del análisis esto se logra a través de la palabra. Pero a veces, cuando la palabra falla y desfallece, la toma de consciencia se logra solo a través del acto. Aquí cabe la pregunta siguiente ¿La palabra y el acto de quién? La respuesta más rápida y simple resulta ser inexacta. Me refiero a contestar: La palabra y el acto del analista. Esto es y no es cierto. El analista dispone de su herramienta fundamental: la interpretación psicoanalítica. El analista cree que él interpreta. ¿Pero es esto así? Permítanme preguntar, realmente ¿Quién interpreta? El analista en su decir propone un idea al anali-

zando. Supongamos que esa idea es inédita y apunta a lo inconsciente del analizando. Es decir el analista ofrece una interpretación. El analizando la escucha. Este decir atraviesa su ser, bajo los efectos de su subjetividad y tiene un efecto. Ese efecto depende de lo que el analizando entendió de esa interpretación, pronunciada originalmente por el analista. Podríamos decir que el analizando construyó su nueva interpretación a partir de lo que oyó de su analista. Finalmente la interpretación que tiene utilidad es la que el analizando construyó. Por eso la pregunta insiste ¿Quién interpreta? El objetivo de la intervención del analista es producir <un efecto de **significante**> a través de la palabra. Se establece un lazo, un vínculo, entre el que emite la palabra y el que la recibe. Lacan decía que el saber habla solo. En su interpretación el analista emite un enunciado que lleva un contenido latente que Lacan llamaba enunciación, un algo que sobrepasa a la palabra pronunciada. Esto abre la oportunidad a que el analizando a través de la enunciación construya su propia interpretación y encuentre su propio sentido.

Con relación al acto puedo decir que algunas veces la palabra del analista desfallece. Se hace inefectiva. La interpretación emanada del analista se pierde en la nada. Ocurre entonces que un <acto del analista> pasa a tener todo un sentido para la subjetividad del analizando y pasa a tener los efectos de una interpretación. Es común observar en supervisiones al analista sufriendo de sentimientos de culpabilidad por haber realizado un acto sin conciencia, es decir un legítimo acting out en su sesión [que está supervisando]. Al examinar la situación a posteriori encontramos que el acting out del analista, tiene una razón de ser y un efecto que en ese caso fue favorable. Esto abre la necesidad de diferenciar el acting out del pasaje al acto. Para mí, la diferencia es clara. El acting out refiere a <un acto sin sujeto>. Es decir un acto realizado por el sujeto sin tener clara conciencia de lo que está haciendo. El Pasaje al acto refiere a <un acto con sujeto> en el cual participan ambos miembros de la dupla analítica. Se trata de un sujeto analista que ante la angustia y el conflicto, decide realizar un acto del cual se hace responsable. Ambos actos pueden ocurrir durante el proceso analítico.

(b) En relación al problema de la revivencia, también denominada el hacerse-cargo: refiere a la presencia del afecto y las emociones

en la cura. Me atrevo a decir que muchos analistas contemporáneos, pertenecientes a las tres regiones geográficas de la IPA, están de acuerdo en la importancia que tiene este aspecto. Donald Winnicott (1950) planteaba la importancia y la necesidad de la trabajar con la regresión intra-sesión al servicio de la cura analítica. Esta regresión va a permitir y facilitar la experiencia emocional durante la sesión. El recostarse, el silencio y la interpretación de ciertos aspectos transferenciales permite y facilita la regresión y la experiencia emocional en la sesión. Por esta vía de la re-vivencia la intervención del analista deja de ser una simple idea, un algo que puede ser intelectualizado. Las intelectualizaciones limitan las posibilidades de producir un cambio psíquico. La re-vivencia intensifica la experiencia emocional. Por eso la regresión al servicio de la cura, es bienvenida y muy necesaria para hacer posible ciertos cambios psíquicos dentro de la estructura presente en un caso dado. Las interpretaciones transferenciales de aspectos pre-verbales, pre- genitales que podríamos llamar del orden imaginario, intensifican la regresión y la experiencia emocional. Estas interpretaciones de los elementos transferenciales arcaicos relacionados con la relación imaginaria temprana con el otro, es lo que le da mayor valor al trabajo de la interpretación transferencial y no la interpretación automática de la transferencia que más bien tiende a banalizarla.

Soy de los que piensa, que la estructura clínica inconsciente [neurosis, psicosis y perversiones] son estructuras que una vez establecidas, no se pueden intercambiar. Pero, dentro de cada estructura pueden ocurrir las transformaciones y todos los cambios psíquicos necesarios que van a permitir una realización personal y llegar a <ser lo que és>. Así una estructura psicótica basada en la ausencia originaria de ciertos mecanismos psíquicos, como por ejemplo, la ausencia de un orden simbólico operativo y la enorme dificultad de establecer un lazo social debido a la forclusión del nombre del padre, esa estructura no puede transformarse en una estructura neurótica que está fundamentada en el mecanismo básico de la represión [Verdrangun]. Pero esta estructura psicótica, si puede a través del análisis, establecer un nuevo equilibrio psíquico llamado estructura compensada o estabilizada y llegar a tener una armonía propia por la adquisición de un nuevo síntoma grapa [cuarto nudo] que amarra los tres órdenes [RSI] y así funcionar a nivel del lazo

social. De este modo el sujeto psicótico estabilizado encuentra una forma útil de vivir en este mundo. Aún estabilizado su estructura seguirá siendo psicótica, ya que no puede ser de otra manera. Lo forcluído no es modificable, y no requiere de ser curado.

Capítulo 66
TEORÍA DEL FIN DE ANALISIS

Para abordar este tema es necesario precisar la diferencia que existe entre la interrupción del análisis, la terminación del análisis, y el fin del análisis. La interrupción va a referir a la simple interrupción por cualquier motivo: resistencias, mudanzas o impasses. La terminación refiere al deseo de terminar del analizando a sabiendas de que aún quedan muchas incongruencias dentro de su vida actual. Pero desea terminar y el analista está de acuerdo: se llega a una terminación, sin llegar al fin. El fin del análisis generalmente es un fin teórico. Refiere a llegar a ser lo que se es. Esto es algo que exige tanto sacrificio al analizando que la mayoría no puede acceder a eso. Se conforman con ciertas transacciones con los valores familiares y sociales en los cuales les toca vivir.

Tanto la terminación, como el fin de análisis, permiten revisar varios aspectos de la vida del analizando: (a) Lugar del Goce en el momento de la terminación de la cura (b) Cruzamiento del fantasma y su significación en el fin de análisis. (c) El problema de la identificación con el analista en la cura y en el fin del análisis. (d) El analista como un desecho. (e) Identificación con los ideales del analista. (f) La cura instantánea transferencial (g) El destino de los efectos post-analíticos.

(a) Lugar del Goce en el fin de análisis

La teoría del Goce en psicoanálisis como les he presentado otras veces constituye una contribución original de Jacques Lacan. A mi entender la lógica del Goce ofrece algo nuevo e inédito en la comprensión del sufrimiento humano. El concepto de Goce refiere a un algo que está más allá del principio del placer. Un algo que connota sufrimiento, más allá del placer. No es un síntoma y no es un fantasma. Es algo estructural que no convoca a ninguna curación. Cada sujeto tiene su necesario monto de goce para poder mantener su equilibrio psíquico. Este sufrimiento o Goce expresado por el analizando al ocurrir el fin de análisis no constituye síntoma y así es entendido por el analizante.

(b) Cruzamiento del fantasma

La teoría del fantasma sexual en la cura analítica tiene su importancia por la forma con que el analista va a entender y a trabajar la vida sexual y erótica del analizando. Hace cien años, en los comienzos del psicoanálisis, la aceptación de las vicisitudes de la vida sexual no era cosa fácil. Distinguir lo normal, de lo patológico, en la conducta sexual, creaba serias discrepancias y problemas teóricos y prácticos. Hoy en día, a pesar de todos los progresos de la ciencia y la cultura, soy de los que piensan, que dentro del psicoanálisis y en relación a la vida sexual, existen criterios y actitudes que tienen ciertos colegas, que están marcadas por la moral personal y no por los valores de la ciencia. Cuando se plantea la lógica del fantasma en las presentaciones clínicas, encuentro que existen resistencias en los colegas a aceptar las variaciones legítimas de la vida sexual y se apresuran a calificar de patológicas ciertas conductas sexuales que caen dentro del capítulo del fantasma sexual del sujeto. El concepto del fantasma fue introducido en la teoría psicoanalítica por Jacques Lacan en 1967, corresponde como mencioné en un acápite anterior, a una fantasía sexual con imágenes y con un mini guión, particular y exclusivo, creada por el sujeto en la temprana infancia. Lacan decía que el fantasma es siempre sexual y además siempre perverso, porque apunta a velar la castración del sujeto. Con frecuencia lo llamaba el tesoro de la sexualidad.

Cada sujeto construye en su temprana infancia su propio fantasma sexual y por su naturaleza perversa es a veces censurado por el propio sujeto, por eso se encuentra muchas veces reprimido al inicio del análisis. Durante el análisis al modificarse los ideales y la censura del sujeto, el fantasma pasa a ser parte de la vida sexual. Si el analista considera patológico estas fantasías sexuales perversas, entonces las va a tratar como un síntoma neurótico y tratará de interpretarlas con la esperanza que desaparezcan. Si el analista, por el contrario, considera que esa fantasía sexual perversa es un tesoro de la sexualidad, entonces no lo tratará como un síntoma y no requiere de ninguna interpretación. El analizando aprende a conocer su fantasma y a disfrutarlo. Como ven, son dos formas muy diferentes de tratar este aspecto de la vida sexual del sujeto. Así, según la teoría del analista el fantasma sexual será abordado de diferente

manera con diferentes consecuencias. En los años ochenta se decía que cuando el analizando a logrado conocer su fantasma sexual, entonces se decía haberlo cruzarlo o atravesamiento del fantasma, entonces está en capacidad de terminar su análisis. Equivocadamente casi se convirtió en un criterio de terminación de análisis. Hoy en día se considera muy importante el atravesar el fantasma sexual, más sin embargo, el criterio de terminación es otro: insistir en el deseo y ser lo que se és.

(c) Identificación con el analista en la cura

¿Es la identificación con el analista un factor curativo en el proceso? ¿O al contrario un aspecto ilusorio de la cura? ¿Puede distinguirse la identificación con el analista de la identificación con la función analítica? La tesis de la identificación con la función analítica considera que esta identificación con la función facilita la capacidad de insight del analizando. Yo coincido con esta idea y soy de la opinión de que es inevitable durante la cura analítica que él analizando se identifique con diversos significantes del analista.

(d) El analista como un deshecho

No olvidemos que el paciente se convierte en analizante, cuando descubre que su deseo de saber más de sí mismo, consiste y radica en el hecho de que el analizante puede preguntarse a sí mismo. Es cuando el analizante se abre a la posibilidad de descubrir lo ignorado los contenidos inconscientes. En un inicio ese saber buscado ilusoriamente es colocado por el paciente en el lugar del analista. Por eso el paciente inicialmente busca y escoge a ese analista particular. Es el lugar que Lacan llamó del sujeto-supuesto-saber [SSS]. Es un fenómeno inevitable del orden imaginario, también llamado fenómeno narcisista inicial. Al final teórico del análisis, esta idea del analista sabio y fálico, cae totalmente y el analista aparece en transferencia como castrado, deja de ser fálico y sabio. Wilfred Bion decía que el destino del analista, al final del análisis, es convertirse en un des-hecho. Es decir, en este tema del fin de análisis, Bion y Lacan coinciden en sus propuestas. Ninguno de los dos considera que el final de análisis es cuando el analizante finalmente se identifica con el analista idealizado, que es lo contrario a un analista des-

hecho. Si se mantiene la idealización del analista el análisis no ha terminado.

(d) Identificación con los ideales del analista

Durante la cura analítica el analizante se va a identificar con ciertos significantes. Por ejemplo con los significantes de los ideales de su analista, que el paciente precisa y descifra a través de las interpretaciones del analista. Leyendo entre líneas. Esto va a producir ciertos cambios en el funcionamiento del SuperYo del analizando. Estos cambios en el SuperYo van a abrir el camino para adquirir o aumentar la capacidad de insight del analizando. Este fenómeno que acabo de describir estaría muy cerca de la idea propuesta por los analistas Kleinianos sobre la identificación con la función analítica.

(f) La cura instantánea transferencial

Algo muy distinto ocurre con el mecanismo de la identificación con el analista, en el cual se pierde totalmente la otredad o alteridad en la discriminación con el analista. Este es un mecanismo de cura frágil y sin sustentación. Se puede considerar como una cura transferencial. Sin embargo las mejorías por identificación con el analista son sorprendentes y dramáticas. Similares a las producidas con el fenómeno de la hipnosis. Pero repito: no se sostienen en el tiempo, porque son artificiales y no corresponden a un proceso de descubrimiento y cambio interior. Lacan plantea que el analista y el analizando establecen una relación asimétrica, dando así origen al acto analítico. Esto no significa que durante la cura no existan otros momentos no analíticos propiamente dichos, momentos simétricos, como ocurre con el momento pedagógico o el momento ortopédico es decir de sostén del Yo del analizando.

(g) Destino de los efectos post-analíticos

Los efectos post-analíticos en la cura serán considerados importantes o irrelevantes, según sea la teoría del analista. El concepto de los efectos post-analíticos se complica al abrirse la discusión de la diferencia que existe entre un análisis interrumpido y un análisis

terminado. Obliga a precisar el concepto teórico de fin de análisis. Todos sabemos en relación a la terminación del análisis que no es posible guiarse por la simple cura del síntoma. En breve, hoy en día, la teoría estructural plantea que el fin teórico de análisis ocurre cuando el sujeto, primero descubre y luego acepta <ser lo que és>, segundo, ha atravesado su fantasma sexual y tercero, acepta su limitación e incompletud. Los efectos post-analíticos están relacionados con el destino de la transferencia. En transferencia al final del análisis, el analista deja de ocupar el lugar del Sujeto-supuesto-saber [SSS] y aparece como un sujeto limitado e incompleto. Decimos que al final del análisis el analizando ha aceptado su castración simbólica e imaginaria. Además se identifica a su propio síntoma originario, el <Synthome> de Lacan [1976]. Esto quiere decir que el analizando acepta sin conflicto, ni sentimientos de culpa, las marcas indelebles de infancia que han pasado a la formación de carácter. Esto es posible solo cuando en el curso del análisis se ha modificado el sistema de ideales. Estos planteamientos teóricos del fin de análisis se instalan con las variaciones del caso por caso, como un efecto post analítico.

Capítulo 67

ANÁLISIS DE NIÑOS

El trabajo de terapia analítica con niños requiere de una evaluación preliminar. Esta evaluación va a permitir entender y precisar la naturaleza del problema. Generalmente son los padres los que en su preocupación, piden una consulta aún sin tener claro de que se trata, ni de cómo podría ser la ayuda requerida.

Procedimiento para la evaluación

Los objetivos de la evaluación en niños es tratar de comprender dos cosas: **Primero:** la naturaleza de los problemas del niño con sus posibles múltiples causas. **Segundo:** tratar de diseñar un programa de tratamiento que permita disminuir los posibles factores adversos que causan el problema. Entendemos que unas veces el problema, la angustia, produce una regresión en la psique del niño y eso es lo que va a explicar los síntomas. Otras veces se trata de una detención del desarrollo y tenemos no una regresión, sino una fijación a algún momento del desarrollo.

Al pensar en la recuperación tratamos de encontrar una vía para dar máxima oportunidad a la acción de las fuerzas progresivas espontáneas presentes en la personalidad del niño. Es importante aclarar que trabajamos con la hipótesis de que 'las dificultades del niño' son una expresión de las 'dificultades de los padres'. El niño nos deja ver 'en sus síntomas' las dificultades invisibles de sus padres. Por ejemplo un niño fóbico, que teme y vomita cuando va a la escuela, deja ver a una madre fóbica, quien desde el comienzo teme dejar a su niño en el colegio.

La evaluación se lleva a cabo en el contexto familiar. Es indispensable incluir a los padres y a otros miembros de la familia en el proceso diagnóstico y en el programa de tratamiento. Este enfoque familiar permite favorecer el proceso natural de desarrollo del niño. Existen muchas formas de llevar a cabo la evaluación y diversas formas de recoger la información necesaria. Propongo un sistema de unas cinco sesiones por cada caso evaluado.

La primera entrevista

Esta entrevista puede ser a solas con los padres. En caso de que ellos traen al niño, pues muy bien, no hay problema, que pasen todos adelante al consultorio. El objetivo de esta primera entrevista es obtener 'en forma espontánea' el motivo de la consulta. Evitamos usar técnicas de 'interrogatorio dirigido' y simplemente preguntamos a la madre o al padre: ¿Qué les preocupa? ¿Qué les trae por aquí? ¿Cuál es el problema? ¿En qué podemos ayudarle? En la mayoría de los casos el verdadero motivo de la consulta no se identifica fácilmente. Por eso es que este tema va a estar sujeto a una 'exploración' a lo largo de las sesiones. Es común encontrar al final de la evaluación que lo que realmente preocupaba a los padres, eran otras cosas. Pienso que es importante dedicarle una entrevista a explorar 'lo que preocupa a los padres'.

Si el niño está presente en esta entrevista podemos ofrecerle y darle material de dibujo o de juego, mientras trabajamos allí mismo con los padres. Aún cuando trabajamos preferentemente con los padres, allí va a ocurrir una interacción entre ellos y el niño. Esa interacción es importante de observar ya que va a ofrecer información valiosa. Soy de la opinión que es útil que el niño escuche todo lo que los padres tienen que decir.

En esta primera entrevista a la cual deben asistir preferiblemente ambos padres, va a transcurrir de forma espontánea, no dirigida. La historia y la narración del problema van a diferir de uno a otro padre. Eso es natural e inevitable. Esto abre más posibilidades de comprender cuál es el verdadero motivo de consulta y cuáles serían las áreas de preocupación. Algunas veces el padre no asiste a esta primera consulta. Hablar posteriormente con el padre ausente por vía de teléfono, para establecer una segunda entrevista, permite que el temor a la entrevista disminuya y entonces asista a la segunda convocatoria.

La segunda entrevista

Esta segunda entrevista está orientada a recoger la historia del desarrollo del niño narrada en una forma bastante espontánea. Se

informa a los padres que nosotros estamos interesados en conocer sobre la historia del crecimiento de su hijo. Queremos saber sobre su embarazo, su proceso de parto, su amantamiento, sus primeros meses. ¿Qué podrían contar Uds. sobre todos esto? En esta forma evitamos los interrogatorios tabulados y dirigidos que bloquea lo espontáneo. Es en esa espontaneidad donde va a surgir lo inconsciente. Los lapsus, los errores, las diferencias. Todo eso tiene mucho valor. La madre y el padre van indudablemente a recordar cosas y a olvidar otras, sin mayor orden. Pero eso, es lo que más nos interesa. En algunas oportunidades sobre todo en el trabajo en instituciones y debido a la limitación cultural o intelectual, es preciso guiar un poco a los padres en esta segunda entrevista. Generalmente logramos obtener información útil sobre algunos aspectos del desarrollo, tales como: el tipo de angustia en la relación madre-hijo. Las angustias maternas en relación a diversos aspectos de la vida del niño. El control parental a las actividades exploratorias del niño. Las angustias presentes en el tema del control de los esfínteres. La actitud de los padres ante las rabietas de los veinticuatro meses. La actitud de los padres en relación a los patrones de dormir. La respuesta de los padres a los posibles temores y terrores nocturnos muy común a los cuatro años. La tolerancia o respuesta de los padres ante las primeras separaciones del niño.

Por ejemplo cuando el niño inicia sus visitas al kínder. El manejo de los padres ante a la expresión de agresividad en el niño y de sus necesidades de ser protegido y comprendido en sus protestas. La disponibilidad del padre como un segundo objeto de expresión instintiva en términos de libido y de agresión. La posible ausencia del padre [o de la madre] debido a obligaciones laborales o a dificultades propias de ellos. Es importante permitir a los padres que se expresen de forma espontánea en todos estos aspectos. Esto nos va a permitir conocer los valores y las actitudes dentro de la familia que estuvieron presente durante el desarrollo del niño.

En esta entrevista es recomendable cubrir también la historia personal de cada uno de los padres. Esto igualmente se recoge de forma espontánea. Simplemente se les dice que estamos interesados en conocer la 'historia personal' de ambos. ¿Qué nos pueden contar sobre su propia infancia y sobre sus padres? ¿Sobre su adolescen-

cia, su noviazgo, su matrimonio o concubinato? Generalmente comienzan a producir un material pertinente a la vida de ellos. Esto es importante porque nos permite conocer la posible 'repetición' de la situación Edípica de los padres con el niño.

Es importante recordar la necesidad de conocer algo de las enfermedades físicas y somáticas que el niño ha padecido. En algunos casos de niños que consultan por específicas dificultades en la 'escuela' es muy útil una visita a la escuela o al menos hablar por teléfono con la maestra encargada del niño. Esa entrevista telefónica ofrece material de gran valor. Podemos saber algo de las dificultades y habilidades escolares, de su facilidad o no, de su adaptación al aula y sus relaciones con el grupo.

Tercera y cuarta entrevista

Estas entrevistas están destinadas a ver al niño en forma individual. Generalmente podemos dar alguna instrucción a los padres de cómo preparar al niño a esta primera entrevista con nosotros. Le puede decir 'que es un psicólogo que va a conversar con él o ella'. Es importante 'Tratar de ser sincero con el niño respecto al motivo de la visita'. Esto va a variar según sea la edad y el nivel de desarrollo del niño. A los niños mayores de cinco años se les puede decir que 'sus padres están preocupados por tal o cual problema familiar' que 'han querido buscar ayuda en un especialista' quieren que 'el niño lo o la conozca y que puede contarle sus cosas'. Mientras el niño sea mayor las razones de la visita pueden ser más y más claras. Siempre hay que tener cuidado de no identificarlo como 'un paciente', se le identifica con su nombre de pila, es decir su primer nombre. Es bueno recordar el no hacer demasiado énfasis sobre los síntomas que afectan la autoestima del niño, tales como enuresis, disartrias, tartamudez, encopresis. Cuando el niño sabe porque viene a la consulta la entrevista puede ser muy productiva. Para el niño esta situación de 'saber' tiene mucho más sentido que cuando lo llevan 'sin decirle nada' o engañado.

La entrevista comienza en la sala de espera en donde se saluda a los padres y al niño. Se aprovecha esta oportunidad para observar el tipo de angustia que existe en relación a la separación de los padres

o de cualquier otro tipo de angustia o conducta observable. Algunas veces es recomendable que los padres acompañan al niño hasta el consultorio con el propósito de facilitar el manejo de la angustia de ambos: padres e hijo. Algunos comentarios por parte del entrevistador con el niño sobre el nombre, la edad o el viaje a la consulta, puede servir para que el niño perciba al entrevistador como un adulto amable y benigno. La entrevista en sí es 'no estructurada'. Se invita al niño a pasar y se le dice que puede hacer lo que él quiera: dibujar, jugar con los juguetes dispuestos para eso o sencillamente pueden hablar. El objetivo es crear un ambiente donde el niño pueda interactuar libremente. Es preferible utilizar una batería estándar de juguetes. Estos están al alcance del niño. Preferiblemente un closet donde se puede observar su relación con los juguetes disponibles. Prefiero que la 'Batería de juguetes' sea limitada a muñecos que representan una familia [padre, madre e hijos], una casa y cuatro carros [particular, policía, bomberos y una ambulancia].

La idea es fabricar 'una historia' ya sea con los dibujos libres o con los juguetes. La historia creada por la mente del niño va a permitir conocer en metáfora algo de su pensamiento, de sus sentimientos, de sus conflictos, de sus valores, del tipo de relación con sus padres y con sus hermanos. Igualmente nos va a permitir conocer su tipo de angustia, la relación de objeto y su lugar en la metáfora del falo. Al final de esta primera entrevista el niño es informado que tendremos una segunda entrevista y que por lo pronto serán solo estas dos. Ya veremos.

La segunda entrevista se lleva a cabo en la misma forma 'no estructurada'. Sin embargo al tratarse de una 'sesión de evaluación' es posible que existan algunas áreas que podrían o deberían ser exploradas con el niño antes de terminar la sesión. Esto tiene que decidirlo el entrevistador según sea las características de cada caso. Se aplica el principio del 'caso por caso'. A veces es mejor esperar el inicio de la 'terapia' para explorar y conocer ciertos temas en particular. Otras veces es preferible extender el periodo previo de evaluación a a dos o tres sesiones más, cosa de estar más claro con el problema que tenemos entre manos y poder dar una recomendación a los padres con argumentos más fundamentados y claros.

A veces cuando se trata de una evaluación realizada en una institución, al terminar la cuarta entrevista, se procede a una discusión del caso en una reunión clínica. En caso de ser una evaluación privada se puede discutir el caso con un supervisor privado. Es recomendable que todo terapeuta además de su propio proceso de 'terapia personal' prolongado, tenga un supervisor semanal permanente. Este supervisor es elegido libremente por el terapeuta. Alguien a quien el terapeuta le reconoce experiencia y sabiduría. Antes de realizar la quinta entrevista se trata de llegar a ciertas conclusiones.

Primero

Las conclusiones en relación a las dificultades del niño

Se va a evaluar el desarrollo del niño en base a los 'niveles de desarrollo' de la personalidad. Aquí es posible seguir el esquema psicoanalítico claramente descrito por Anna Freud [1966] en su libro: 'Normalidad y patología en la infancia'. En muy raras ocasiones, pero hay que admitir, que a veces es necesario recurrir a la información que nos ofrece aplicar al niño algunos Test Psicológicos. Los hemos utilizado en forma muy limitada para los casos que necesitan evaluar (a) la presencia de algún Daño cerebral mínimo, usando los test de Bender y Koppitz. (b) Evaluación del desarrollo según los test de Stanford-Binet. (c) A veces se requiere de descartar procesos psicóticos utilizando el test de Rorschach, TAT, CAT o test de Madaleine Thomas. Debo insistir en que toda la información obtenida durante las entrevistas es tomada en consideración para abrir la discusión dinámica del caso.

Segundo

Las conclusiones con respecto a la familia

Tratamos de distinguir o identificar la presencia de ciertos patrones en las transacciones intrafamiliares y las vicisitudes en la asignación de roles dentro de la familia. Así mismo tratamos de observar en lo posible a los padres re-viviendo o repitiendo las dificultades que provienen de su propia infancia. La repiten con sus hijos a medida que estos pasan por las diversas etapas del desarrollo. También observar que tipo de transacciones intrafamiliares están impi-

diendo que las fuerzas progresivas que empujan el desarrollo espontáneo del niño actúen más libremente. Esto último tiene una gran importancia para la planificación del tratamiento del niño y la familia.

Es necesario decidir entre las alternativas de tratamiento disponibles. Se diseña así un plan de trabajo ‘un programa terapéutico’ que favorezca el desarrollo del niño y de la familia. Para que este programa tenga éxito se requiere entre otras cosas con la motivación y el entusiasmo de los padres, quienes participan y comienzan en forma simultánea el tratamiento con su hijo o hija.

Las Alternativas Terapéuticas

1 Psicoterapia individual del niño

Durante el proceso de evaluación y utilizando los conceptos de los niveles de desarrollo se determinan las áreas más seriamente detenidas en la personalidad del niño. Se puede determinar el tipo predominante de conflicto. Entender si se trata de un conflicto de predominio ‘ambiental familiar o escolar’ que afecta al niño debido a la presencia de un ambiente desfavorable para el desarrollo, o si se trata de una situación interna en donde las pulsiones y los deseos del niño se encuentran obstaculizados por la excesiva censura del niño que produce sentimientos exagerados de culpa. Aparecen inhibiciones o síntomas como resultado de estos conflictos. En estos casos los deseos sexuales o agresivos se encuentran obstaculizados o se expresan con ambivalencia. Aparece el drama entre la pasividad y la actividad. Dificultades en el proceso de identificación con su padre y madre que producen luego conductas masculinas o femeninas [masculinización o feminización de manerismos]. Puede influir en la ‘escogencia de objeto sexual’ que será posteriormente el objeto de deseo sexual. Esto último va a determinar la heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad del adolescente y adulto. La presencia de estos conflictos psíquicos en el niño determina la escogencia de ‘terapia individual’ para el niño en un régimen de dos o tres sesiones semanales de cincuenta minutos. Queda por decidir el género sexual del terapeuta. En la mayoría de los casos el género sexual del terapeuta es indiferente. En otros casos especia-

les es necesario o hasta indispensable favorecer la identificación con un adulto [el terapeuta] que tenga el mismo sexo que el niño. A veces resulta útil establecer un periodo de psicoterapia que puede ser de una año al final del cual se re-evalúa y se decide continuar o interrumpir.

2 Psicoterapia del niño a través de la madre

Este tipo de tratamiento se indica cuando el niño es menor de cuatro años. Generalmente se trata de niños que funcionan a un nivel inferior a su edad [en relación a la maduración] y a sus capacidades de adaptación. Tienen pobreza en la adquisición de los límites del Yo [Ego] y tienden a la fusión objetal con la madre. Este tipo de niño responde mejor a situaciones de ‘grupo de niños’ tipo maternal o pre-kinder. Este tipo de grupos tiene disposición y riqueza de ofertas manuales, pinturas, música, canciones, y otras actividades en el jardín que favorecen la separación de la madre, el control muscular y la expresión corporal. Aumenta la discriminación Self-objeto. Lo que ofrece una mayor oportunidad de recuperación, además del trabajo del ‘Grupo escolar’ es el trabajo simultáneo con los padres en la consulta. Especialmente con la madre, quien debe dejar entrar al padre, en la dinámica diaria con su hijo. Muchas veces la madre muestra en la consulta la presencia de sentimientos de soledad y presencia de angustia de muerte, que solo el niño puede aliviarle. El trabajo psicoterapéutico con la madre se puede realizar con una frecuencia de dos veces por semana.

3 Psicoterapia individual a la madre

Esta opción refiere a los casos en que solo contamos con la participación y presencia de la madre. El padre, por una u otra razón, está ausente del cuadro familiar. Muchas veces se trata de una patología psíquica más evidente en la madre. En estos casos la ‘Psicoterapia individual’ más intensiva con la madre es lo indicado. En estos casos a veces encontramos que la madre muestra un predominio del uso de mecanismos mentales primitivos: tales como las ansiedades o angustia de muerte [de aniquilación], marcada distorsión de la realidad, uso exagerado de las proyecciones y de la negación, presencia del egocentrismo y de la omnipotencia, pobreza en los ‘limi-

tes del Yo' [Ego] con una limitada capacidad para discriminar el Self del objeto, una contaminación fácil de las ansiedades del niño hacia ella y viceversa, presencia de una actividad de censura del SuperYo muy severa que desata sentimientos de persecución, descalificación de los otros, y además con tendencias autodestructivas. Cuando este tipo de actividad mental predomina en la madre, la única indicación útil es la terapia individual de tipo psicoanalítica para la madre. Con esto quiero decir que es una terapia 'no-dirigida', 'sin consejos', 'sin censura' y orientada a que en el dialogo terapéutico la madre conozca lo que le está pasando. Conozca algo de su mente y de su manera de ser. Dejamos la indicación de 'Grupo de madres' para aquellos casos en que la madre muestra una mente más evolucionada con mecanismos Edípicos, donde aparecen ansiedades de separación o de fracaso [castración] que representan un aparato mental más evolucionado.

4 Grupo Terapéutico de madres

Este tipo de Grupos Terapéuticos son un recurso muy valioso en el intento de favorecer el desarrollo espontáneo de la personalidad de la madre y en consecuencia favorecer el desarrollo del niño. Es recomendable referir a este tipo de grupos a las madres que han alcanzado un nivel de desarrollo mental al menos post ambivalente, es decir algo más allá de la etapa anal, en la cual existe una clara discriminación Self-objeto y presencia de ansiedades básicamente de separación. Estas madres generalmente tienen una buena motivación y buena capacidad de auto observación [introspección]. El 'Grupo de Madres' constituido de ocho a diez madres se reúne una vez por semana, por una hora y media.

5 Grupo Terapéutico de Parejas

En este tipo de grupos se sigue el mismo criterio de selección que se utilizó para el grupo de madres, pero con el enorme beneficio de incluir a los padres. Muchas veces el problema para 'armar' este grupo se encuentra en el horario que sea aceptable para los diversos padres. A veces es inevitable que el horario sea nocturno. El grupo está constituido de cuatro o cinco parejas, con una frecuencia de una vez a la semana y por una hora y media. El trabajo psicote-

rapéutico del grupo consiste en facilitar la participación de los miembros y permitir la toma de consciencia de la 'manera de ser' de cada uno de los miembros.

6 Terapia de Familia

La Terapia de Familia conjunta es quizás una de las opciones más útiles y efectivas de la cual disponemos. Es muy efectiva en promover los cambios [a través de la toma de consciencia] de la manera en que la familia se relaciona unos con los otros y de corregir los malos entendidos. Es muy útil en los casos en que el tipo de conflicto del niño está muy relacionado o supeditado a los conflictos familiares. El grupo familiar permite y da la oportunidad, a que se identifiquen estos conflictos y a la interacción en vivo de todos los miembros de la familia.

Este tipo de terapia requiere de una buena motivación con una razonable capacidad de responsabilidad para asistir regularmente a las sesiones semanales de una hora y media. Los objetivos de esta intervención terapéutica es favorecer el desarrollo mental de los diversos miembros de la familia. Esto se podría lograr a través de promover cinco principios básicos:

1 Favorecer el desarrollo de los 'límites del Yo' [Ego], en cada uno de los miembros de la familia. Esto se logra cuando 'cada uno habla por sí mismo' 'usa el vocablo de la primera persona en singular repetidas veces' esto abre la posibilidad de ser capaz de 'reconocer al otro' como un 'ser separado' y diferente del que está hablando. Ni mejor, ni peor, solo diferente.

2 El dialogo psicoterapéutico da la oportunidad de 'corregir distorsiones' y 'malos entendidos' en la percepción de la información familiar. Aún solo escuchando se pueden corregir mal entendidos históricos.

3 El grupo familiar ofrece la oportunidad de expresar 'resentimientos', 'cuentas pendientes' y otros 'conflictos personales', tales como: presencia de inseguridades, dudas, culpas, vergüenza y fracasos, o conflictos con algunos de los miembros de la familia.

4 La reconstrucción de historias y recuerdos familiares da la oportunidad de corregir las discrepancias e inexactitudes en la historia de infancia que han sido causa de 'identificación con el objeto'. Esta 'revisión' de la historia 'en vivo' ayuda a la re-significación de muchos aspectos que ocurre en la mente de todos los presentes en el grupo familiar.

5 El grupo de familia ofrece la oportunidad especialmente a los padres para conocer otros aspectos de la vida mental de sus hijos y percibirlos en una nueva dimensión. Esta nueva percepción re-lanza el dialogo en el grupo familiar a campos y áreas nuevas e insólitas.

Un caso clínico

Se trata de una niña que inicia su análisis a la edad de cuatro años con un Psicoanalista infantil llamado James Herzog que trabaja en la ciudad de Boston, Massachusetts [USA].

Tuve la oportunidad de discutir este caso con él con motivo del Congreso Internacional de Psicoanálisis convocado por la IPA en Santiago de Chile, donde fui nombrado su discutiador oficial. Este material que voy a presentar ante ustedes ha sido redactado por mí en forma de síntesis. Debo comenzar diciendo que James Herzog trabaja en análisis de niños con una premisa particular que encuentro muy valiosa. El dice que el análisis de niños implica un intenso e íntimo diálogo con el niño, en el cual el analista compromete su persona en el intento de ubicar los aspectos más dolorosos y conflictivos del niño. Es decir, James Herzog es partidario de utilizar sus afectos y sus emociones para lograr entender al niño.

1. La primera entrevista, a los cuatro años

Su primer encuentro con la pequeña paciente que él llamó Natalia ocurre cuando el pre-escolar al cual ella asistía expresa preocupación porque Natalia se muestra muy aislada en relación a los otros niños y con frecuencia muy aterrorizada en el ambiente del pre-escolar. Además no parecía estar adecuada o lista en sus aspectos

cognitivos y afectivos para este ambiente educativo. Los padres se preocupaban por la idea de que Natalia podría estar dañada y según decía su padre esta niña de cuatro años se podría convertir en una mujer inútil, en un saco de papas. Se expresaba de ella con disgusto y decía que no tenía los requerimientos intelectuales para convertirse en una profesional de las matemáticas, como él. Tanto la madre como el padre refieren que ellos trataron de conectar y relacionar la alimentación de Natalia con la solución de problemas matemáticos en la mesa. La consecuencia de esto fue que la niña entraba en pánico y con frecuencia no se alimentaba.

Natalia se presenta como una niña asustada y aislada que inmediatamente provoca en James Herzog <un sentimiento de protección> aumentado por su delgadez, su mirar asustada y sus grandes ojos negros. En la primera entrevista Natalia no se preocupó mucho por su madre y estuvo pendiente de todos los movimientos de James. James la saludó por su nombre y esperó su respuesta. Se instaló un silencio entre ambos. Después de pocos minutos James sintió que ella estaba muy angustiada y decidió hablar. Le preguntó: ¿Natalia, quieres ver los juguetes? Ella asintió con la cabeza y lo siguió en dirección al cajón de juguetes. Ella se sentó al lado del cajón, pero no tocó ninguno de los juguetes. Después de otro silencio en el cual James observó la magnitud de su inhibición y la ausencia de una agresividad curiosa, él le pregunta: ¿Quisieras sacar los juguetes y ver que hay allí dentro? De nuevo Natalia asintió y comenzó a sacar los juguetes. Parecía que ella estaba particularmente interesada en un camión de bomberos y en un cochino. James se dio cuenta de que el miedo de Natalia le era incomodo a él y esto lo llevaba a iniciar la acción del juego. También dice que sintió que Natalia necesitaba que el tomara la iniciativa verbal para combatir su inhibición de acción.

Natalia comenzó a jugar con los dos juguetes mencionados y James tiene una curiosa asociación de ideas. Parecía que ella tocaba los juguetes como si no tuviera una previa concepción de ellos, ni lo que ellos pudieran hacer. Tuvo el deseo de decirle, pero no lo hizo, que esos juguetes eran completamente seguros, que no había peligro en ellos. Son juguetes, puedes verlos como peligrosos, pero no

lo son. James sentía que ella creía que se encontraba en una situación de peligro.

El examen táctil del cochino y del camión de bomberos continuó a la vez que ocasionalmente Natalia miraba a James. Hacia el final de la sesión lo miró directamente y dijo: <Shalom>. James le respondió igual y ella dijo una frase en hebreo que él no entendió. Después de pensarlo un poco, él le dijo: <Natalia, podrías repetirme lo que me dijiste> a lo que ella respondió: ¿Hablas tu hebreo? James le respondió que no. Natalia quedó en silencio. Después de un rato le dijo a James: <Yo te enseñaré a hablar el hebreo>. La madre de Natalia era Israelí y el padre norteamericano. James consideró en ese momento inicial que la declaración que le hizo Natalia refería a la lengua materna <a la lengua de su madre>. Al final de esta primera sesión ella le sonríe y le dice: <Te he observado cuidadosamente, tú encoges los hombros antes de hablar y tú no me pegas>.

2. Una sesión tres años después [a los siete años de edad]

Esta es una sesión del tercer año de análisis. Natalia ha estado componiendo Operas con James. Están trabajando en una ópera titulada <El enredo de Tel Aviv>. La Opera cuenta la historia de un cochino que ha viajado de Rusia a Israel. El cochino se llama Tod y siempre está esperando que lo maten, que lo despedacen. Ella no comprende que en Tel Aviv los cochinos no son alimento y no son ingeridos. La sesión comienza con Natalia cantando como si ella fuera el Chef del 'Hotel Sangre y Leche'. La canción dice: ...'Huevos y tocineta, son una delicia. Huevos y tocinetas, al final de la noticia. Humm rico, yo quiero más y más. Huevos y tocinetas, saldaran las cuentas'... Natalia le pide a James que cante con ella. Ella hace de guía o profesora musical y le pide que James cante más fuerte y más fuerte y luego más suave. James piensa que existe claramente en este ejercicio un sentimiento sexual. James le dice: <Tu quieres que yo lo haga para tu realmente sentirlo>. Natalia responde: <Sí, Sr. Duro. Eso es lo que yo quiero>. Después del canto, Natalia pregunta por el cochino Tod y empieza a buscarlo. Ya había quedado claro que para Tod convertirse en tocineta debía hacer un gran sacrificio. Entonces James le dice: <Pudiera haber una pista, un indicio en la Opera que cantamos, en relación a donde se encuentra

Tod>. Natalia responde diciendo: <No puedo entender lo que dices, no tiene sentido>. Tú no estás hablando hebreo. Creo que tú estás hablando lenguaje de cochino. Y eso es peligroso. He inicia el canto de la Opera de nuevo: <Huevos y tocineta>. Toma un cuchillo de juguete y gesticula que está cortando algún pescuezo. James dice que sintió un frío de miedo, ya que él se da cuenta, que él es el cochino en este drama sangriento ¿o el cochino será Natalia?

Natalia le pide visitar la planta de fabricación de tocinetas <Bacon factory> el matadero. <A lo mejor encontramos a Tod allí>, dice ella. James le dice: <Vayamos a ver>. James admite que está algo aliviado en ser el que busca a Tod y no el invitado de honor en este matadero o fabrica de tocinetas. Ser el objeto de la matanza es aterrador. James le comenta a Natalia el ambiente aterrador de la fábrica de tocinetas ya que era un matadero. James expresa sus ideas en relación a la rabia asesina de Natalia en contra del padre-cochino y otros sentimientos variados con los cochinos-padres. Estos sentimientos de furia, miedo y desesperanza son admitidos por Natalia. James se da cuenta que Natalia expresa sus sentimientos asesinos en el matadero en el momento próximo de matar a Tod y despedazarlo.

Unas semanas antes de esta sesión, Natalia había inventado un juego con una mamá cochino que tuvo tres cochinitos. El papá-cochino siempre estaba ausente por razones de trabajo. Uno de los cochinitos hembra se llamaba <Naty> y con frecuencia representaba a Natalia, quien se encontraba muy furiosa y disgustada con su padre por las ausencias laborales frecuentes. Durante esas sesiones, Naty decía <a los cochinos no les interesa saber el sentido de las cosas>. Las palabras no les interesan a los cochinos o ellos sabrían hablar. <Lo que le interesa a un cochino es sentir —fuerte—eso les gusta>. Por eso la cochinita <Naty> deseaba que su padre la golpeara fuerte en las nalgas, que le diera fuertes nalgadas. James le comenta que <a pesar de que Naty desea la intensidad y que esa era la única variable en el sentimiento de los cochinos, el sospechaba que podría haber una diferencia entre un ataque de placer y un ataque destructivo>. Natalia le dice a James que <el no entiende las verdades de la psicología de los cochinos>. Lo fuerte y lo duro es para saber que alguien está allí, dice ella. Entonces James le dice:

<Para una cochinita que ha tenido una infancia dura, ella esperará que la vida en la familia también tendrá que ser dura>. <De nuevo veo que no entiendes> le dice Natalia. <Lo duro es excitante>.

Regresemos ahora a la sesión del matadero y de la Opera. Natalia a comenzado a gritar y dice: <es un sonido agradable, los cochinos se están despidiendo>. Agita el cuchillo y dice: <Debemos encontrar a Tod y convertirlo en tocineta>. Continúa agitada. Luego le dice a James: <Schweinehund> y le agrega: <Tu no entiendes hebreo, tu eres un cochinito tonto>. De nuevo James se había convertido en Tod y James le dice a Natalia: <Tod debe estar aterrado en este matadero. Natalia ¿Qué es lo que está pasando? ¿Cuál es el ajuste de cuentas? Natalia lo mira fijamente y le dice: <los asesinos, serán asesinados>. Entonces James le dice: <más vale comer tocineta, que ser una tocineta. Es mejor ajustar las cuentas, que no hacer nada>. <Por fin entiendes el hebreo>, le dice Natalia. Ella comienza a cantar de nuevo el coro de la Opera con mucha pasión. <Haa, haa, haa, rico, rico, más rico> <háganlo y háganlo duro> <la sangre tibia, que rico sabe, la sangre tibia>. James comenta que en el canto de la Opera se muestra como algo palpable: <el placer de la sangre> y para él esto tenía una clara connotación sexual de tonalidad sado-masoquista. Dice que el lenguaje hebreo de Natalia es una mezcla de la historia del holocausto materno y la historia de la patología mental del padre.

James le dice que <convertir a Tod en tocineta muestra mucha acción y excitación>. Natalia le responde diciendo: <esto es solo una ópera>. Luego agrega: <aquí hay muchos libros, quememos estos libros. No importa cuántos, solo que las llamas nos pongan calientes (recordemos que el padre es profesor de matemáticas y tiene muchos libros). Naty quiere que su papa le pegué fuerte en sus nalgas, que le dé nalgadas. Le pican mucho, que le pegue y se pongan muy calientes. James le dice: <Las nalgas le pican y ella quiere que le peguen y se le pongan calientes, hacer las tocinetas ayuda mucho a esto. Y agrega, estos sentimientos duros y calientes son difíciles de manejar, vienen de adentro de ti y de la vida que has tenido>.

<Tú de verdad que hablas hebreo> le dice Natalia. James dice: <El hebreo es la lengua de las que han sido lastimadas y quieren lasti-

mar, de sentirse excitadas y con una gran picazón>. El pescuezo de Tod fue cortado una y otra vez. La sangre salía a borbotones, se desparramaba ampliamente, ella gritaba y finalmente Tod murió. Su tocineta fue distribuida en el Hotel Sangre y Leche.

3. Final del análisis tres años después, a la edad de 10 años

El siguiente texto es un ensayo que Natalia escribió a la edad de diez años a finales de su último año de su análisis. En el relato aparece su hermana menor nacida un año después de la muerte de <Tod>. Este es el relato en sus propias palabras.

‘Sangre, sangre solo pensarlo me da escalofríos. No es pensarla, sino el aspecto que tiene. Allí estaba yo viendo este poso de sangre en el piso de la cocina. Mi corazón se detuvo. Yo me quedé allí mirándola por lo que me pareció una eternidad. El terror se apodera de mí. No puedo moverme. Siento mis pies como si estuvieran pegados al piso. No tengo a quién llamar. Estoy sola. Sola a excepción de mi pequeña hermana <Tamara> de dos años de edad. Allí estaba --una enorme bola en mi garganta-- que me impedía tragar. Me cruzó un pensamiento como un latigazo a través de la piel: Ella allí, jugando con los cuchillos. Detente-- me dije a mi misma, sacudiendo ese pensamiento de mi cabeza. Sin embargo, corrí a la gaveta de los cubiertos y miré con alivio. Todos estaban en su lugar. Decidí tomar las cosas con calma y mirar en todos los cuartos con la esperanza de encontrarla.

Respiré profundo y comencé a caminar por el pasillo. Yo iba muy despacio y cada dos pasos volteaba esperando encontrar el cuerpo de Tamara colgando de una lámpara o encontrar al asesino, si es que había uno. Después de haber caminado unos pasos me detuve. El pánico se apoderó de mí. Creo que me desmayé. Puede ser que me haya desmayado por unos segundos, porque me encontré sin saber cómo tirada en el suelo. En las paredes había manchones de sangre y pedazos de carne fresca chorreando lentamente de ellos. Me puse pálida al observar la sangre caer por la pared goteando sobre la alfombra, tal como las gotas de agua salen de un grifo. Me recuperé determinada a encontrar a Tamara, viva o muerta.

Continué mi camino de búsqueda en cada habitación. Comencé a sentirme aliviada hasta que llegue al despacho de mi padre. Fijamente miré la puerta observando un abundante poso de sangre que salía por la rendija de la puerta. Brinqué para atrás, como si alguien hubiera saltado de un closet y me gritará <Boo>. Me estrujé los ojos, esperando que todo esto nos fuera más que un sueño y que ya pronto me despertara.

Entonces comencé a llorar y llorar, sin ningún control. Me senté en la mesa y seguí llorando hasta gemir. Sabía que estaba comportándome en forma ridícula, pero no podía hacer nada. Me sentí muy débil y deseaba desaparecer. Comencé a rezar y rezar por mi hermana, para que ella estuviera bien y nuestros padres regresaran pronto al hogar. Muy pronto la tristeza se convirtió en rabia. Odié a la persona que había causado todo esto. Yo odio la sangre. La sangre es mi enemigo. Yo tenía mucha rabia con el mundo. También tenía rabia conmigo por estar viva. Por tener que vivir todo este desastre. ¿Por qué yo? ¿Qué he hecho yo de mal? ¿Por qué soy yo una víctima? Y comencé de nuevo a llorar. Metí mi cara en las manos y no me atrevía a mirar hacia adelante. La pregunta apareció de nuevo en mi cabeza: ¿Por qué yo?

Después de una hora de llanto, pensé que sentí algo en mi pierna. Sacudí mi cabeza y miré alrededor, esperando encontrar al asesino. No encontré nada. ¿Estaría yo enloqueciendo? Con desespero busqué alrededor. De repente siento que alguien me jala el brazo. Miré hacia abajo y vi a Tamara mirándome con sus grandes ojos marrones. Yo lloraba mientras agarraba a Tamara y la cargaba y la abrazaba dándole besos. Yo lloraba de nuevo, solo que esta vez eran lágrimas de alegría.

Cuando finalmente me calmé, comencé a hacerle muchas preguntas a Tamara. Lo único que me decía era: <Tengo un <Boo Boo> y he hecho un desastre>, decía esto mientras apuntaba a la sangre que salía de la puerta del despacho de mi padre y me mostraba una cortada en su dedo. Era una cortada hecha con un papel. Mi cabeza daba vueltas. No podía creerlo. Una cortada de papel, repetía una y otra vez. Una cortada de papel. fin

4. Epílogo: ideas discutidas por Natalia con su analista

El resto del análisis se concentró en examinar la historia de la vida de Natalia. Se habló de los maltratos físicos que su padre le hacía cuando era muy niña, a veces estos maltratos le producían heridas sangrantes. También hablaron de las transformaciones que de estos ataques se habían reproducido en el juego de la Opera de los cochinitos. De las transformaciones en el juego del matadero, del erotismo de las nalgadas y de las escenas disciplinarias que incluían a la pequeña <Naty>. Hoy día se mezclan con los sentimientos en relación a la llegada de su hermana Tamara y un temor de que también Tamara sufriría maltratos físicos y que ese sería su destino. Natalia recordó que su padre la llamó <cochina> (Pig) a la edad de tres años, cuando ella dijo que <los monos descienden de los hombres>. La golpeó en la cara tan duro, que la tumbó de la mesa y la hizo sangrar. También recordó que su padre la llamó <Schweinehund>, palabra sin sentido alguno para ella en ese momento, que sin embargo aparece en la <Opera> de la Fabrica de tocinetas.

Natalia cuenta que ella pudo recordar más debido a que pudo jugar una y otra vez con su analista. Escribió el ensayo para el colegio, pero realmente era para su análisis. Natalia dice: <Todo lo que pasa aquí es diferente de lo que pasa en las clases de inglés y de música de la escuela>. James le contesta y le dice: <Si, aquí entendemos las partes que están en hebreo>. Natalia le responde y dice: <es gracioso, nuestro hebreo es un lenguaje que solo tú y yo conocemos. No tiene nada que ver con el que hablan en Israel. Yo pensé que te lo iba a enseñar a tí. Ahora pienso que lo aprendimos jugando juntos>.

James Herzog piensa que ese lenguaje especial tiene diverso origen. Por un lado su experiencia personal como víctima del holocausto judío y por otro lado con sus pacientes traumatizados de esa experiencia. Admite un sentimiento de rabia hacia el padre de Natalia por los maltratos y un sentimiento de desilusión por la falta de protección que la madre debió ofrecerle a Natalia. Admite que cuando estaba en la <Opera> del matadero el sentía miedo y también un extraño interés. En la Opera de Naty cuando ella ofrecía sus nalgas para nalgadas, el se sintió interesado y excitado. Todos estos senti-

mientos y experiencias fueron parte del aprendizaje de esa lengua especial llamada <hebreo>.

James Herzog entiende que esta lengua <hebreo> (Hebrew) es masculina, es una lengua erotizada, tal como la aplicó la pequeña Natalia. En inglés el artículo <he> es masculino y el <she> es femenino: Por eso [He→brew] es masculina. Y [She→brew] es femenina. Esta lengua masculina era la mezcla de una deformada alianza parental que descuida la protección a favor del maltrato. Esto da empuje a una sexualización de la violencia. Muchas veces esto situación obliga al analista a ocupar lugares estereotipados en el juego con Natalia. James encontró útil y necesario hablar sobre los temas que estos juegos mostraban y como estaban relacionados con la experiencia y la patología de los padres. Entendió como el <He—brew> y el <She—brew> requería que James ocupara el lugar del padre y el de la madre.

En esta época de final del análisis, el padre de Natalia se enfermó con una depresión seria. Por insistencia de Natalia el padre asistió a una cita con James, el cual lo vio una sola vez y lo refirió a otro analista. Durante esa única sesión el padre habló de cómo se flagelaba a sí mismo hasta sangrar y dijo que el merecía ser degollado como un cochino. Se mostró muy culpable de haber maltratado a su hija física y verbalmente algunos años atrás. James piensa en lo significativo de la coincidencia de las fantasías y de los actos paternos y la coincidencia de la historia del holocausto materno y la manera como estas historias encontraron su camino en las fantasías de juego de Natalia. Estas fantasías expresadas en el juego contribuyeron a su proceso de curación con restituciones, resignificaciones y progresivas transformaciones.

Natalia quedó muy complacida de que James hubiera podido ayudar a su padre depresivo. Ella no quería saber que pasaba con él en su intimidad. James le dijo que su padre no siempre había podido contener sus tormentos interiores. Ella sonrió al oír esto y dijo: <tu y yo hemos aprendido mucho juntos>. Le preguntó a James si él tenía una hija y si le daba nalgadas. James les respondió diciendo: <Esta pregunta me recuerda el drama de la cochinita Naty hace algunos años>. Y Natalia abriendo mucho los ojos le dice: <Sabes,

tu para mí eres muy real. Tengo sentimientos contigo similar a los que la cochinita Naty sentía por su padre>. James le respondió y le dijo: <Yo lo sé. El trabajo que hemos hecho nos acerca mucho uno al otro>. Y agregó: <Natalia necesita que yo sea como un padre, incluso de los que dan nalgadas. Pero también me necesita como una mamá que puede abrazarla y protegerla para que las nalgadas no sean nada exageradas>.

Al final se habló de terminar el análisis. Natalia iba a participar en una obra teatral de la Escuela y en un equipo de Jockey. Entonces ella le dijo: <Tengo que decirte como son mis sentimientos por ti. Nunca hubiera podido escribir las Operas sin ti, aún cuando estas cuentan mi infancia antes de conocerte, sin embargo esto no es tan verdad, porque cuenta la historia de lo que pasó entre nosotros, aunque a la vez es del pasado>. James le dijo: Eso es verdad. Las Operas están basadas en el pasado, pero debido a que lo que ambos sentíamos era verdadero, eso fue lo que hizo posible que pudieras escribirlas. Estoy muy vieja ya para escribir Operas, dijo Natalia. <Pero si pudiera, escribiría un dueto de amor entre Tod o Naty con el Dr. Cochino, el entendedor, que sería un dueto entre tú y yo. Yo soy ambos personajes> dijo Natalia. <Yo soy Tod y soy Naty y tú eres el hombre con quien quisiera hacerlo todo>. Y luego agregó, <decir esto me da vergüenza contigo>, <De verdad estoy muy vieja para escribir esta ópera>. Si hizo un gran silencio entre los dos. Natalia vio a James directamente a los ojos y le dijo: <creo que más bien estoy un poco demasiado joven para cantarte la ópera que realmente te deseo cantar>. Y así termina la última sesión de este análisis de esta extraordinaria joven Natalia.

5. Tres observaciones mías sobre este caso

En Psicoanálisis es útil y muy necesario hacer teoría partiendo de la experiencia clínica, al igual que es útil volver a la clínica y entender los hechos clínicos, partiendo de la teoría. Este material clínico ofrecido amablemente por James Herzog sobre su análisis realizado con la niña Natalia, nos permite al menos hacernos algunas preguntas cruciales que nos ayuden a comprender y a validar los fundamentos de nuestro oficio de analista de niños.

1 ¿Qué importancia tienen las experiencias emocionales tempranas proveniente de los padres y del niño, para constituir la psique del niño?

2 ¿Qué importancia tiene la disponibilidad afectiva del analista durante la cura y que tan cómodo se siente con las emociones de su paciente?

3 ¿Cuál es la importancia que tiene la función paterna en la vida del niño y del futuro sujeto adulto?

En relación a la primera pregunta

¿Qué importancia tienen las experiencias emocionales tempranas provenientes de los padres y del niño, para constituir la psique del niño? El proceso de la formación de la psique es complejo ya que existe una interacción permanente entre el <material genético> que proviene de los cromosomas parentales y el <ambiente> que rodea al niño recién nacido y durante su temprana infancia. La formación de la psique ocurre en <sincronía>. Es decir, la presencia de acontecimientos simultáneos, como son identificaciones y proyecciones simultáneas. Estos acontecimientos los presentamos artificialmente en secuencia para poder entenderlos. Por eso aparecen en los textos las llamadas etapas del desarrollo psíquico que no son más que un artificio didáctico. La formación de la psique es topológica y sincrónica, no evolutiva.

Existen propuestas psicoanalíticas que plantean claramente la idea de que los afectos y las emociones de la madre o sustituta y las emociones del niño pequeño contribuyen en forma importante a la integración de nuevas funciones mentales. Así los estímulos emocionales y los afectos son fundamentales en la formación de la psique. En este caso de Natalia, la madre tiene una cierta disponibilidad afectiva con su niña y luego el padre tiene una intensa disponibilidad afectiva violenta con su hija.

Cuando a la edad de cuatro años aparece la figura del analista en la vida de Natalia, entonces habrá que preguntar si este analista tiene <disponibilidad afectiva> con su paciente, o más bien es un analis-

ta distante, objetivo y emocionalmente frío. En mi entender considero que James Herzog es un analista que hace presencia en sesión con todo su ser y por lo tanto también con sus emociones. Esto no significa que él trabaja en el proceso analítico con su contra-transferencia, ni tampoco que su transferencia con Natalia lo hace perder su lugar, ni su posición analítica.

En relación a la segunda pregunta

¿Qué importancia tiene la disponibilidad afectiva del analista durante la cura y que tan cómodo se siente con las emociones de su paciente? James Herzog tiene una historia personal en relación al tema del holocausto. Está consciente de su propia historia y de la de sus propios padres traumatizados. Confiesa a si mismo sentir una gran rabia por el padre de Natalia y una profunda desilusión con la madre de ella por no haberla protegido de los abusos y maltratos. La plenitud de conciencia de estos sentimientos y emociones permite a James mantener su capacidad de discriminación <Self-Objeto> con Natalia y con las asociaciones libres que ella producía en sesión. Considero que él fue capaz de poner su deseo fuera de la sesión. El analista en este caso conoce sus afectos y además se mantiene en asimetría. Entiendo que James se siente cómodo con Natalia. Lo observo en la sesión del tercer año cuando en el coro de la canción 'huevos y tocinetas' refiere reconocer un sentimiento definitivamente sexual en la demanda de Natalia. Igualmente está consciente en la misma sesión del sentimiento de miedo cuando en el matadero Natalia muestra el cuchillo de juguete y degolló a su querido <Tod>. En estos momentos de la sesión James conserva su lugar y su posición analítica a pesar de perder su asimetría momentáneamente (cuando se identifica con Tod).

James Herzog trabaja con su entendimiento de lo que pasa. Para eso utiliza todo su ser especialmente sus sentimientos. El se fundamenta en lo que está ocurriendo en sesión. Creo que no se refiere a la intuición, que es otra cosa y que no llevaría a otro tipo de problema analítico. Un ejemplo es el tema: <hablar y entender hebreo>. Para mí está claro que Natalia se refiere a la capacidad del analista de entenderla en términos no solo de su enunciado [lo manifiesto], sino también en su enunciación [lo latente]. Es decir el

analista va a entenderla en lo explícito de su decir y en lo implícito de su intención. Para ella James habla hebreo. Ambos aprenden a entender lo oculto, lo invisible del acto y del texto. Como cuando Natalia entrega el ensayo que ha escrito para el colegio y le dice a James <lo que hacemos aquí es diferente a lo que hago en el colegio> Y James le responde: <aquí nosotros entendemos las partes que están en hebreo> dando a entender claramente que ellos entienden lo no dicho, lo oculto del texto, lo implícito.

En relación a la tercera pregunta

¿Cuál es la importancia que tiene la función paterna en la vida del niño y del futuro sujeto adulto? Sabemos que el significante del padre va a permitir la ruptura del vínculo dual, narcisista con el significante de la madre. Hablo del significante del padre para diferenciarlo del padre encarnado. Así la función paterna puede ser ejercida en ausencia del padre encarnado por otro sujeto que ocupe su lugar. Lo dramático de este planteamiento radica en que el <significante del padre> solo va a existir cuando la madre lo introduce en la psique del niño. Es la madre la que introduce al niño en la metáfora paterna. Este solo va a ser posible cuando la madre tiene la inscripción del tercero en su psique. Una madre dual, narcisista no podrá introducir la figura del tercero en su prole.

(1) La ausencia del significante padre mantendrá al niño en un atrapamiento dual narcisista con la madre.

(2) El significante padre al romper la dualidad madre-hijo abre la posibilidad de la triangularidad Edípica con todas sus consecuencias.

(3) El significante padre reserva la madre para sí, reafirma la prohibición del incesto y ordena las leyes del parentesco.

(4) La prohibición paterna significa el peligro de la castración simbólica. Este es un asunto delicado ya que el niño o niña tendrán que atreverse a desafiar al padre y transgredir su ley. Los sujetos que logran realizar esta trasgresión [la tercera afirmación]

actualizan su sistema de ideales y ordenan su conducta por una nueva ética.

(5) Para muchos analistas la falla o no-inscripción del <nombre del padre> va a producir la fundación de la estructura esquizofrénica. Esta inscripción solo puede realizarse en un momento temprano oportuno, y no posteriormente. Este déficit esquizofrénico puede encontrarse compensado en la vida de infancia o en la vida posterior por la adquisición y presencia en la psique de una suplencia simbólica. Es decir la presencia salvadora de una prótesis simbólica. Esto significa que el sujeto esquizofrénico tendrá la marca de la esquizofrenia, pero no mostrará la clínica psicótica.

Está claro que el padre de Natalia padece de una grave patología neurótica narcisista. Su fusión con Natalia (pequeña niña), su incapacidad de discriminarse de ella, cuando muestra sus dificultades con las matemáticas y la violencia que entonces ocurre, testimonian su grave estado narcisista. Esta fusión patológica explica porque se repiten los maltratos físicos y emocionales en su temprana infancia. La incapacidad de la madre de protegerla complica aún más las cosas para Natalia. Esta historia de infancia formará parte indeleble de su sintasma y de su fantasma.

Puedo entonces decir lo siguiente: Natalia inscribe el <nombre del padre>. Es cierto, inscribe un padre violento y maltratador, pero inscribe el significante del padre. En mi opinión eso la salva del mundo psicótico esquizofrénico y así Natalia entra afortunadamente al mundo vulgar de la neurosis, entra de manos de su padre: un ser violento y abusador.

Capítulo 68
ANÁLISIS DE ADOLESCENTES

Mucho se ha dicho de las limitadas posibilidades de realizar Psicoterapia Psicoanalítica con adolescentes. Soy de los que piensan que todo proceso de terapia psicoanalítica necesariamente va a incluir diversos tipos de participación del analista. Así encontramos el acto analítico puro, el acto pedagógico y acto ortopédico realizados por el analista en la sesión analítica. Esta triada de actos que así como están presentes en el análisis de adultos también lo encontramos en el análisis de adolescentes.

En la particularidad del proceso analítico con adolescentes es necesario aclarar que es este tipo de psicoterapia se pueden incluir el trabajo con el adolescente en: primero, sesiones individuales, segundo, en sesiones con su <grupo familiar conjunto> y tercero, también existe la posibilidad de incluirlo en terapia de grupo con adolescentes de su edad. Todo este programa psicoterapéutico es simultáneo, cosa que no es lo común de hacer en el análisis de adultos.

Lugar y posición analítica

En cualquiera de esas variaciones técnicas mencionadas más arriba, el psicoterapeuta con formación psicoanalítica va a ocupar su lugar y su posición analítica. Con esto me refiero, en relación a lo primero, a la capacidad de un tener una escucha privilegiada que no hace ningún juicio de valor. Y en relación con lo segundo, la capacidad de hablar, sin ser el dueño de la verdad. Cuando nos aproximamos al problema de la terapia analítica con adolescentes, es necesario reconocer, que no es lo mismo trabajar con un adolescente temprano de doce o trece años, que con un adolescente tardío de dieciocho o diecinueve años. Según la edad del adolescente vamos a encontrar que existen diferencias en el abordaje técnico. Sus variadas capacidades de auto-observación, de introspección y de tolerancia a la interpretación, obligan a tener un amplio criterio cuando se va a establecer la técnica y el encuadre analítico a utilizar.

Técnicas de juego

Mientras más cerca está de la pubertad, es posible que requiera de la necesidad de utilizar técnicas de juego con niños, incluyendo los dibujos y el trabajo con la familia. A medida que el adolescente es mayor, se establece una técnica individual, de cara a cara con la aparición de un diálogo analítico y el predominio del uso de la palabra.

¿Quién es adolescente?

La adolescencia se inicia con la pubertad, esto significa que en el adolescente púber van a aparecer una serie de cambios corporales provocados por las nuevas hormonas sexuales. Estos cambios van a desencadenar reajustes dramáticos mentales, consigo mismo, cambios en sus relaciones con la familia y en su entorno social, con sus conocidos y pares. Algunos de estos cambios son fáciles de detectar y difíciles de conceptualizar. Es oportuno reordenarlos aquí desde un punto de vista psicoanalítico, sobre todo cuando se plantea el análisis de adolescentes.

(a) <Primacía de los órganos genitales>. En el púber, bajo los efectos de la nueva descarga hormonal sexual y de los cambios corporales producidos por estas, los órganos genitales van a recibir una especial atención. Los genitales, afortunadamente recién desarrollados (crecimiento del pene en el niño y desarrollo de los senos y las curvas en la niña), van a centralizar sobre sí mismos la excitación sexual y la capacidad de orgasmo de él (o la) joven.

(b) <El objeto exogámico>. Con estos cambios físicos corporales, va a aparecer con claridad un empuje en el (o la) joven adolescente, a la búsqueda del objeto amoroso fuera del entorno familiar. Específicamente fuera del vínculo amoroso (incestuoso) con la madre y el padre. El púber está a punto de desligarse de sus padres para catectizar nuevos objetos.

(c) <La bisexualidad del pre-púber>. En este período se van a acentuar las identificaciones con su propio sexo y se aleja de la bisexualidad normal del pre-púber.

(d) <Actualización de los ideales>. Todos estos cambios corporales y sus consecuencias en el reordenamiento de sus objetos de deseo y de la angustiada ruptura con las catexias incestuosas infantiles y la natural idealización de sus padres, van a provocar un cambio en las identificaciones, aparecen nuevos objetos valorados, fuentes de identificación idealizados que provocan cambios en los ideales del joven.

(e) <Vivencia de inadecuación>. La novedad inesperada de los cambios corporales, familiares y sociales, colocan al adolescente puberal en estado de inseguridad. Se va a re-instalar la extraña e incómoda vivencia de la castración vista como posibilidad de fracaso. Esto se muestra en los sentimientos de inadecuación con su auto imagen, su cuerpo, su eficacia, etc. Se tambalea la autoestima del joven, que se va a sostener firme, con las nuevas identificaciones y sus correspondientes ideales que le ofrecen un piso firme en el cual pararse. El adolescente se encuentra más libre, ya que ha terminado con la vigilancia o supervisión permanente que le impone al niño el grupo familiar (o al menos es recomendable). Con esto quiero decir, que el joven <sale de la endogamia>. Así, empujado por los cambios de la pubertad, entra en <el mundo exogámico>, donde como ya dije se van a reordenar los ideales.

(f) <La descalificación de los padres>. Para facilitar el vuelco hacia la exogamia, la ruptura incestuosa y la cómoda dependencia objetal, el adolescente se ve empujado a la descalificación y desvalorización de los ideales y valores educativos y familiares de la madre y del padre. Sale de la pubertad con el sentimiento de descalificación y su consiguiente resentimiento con los objetos parentales de la infancia. Valora y confía en sus nuevos objetos exogámicos especialmente sus pares que pasan a ser sus nuevas fuentes de identificación.

(g) <La contradicción adolescente>: Después de la pubertad el adolescente vive en una contradicción permanente. Desea la independencia, pero necesita su casa y la guía de sus padres. Desea hacer su nueva vida de persona grande, pero encuentra que necesita la protección económica. Necesita decidir por su cuenta, pero

requiere mayoría de edad para ejecutar muchas de sus decisiones, lo cual lo (o la) regresa a estar supeditado a la autoridad parental. También los padres se encuentran colocados en la misma contradicción. Los padres necesitan aprender rápidamente a ser tolerantes con esta situación ambigua, contradictoria e inédita. Los padres necesitan aprender <a cuando dejar pasar> y <cuando poner los límites>. La puesta de los límites va a significar un choque con el deseo del joven y la aparición de la protesta, que ha veces es violenta. No todas las familias tienen la capacidad de tolerar y manejar hábilmente esta violencia y por lo tanto se hacen complacientes por temor a la reacción violenta de él (o la) joven. Cuando los padres temen a sus hijos aparece un nuevo problema, porque estos se dan perfecta cuenta de su nuevo poder.

(h) <La rebeldía adolescente>: Empujado por la nueva fuerza de las pulsiones, el adolescente va a desafiar el orden establecido. Es decir, va a desafiar la ley del padre. Esta rebeldía es bienvenida porque afirma la nueva identidad, la autonomía de criterios y la nueva diferencia en los ideales. Sin embargo, esto puede llevar, en casos problemáticos, a la trasgresión social. Aquí de nuevo nos encontramos en una contradicción problemática. El joven tiene que tolerar su frustración y aceptar la ley de la sociedad donde le toca vivir la cual es un representante exogámico de la ley del padre. Si no es así, se acerca o se instala en una problemática de trasgresión delincuente. A la vez el joven puede tener y es bienvenida, una capacidad sana para rebelarse y ejecutar la desobediencia familiar y social, sin cruzar la barrera de la ley y convertirse en un delincuente.

(i) <La nueva vida sexual>: Las pulsiones expresadas en el deseo sexual, pasan a ser actualizadas y conocidas por el joven adolescente. Pasan a ser admitidas en la conciencia y por esa vía pueden ser llevadas a cabo, es decir puestas en acto. La actualización de los ideales en el (o la) joven favorece y auspicia el ejercicio genital. Este se inicia generalmente en la masturbación, la cual es bienvenida, ya que esto va a permitir establecer la <primacía genital>. Por esta vía las excitaciones sexuales se reúnen y concentran satisfactoriamente en la zona genital. El empuje exogámico (hetero u homosexual) con la posibilidad de un nuevo objeto amoroso permite iniciar la exploración del amor. La inseguridad natural y la

dialéctica de la adecuación /inadecuación en el o la joven adolescente, plantea el peligro de los amores pasionales que pueden ser o no ser correspondidos. Igualmente el o la joven puede ser rechazado en el cortejo amoroso con la aparición de su correspondiente sufrimiento. Eventualmente el amor correspondido permite la nueva exploración mutua de la vida erótica sexual.

Mecanismos de la familia

Me refiero especialmente a la interrelación entre el adolescente y sus padres, o con hermanos mayores que ocupan posiciones de modelo o de autoridad. Esta interrelación está regulada por varios factores.

(a) <Mecanismos básicos>: Me refiero a los mecanismos psíquicos inconscientes predominantes en la familia. Los he dividido en los tres mecanismos básicos más frecuentes en la clínica. Estos pueden ser (1) familias que operan fundamentalmente con la desmentida (2) con la negación (3) con la proyección.

(b) <Los ideales de la familia>: Interrelación entre el adolescente y la familia regulada por los ideales de la familia, tal como pueden ser:

(c) <Los valores familiares en relación a la dependencia>: Que pueden en lo cotidiano ser desmentidos [lógica del 'sí, pero no' -de que vuelan, vuelan]. Se trata de familias que estimulan la independencia, pero a la vez le temen a ella y sin darse cuenta la coartan, esperando una relación de dependencia entre el adolescente y sus padres: se independiente, pero no lo seas.

(d) <Los valores en relación a la dialéctica de la verdad y la mentira>: Que también pueden ser valores desmentidos> Esto quiere decir: sí, pero no. Se trata de familias que piden a sus hijos que digan la verdad, pero ellos mienten.

(e) <Sobre el manejo de la capacidad de frustración en la familia>: Se trata de familias que ponen límites a sus hijos y exigen tolerancia a la frustración, pero a su vez ellos no tienen límites y

toleran muy poco la frustración. No se trata de un doble mensaje simple. Es una situación de desmentida en donde los padres no tienen conciencia de su posición personal en lo que exigen de sus hijos. El adolescente no siempre está consciente de todas estas situaciones, que plantea la diferencia entre lo dicho y lo hecho. Esto genera diversos estados de confusión, ambigüedad, maltrato, rechazo, angustia y tristeza.

(f) <Capacidad de control de impulsos>: Me refiero al control de los impulsos por parte de la familia. Existen familias violentas en lo verbal y en la acción. Generalmente por sus propios sentimientos de culpa y auto-reproches originados por sus propios actos, piden a sus hijos que controlen sus impulsos y sus actos. Le piden tolerancia y capacidad de reflexión. Sin embargo en momentos críticos, estos padres, pierden el <control de los impulsos>. Les gritan ofensas a sus hijos, les descalifican y algunas veces les golpean.

(g) <Las otras veintitrés horas>: El analista que trabaja en psicoterapia con un joven, debe entender que este joven tiene una familia y unos padres, quienes a su vez, tienen sus propios síntomas y sus propias dificultades con la vida y con su manera de ser. Es necesario recordar que este joven, pasa las otras veintitrés horas con esa familia. Con esto quiero decir que el trabajo no es fácil. Por eso, en el trabajo con adolescentes, la experiencia ha enseñado que es muy útil combinar el trabajo individual, con sesiones de familia, especialmente en los casos de los adolescentes más jóvenes. En algunos casos con jóvenes muy inhibidos y silenciosos, la experiencia enseña que además de las sesiones individuales y con la familia, es beneficioso incluir al joven en un grupo de adolescentes de aproximadamente la misma edad.

Particularidades en la técnica

(a) <Indicación de análisis>: Esto nos lleva a un campo teórico muy impreciso y confuso. Me refiero al tema de distinguir la adolescencia normal, de la patológica. Muchos analistas plantean que es inevitable y en muchos casos es beneficioso, que ocurra lo que han llamado <el desorden adolescente>. Otros lo llaman <tormenta o torbellino adolescente>. Establecer la diferencia entre

<normalidad y patología> no es tarea fácil. Cuando los familiares o los profesores creen encontrar una patología adolescente, por ejemplo el joven que muestra una marcada inestabilidad emocional y social, el analista al examinar el problema desde un punto de vista psicoanalítico encuentra una lucha meritoria por la reorganización a su nueva realidad post puberal. Es decir una ausencia de patología, aún cuando existan manifestaciones (síntomas) del reordenamiento pulsional y objetal.

(1) La indicación de análisis es sencilla cuando nos enfrentamos a los casos graves, como en el caso de la psicosis adolescente, los casos de abuso de alcohol y de otras drogas, casos de depresión y melancolía adolescente (con peligro suicida), trastornos de la alimentación y otras compulsiones y casos de trasgresores graves con prontuario policial. En esos casos graves la indicación es dada por la magnitud del problema.

(2) En los casos menos graves, en los cuales el joven reconoce un sufrimiento psíquico y una dificultad con su vida, la indicación de análisis es la regla. Cuando no la reconocen y son llevados por la familia o por una recomendación de la escuela, es preferible manejar el caso como un problema familiar y no identificar al joven como el paciente único. Además no lo ha pedido. Es posible que posteriormente a las sesiones familiares, el joven y algunos miembros de la familia acepten terapia individual.

(b) La asociación libre: El objeto de la asociación libre es abrir un espacio para que el adolescente pueda libremente expresar sus deseos, preocupaciones, ideas y sentimientos. Está claro que el deseo del analista queda fuera (excluido de este espacio). Con esto quiero decir, que el analista no muestra sus intereses, preocupaciones, ni aspectos de su vida privada y personal. El analista hace lo necesario, para crear el espacio en el cual pueda expresarse el joven adolescente. Se que existen otras formas de psicoterapia con adolescentes, que no coinciden con este criterio. Conozco de terapeutas que comparten su vida personal y surgen como nuevos modelos de identificación en la vida del adolescente. Esto me parece equivocado, porque lanza la terapia por la vía de la identificación, en vez de hacerlo por la vía del auto conocimiento.

(c) **Confidencialidad y secreto:** Para que la asociación libre ocurra es necesario que el analista <ofrezca y cumpla> la oferta de confidencia y secreto de lo dicho. Es decir la oferta de confidencialidad que hacemos a los pacientes adolescentes es extremadamente importante. Por eso es necesario que se cumpla y que sea creíble. Solo después que el adolescente ha probado esa confidencialidad ofrecida, es que podrá desarrollarse una confianza y aparecer la asociación libre.

(d) **Material de trabajo:** El material de trabajo expresado en la asociación libre aparece en distintas formas. Este material puede aparecer en forma verbal, o a través de cartas, a través del juego en la sesión, de dibujos, puede aparecer en el juego de roles, o a través del acting out. Darle atención al acting out intra sesión, como una vía de comunicación del adolescente, sin considerarlo algo patológico y mucho menos censurable, va a permitir la creación de ese espacio y va a permitir que el análisis progrese y continúe.

(e) **Transferencia en el adolescente:** Lo más común en los adolescentes, es que la transferencia se instala con intensidad desde el primer momento. El analista es colocado en transferencia (como fenómeno inconsciente y automático) en el lugar de los padres. Es decir, desde el primer momento el analista estará descalificado. Habrá desconfianza inicial. Algunas veces es temido (transferencia al objeto parental infantil temido). El adolescente pondrá a prueba la neutralidad del analista (me refiero a que el analista no hace <juicios de valor> y mucho menos <juicios morales>). Pondrá a prueba la capacidad de confidencialidad del analista (especialmente si le cuenta o no a los padres lo hablado en secreto). Entonces, una vez superado esta etapa de pruebas, la transferencia negativa comienza a modificarse y aparece la transferencia positiva.

(f) **Idealización del analista:** Algunas veces en esta etapa se inicia un nuevo problema, que consiste en la <idealización del analista>. Esta idealización oculta o preserva los deseos destructivos y tanáticos, que están dirigidos a los objetos parentales infantiles. Decidir cuándo trabajar esta transferencia, cuando comenzar a interpretarla y hacerla conocer al adolescente, es algo muy delicado y

difícil. Sobre todo, cuando sabemos que los adolescentes toman mal las interpretaciones transferenciales. Por eso es muy delicado y peligroso interpretar odio o amor al analista.

(g) Las intervenciones del analista: Es conocido el hecho y la experiencia lo muestra una y otra vez, que los adolescentes, no toleran bien las interpretaciones analíticas. Estas implican o hacen referencia a lo reprimido (a lo no conocido) y los adolescentes toleran mal y resisten el insight, es decir <el darse-cuenta>. Las intervenciones del analista, en el adolescente, deben ser claras, poco confusas y tratando de hacer conexiones con su vida actual y pasada. Preferiblemente fundamentada en el material de sesión, referida a los acontecimientos de su vida actual y en relación con su historia familiar. A veces el material proveniente de cartas, poemas, dibujos, sueños y otras fantasías, ayudan a conocer la naturaleza de los vínculos de amor y odio con las figuras parentales y fraternas. Ayudan a tomar conciencia de las diferencias existentes entre los valores e ideales de la familia y los propios. Ayudan a reconocer, la presencia, las características y la naturalidad de sus deseos sexuales. Aprenden a reconocer los aspectos positivos y negativos del odio, la soledad y de la tristeza.

(h) Acting-out del adolescente: El acting-out es un acto sin sujeto. Es aquel acto que es realizado por el adolescente sin saber el porqué de lo que está haciendo. El punto está, en que el adolescente no sabe, desconoce las razones de su acto (es inconsciente). Pero lo hace. A diferencia del <pasaje al acto>, en el cual el adolescente con plena conciencia de las razones, procede y lo hace. Un acto como el de irse de su casa puede ser leído como acting-out, o como un <pasaje al acto>. Todo va a depender de la conciencia que tenga de los motivos de su acto. Por lo tanto, ambos actos tienen una significación muy diferente.

(1) En el análisis de adolescentes es común encontrar una tendencia marcada al acting-out. Esto es debido a la actitud o disposición adolescente a resistir al insight. Es decir <no quieren saber>. En el acting-out el joven alivia la angustia por medio de un acto, el cual es realizado en ausencia de conocimiento. El analista de adolescentes aprende por la experiencia, a leer las múltiples

formas de presentarse el acting-out. Esta comunicación tan especial, que hace el adolescente por medio del acting-out, se convierte en algo muy útil, al interpretarle y hacerle saber, las razones de su acto. Esta interpretación debe ponerse de tal manera, que el adolescente pueda escucharla y entenderla.

(2) La interpretación de las actuaciones, acting-out del adolescente forma parte importante del tratamiento. Sus intentos de disminuir las sesiones, su impuntualidad, las ausencias inesperadas, o las interrupciones de sesión, ponen de manifiesto la facilidad del adolescente de comunicar algo a través del acto. Aunque el adolescente sea inconstante y errático en su asistencia y participación, siempre espera y desea que el analista sea constante, firme y estable.

(3) En relación a la contratransferencia puedo decir que es necesario distinguir la transferencia del analista de la llamada contratransferencia. Esta última refiere a las reacciones emocionales inconscientes del analista ante los síntomas y la conducta del adolescente. Es decir, la forma automática inconsciente con la cual el analista responde al material, a los síntomas, a las comunicaciones y al acting-out del adolescente. Por otra parte, la transferencia del analista refiere a las proyecciones que el analista hace sobre el sujeto adolescente. A la forma automática e inconsciente con la cual el analista percibe (según la historia infantil del analista) al sujeto adolescente. Según este criterio, las reacciones emocionales <conscientes> del analista (una molestia, un temor o una alegría con el paciente) no corresponden a un fenómeno contra transferencial. Sería solamente una respuesta emocional consciente, ante un hecho que lo molesta, le atemoriza o le agrada.

(4) Esto quiere decir, que tanto la contratransferencia como la transferencia del analista, ya que son inconscientes, solo se detectan a posteriori, ya sea a través de una supervisión o a través de una introspección del analista.

(5) La experiencia nos enseña que el trabajo con adolescente es tan intenso, inesperado e invasivo que despierta fuertes y verdaderas reacciones contratransferenciales en el analista. Así explica-

mos decisiones y posiciones arbitrarias de intolerancia del analista que el mismo no puede reconocer. Por lo tanto, no todo analista está dispuesto a trabajar con adolescentes. Generalmente se requiere de una cierta juventud o de una disposición especial, para tolerar la intensidad, el desorden y lo inesperado, sin aparezca el sufrimiento del analista.

(j) En relación a la re-construcción: Llamaremos re-construcción a las intervenciones del analista, que le ofrecen al adolescente una propuesta, una pequeña historia de lo que está ocurriendo con su vida o lo que ha ocurrido con su infancia. A veces este tipo de intervenciones son mucho mejor toleradas por el joven. Generalmente le permiten observarse a sí mismo, a distancia, en relación a su familia. El conocimiento de si-mismo, ofrecido en una re-construcción analítica, le aparece como distante, como si fuera otro. Por eso lo toleran mejor. Pero hay que admitir que este trabajo con las re-construcciones abre caminos para las verdaderas interpretaciones futuras. Esta re-construcciones se acercan más a un acto pedagógico, que a un acto analítico puro. Sin embargo, a veces, es la única vía abierta para ir progresando en el análisis.

(k) Ética de la práctica con adolescentes: Es necesario aclarar el concepto de Ética en Psicoanálisis. Primero, aclaremos que la ética, es distinta de la moral. En psicoanálisis distinguimos entre la ética del psicoanalista, ética de la práctica del psicoanálisis y la ética de la Institución Psicoanalítica. Son tres formas distintas de hacer presencia la ética. Lo que deseo traer a colación en este trabajo, refiere a la ética en la práctica del psicoanálisis. Esta ética refiere a que el propósito del tratamiento es la <búsqueda de la verdad interior>. Tratar de ayudar al sujeto a <ser lo que es>. Esto nos trae problemas en la terapia de adolescentes, ya que una cosa desean los padres para sus hijos, y otra cosa desean los hijos para ellos mismos. Muchas veces lo que constituye una molestia o una razón para el tratamiento, visto desde el ángulo de los padres, no lo es así para el adolescente. El analista de adolescentes se va a encontrar ante un dilema. ¿Cuál lado tomar? ¿El del joven o el de sus padres? ¿Adaptar el adolescente al pedido de los padres? ¿O ayudar al joven, a encontrar lo que desea para sí mismo? Esto último, puede desembocar en un enfrentamiento con los padres, quienes reclamarán al

analista el camino que el tratamiento está tomando. Algunas veces interrumpen el pago de honorarios, para lograr interrumpir la cura. Por eso es tan importante muchas veces incluir los padres en el encuadre del análisis, y por esta vía tener la posibilidad de trabajar con el proyecto de familia y los ideales parentales.

(l) Terminación del análisis en adolescentes: En mi experiencia la terminación en el análisis de adolescentes se refiere a la cura sintomática y a la reconstrucción de la novela familiar, lo cual va a permitir una vida más organizada con disminución de la angustia y el sufrimiento psíquico. La cura sintomática, refiere a un ordenamiento de las pulsiones, un conocimiento de la vida sexual propia, a una revisión de las relaciones con el objeto y a un reordenamiento de los ideales. Es decir, existe una <terminación de análisis> sin llegar a un <fin de análisis>.

(m) Concepto del Fin de análisis: El concepto de <fin de análisis> refiere como decía Wilfred Bion, a lograr <ser lo que se es>, o como decía Jacques Lacan, a <actuar en conformidad con el deseo> <a no ceder en el deseo>. Ambas analistas refieren a lo mismo. El sujeto acepta 'ser quien es'. Se encuentra en armonía consigo mismo. Acepta su incompletud. Freud decía, aceptar su miseria común. Esto no quiere decir, que el sujeto que ha llegado a un <fin de análisis>, no tenga la posibilidad de hacer nuevos síntomas. Estos síntomas habría que distinguirlos de lo que podríamos llamar rasgos de carácter. Me refiero a manifestaciones del carácter, que no corresponden a un síntoma, pero que son muy parecidos. Pero también pueden aparecer nuevos síntomas. Siempre queda abierta la posibilidad y beneficios de un re-análisis, que tendría que distinguirse, de una continuación del análisis anterior. Ambas cosas son posibles, pero diferentes.

Capítulo 69
EFICACIA DEL ANALISIS EN ADULTOS MAYORES

Tengo que admitir que hoy en día existen más adultos mayores que solicitan ayuda terapéutica de tipo analítica que en épocas anteriores. En los últimos 50 años, Venezuela ha sufrido un dramático cambio demográfico que ha producido efectos muy diversos y desastrosos en la vida de la nación. Nuestra población ha crecido rápida y desproporcionadamente. De tener 5 millones de habitantes en 1960, repartidos amablemente en todo el territorio nacional, hemos pasado a tener para el año 2014 más de 31 millones de habitantes, concentrados en las principales diez ciudades de Venezuela. Vivimos ahogados en un exceso de población inculta y sin preparación laboral con los mismos recursos urbanos, viales y municipales, que en los años anteriores.

Examinando este fenómeno poblacional [populista] encontramos que esta es una pirámide poblacional achatada, lo cual nos indica que en la dispersión etaria, existe un marcado predominio de personas menores de 30 años de edad. Es decir somos una sociedad de jóvenes. Sin embargo, a pesar de esta achatada pirámide poblacional, el número total de adultos mayores ha aumentado considerablemente. Este aumento se debe al simple crecimiento de población y al aumento en el promedio de vida del venezolano. Hoy en día nos encontramos con la realidad del incremento en el número de analizados que tienen más de 50 años de edad. Por eso digo que la práctica analítica con adultos mayores es algo muy frecuente hoy en día. Pero también es necesario agregar: que igualmente existe un notable incremento de la práctica analítica con niños y adolescentes.

La historia nos muestra que en los comienzos del psicoanálisis y durante la primera mitad del el siglo 20 la mayoría de los analizados se encontraban entre los veinte y los cuarenta años de edad.¹⁵⁵ Freud mismo en 1905 sugirió la idea de ‘no hacer tratamiento

¹⁵⁵ La OMS establece que el adulto mayor comienza a los 45 años de edad. A esa edad se muestran cambios visibles radiológicos en el envejecimiento de las circunvoluciones del cerebro. En la mayoría de las legislaciones del mundo a los 65 años ya se está en edad de retiro laboral.

analítico a personas de más de cincuenta años'. El pensaba que estas personas carecían de la adecuada elasticidad de los mecanismos mentales para lograr producir el deseado cambio psíquico.¹⁵⁶ La práctica analítica de hoy día ha demostrado que el dialogo analítico es efectivo en los dos extremos del periplo de la vida. Primero, gracias a los trabajos pioneros de Melanie Klein y de Anna Freud, el dialogo analítico es aplicable con éxito en la infancia temprana. Y Segundo, este dialogo analítico es igualmente aplicable con efectividad en las edades que se acercan a los noventa años. Es decir, no solo que nuestros pacientes pueden tener más de cincuenta años, sino a veces, tienen mucho más edad e igualmente son accesibles a la ayuda analítica.

Antes de seguir adelante creo que es importante mencionar que existen dos aspectos muy diferentes de este asunto. Por un lado, están los adultos mayores que no sufren de trastornos cognitivos. Me refiero especialmente a aquellos trastornos cognitivos provenientes de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer y de la arterioesclerosis cerebral. Por otro lado, existe los adultos mayores que si sufren de este problema. Lo importante es saber que aquellos que sufren de estos trastornos cognitivos, transitan hacia el daño orgánico y hacia la demencia senil progresiva. En esos casos el dialogo psicoanalítico tiene poco que ofrecer. Pero los otros casos --sin daño cerebral-- son aquellas personas que mantienen sus capacidades mentales intactas hasta el fin de sus días. Con ellos la ayuda ofrecida por el diálogo analítico es perfectamente efectiva.¹⁵⁷ Recordemos que Winston Churchill como Primer Ministro Británico enfrentó el poderío Nazi cuando tenía 70 años edad y fue considerado el dirigente más capacitado de ese momento. Cuando terminó su segundo periodo de Primer Ministro Británico a los 81 años de edad todavía estaba en sus plenas capacidades. Con esto quiero

¹⁵⁶ Freud, Sigmund [1905]: Sobre Psicoterapia [On psycho-therapy]. SE Vol. 7 páginas 257-268.

¹⁵⁷ Tanto Karl Abraham [1919] como Otto Fenichel (1945) mostraban poco entusiasmo en analizar adultos mayores. Posteriormente esto cambió y George Wayne (1953), Hanna Segal (1958), Elliot Jacques (1965), Pearl King (1980), George Pollock (1981), Calvin Colarusso (1985) y Robert Nemiroff (1990), publicaron todos ellos, diversos trabajos, documentando la buenas posibilidades de analizar y realizar cambio psíquico en los adultos mayores.

decir que hoy en día es común encontrar personas de edad avanzada ejerciendo a plenitud y con éxito sus obligaciones profesionales.¹⁵⁸

También es oportuno mencionar que el proceso del envejecimiento lo sufrimos todos, es decir, tanto los analizandos, como los analistas. Por lo tanto la posibilidad de tener o no tener daño orgánico cerebral, la padecemos tanto unos, como otros. Las Sociedades Psicoanalíticas en todo el mundo, están muy alertas a los efectos adversos del envejecimiento y al posible deterioro mental de sus miembros. Se está en alerta ante la conservación adecuada de sus facultades mentales. En nuestra sociedad psicoanalítica de Caracas [SPC] también mantenemos esta alerta. Nuestros analistas didactas al renovar sus funciones didácticas tienen que demostrar y confirmar sus capacidades analíticas, cada cinco años. En caso contrario no pueden seguir ejerciendo la función didáctica. Por otro lado, es común en nuestro país el hecho de realizar con éxito terapia psicoanalítica con adultos mayores. A continuación presentaré un caso de una mujer que me consultó hace un año, cuando ella tenía 82 años de edad.

Un caso clínico

Isolda es una mujer de 82 años de edad que consulta por estar muy preocupada y además por sufrir recientemente de angustia intensa. Isolda había estado en análisis conmigo hacía 36 años atrás. Aquel análisis personal había durado tres años y por mi parte consideré que había resultado muy útil y que había producido cambios psíquicos importantes que tuvieron efectos favorables en su vida. En aquella época Isolda había consultado por angustia ante la novedad de descubrir que su hijo de 17 años había iniciado el consumo de drogas. Luego descubrió que su segunda hija que era hembra, iba por el mismo camino. Simultáneamente en esa misma épo-

¹⁵⁸ Sir Winston Churchill nació en Inglaterra en 1874 y murió en enero de 1965 en Londres. Fue un político y hombre de estado británico, conocido por su liderazgo durante la Segunda Guerra Mundial. Es considerado uno de los grandes líderes de tiempos de guerra y fue Primer Ministro del Reino Unido en dos períodos (1940-45 y 1951-55). Fue un notable estadista y orador, historiador, escritor, militar y artista plástico.

ca Isolda había hecho inversiones en la Bolsa de Valores que le habían resultado catastróficas. Había perdido mucho dinero. Como claramente podemos observar, en ese momento de su vida, Isolda enfrentaba una situación de pérdidas múltiples. El trabajo inicial de análisis fue realizado en sesiones de 'Grupo de Familia'. Todos estaban motivados y participaron durante un año en este trabajo analítico, dos veces por semana. Eventualmente la hija de 16 años ingreso en una Comunidad Terapéutica donde estuvo un año., Esto le resultó algo muy beneficioso y positivo. La joven egresó de la Comunidad Terapéutica con una madurez y una visión de la vida muy satisfactoria. El resto de la familia continuó con su vida de manera natural y ordinaria. En ese momento de terminar la Terapia de Familia, Isolda decidió que necesitaba más análisis personal, dando inicio a sus tres años de análisis conmigo.

La historia de su vida estaba muy cargada de asuntos infantiles dolorosos, los cuales, utilizando su buena memoria, ella deseaba recordar, aclarar y comprender. Uno de esos temas de infancia, consistía en una convicción de haber sido abandonada y descuidada a temprana edad, por su madre. Isolda decía que siempre había sido muy infeliz y que siempre había deseado ser libre. La idea de ser libre era algo central en su cosmovisión. Su idea de la infelicidad provenía de un deseo insatisfecho de sentirse querida. Una y otra vez, Isolda sentía que no la querían. Esto ocurría a pesar de tener una exitosa vida social, académica y profesional. La gente le mostraba visiblemente el aprecio y el amor por ella. Sus hijos la querían, a veces con devoción. Sin embargo, Isolda sufría de infelicidad, porque estaba convencida, de que no la querían. En una sesión de muchos años atrás, Isolda me decía que ella buscaba algo que creía era posible. Se refería a su matrimonio y al de ser querida en forma exclusiva. Pero agregaba que en 47 años y siete meses, eso no había sido posible. La infidelidad de su esposo era algo irreparable. Había descubierto que su esposo era un ser infiel por naturaleza. Aparentemente ni siquiera sufría de sentimientos de culpa por esa conducta infiel.

En ese primer análisis Isolda reconstruyó con mucha intensidad emocional, su historia de infancia y de juventud. La figura de su padre la describe como una figura de inmensa capacidad de amor y

ternura. Decía: ...‘A pesar que él nunca nos tocaba mucho, su incondicional aprobación, su discreción y su talento para oír, su facilidad de redacción y su belleza eran adorables’. ...‘Mis hermanos – fuimos seis–nos quisimos y nos protegimos muchísimo’. ...‘La crueldad y dureza de mamá, me hizo fuerte como un roble, pero no me había dejado desarrollar mi identidad, porque yo solo vivía, para llevarle la contraria’. ...‘Ella había insistido y decía que no quería tener más de dos hijos. Esto hizo que ella nos rechazara -- desde el vientre-- a los cuatro últimos hijos. Después de nacer la tercera hija, mi madre se separó de mi padre, para no concebir más hijos. Pero se seguían viendo. Cuando mi madre quedó embarazada de mí, mi padre deseaba tener un varón. Cuando yo nací después de haber tenido las primeras tres hijas seguidas, mi padre esperaba un varón. Mucho me dijeron que ‘por la desilusión de haber nacido niña’ mi padre no entró a verme cuando yo nací’...

...‘Yo crecí unidísima a mis dos hermanos varones que me seguían. Desde muy pequeña me propuse conquistar a mi padre y lo logré con creces, rascándole la espalda y sacándole los piojitos. El era abogado y yo lo escuchaba, sentada con él en su estudio corrigiendo los documentos legales. Yo le traía un cafecito. Años después, me di cuenta que repetía este patrón de conquista paterna, con mi marido infiel, pero sin éxito’...

Durante esos años de análisis, Isolda examina, utilizando el poder de la motivación y el poder de la memoria, las experiencias de infancia. Allí encuentra la figura dolorosa de su madre ausente. Esta figura abandonante de su madre siempre surgía en sus recuerdos como una ‘madre mala’. Con el análisis de los acontecimientos de la época, utilizando sus recuerdos, esta figura materna fue cambiando a una figura dura, que a veces era intransigente, pero que otras veces, era sabia y llena de cualidades. Me decía: ...‘entonces con la reconstrucción de mi infancia aprendí a disfrutar de los dones que mi madre tenía. Era una excelente pianista graduada. Su sensibilidad y sentido de la belleza, nos lo transmitió a todos sus hijos. Su honestidad, veracidad, individualismo y compasión por los demás, fue escuela para todos. Su alegría, su risa, su sentido del baile, iluminaba la casa. Fue una mujer muy de avanzada. Nos inculcó y estimuló a ser profesionales especialmente a --sus hijas hembras--

para que no fuéramos en un futuro, el sirviente desvalorizado de sus esposos. Nos dejó en libertad de elegir la carrera profesional que cada uno quisiera'...

Este cambio de visión de Isolda se debió al hecho de poder reconstruir y luego comprender: las razones del abandono materno. Ella descubrió, que ese abandono, podía ser ahora comprendido por ella. Esta separación de su madre hasta era necesaria y beneficiosa para Isolda, quien a los doce años, fue enviada a otra ciudad y criada por una tía comprensiva y suave. Sus excelentes habilidades académicas y demostrada inteligencia, ayudaron a Isolda, a ser bien aceptada. Isolda era una joven bella y muy distinguida en su rendimiento académico. Cuando a los 17 años regresa a su hogar de origen, Isolda está en capacidad de disminuir su egocentrismo y sus demandas exageradas de afecto. Sin embargo, no es sino hasta los 47 años de edad, durante su periodo de análisis, que Isolda hace las paces con la figura de lo que en su juventud había sido una 'madre mala'. Toma plena consciencia de todas las cosas buenas que fueron dadas a ella provenientes de su madre. Ese simple hecho transformador, que fue algo lento y progresivo, fue lo más relevante de su primer análisis. El análisis terminó y dejé de ver a Isolda hace 36 años. No supe más de ella, hasta el día, en que a sus 82 años de edad, me llama por teléfono a pedir una consulta.

Hace un año recibí esa llamada. Me dice que está muy angustiada y que se ha ido de su casa. Se ha separado de su esposo con quien ha vivido casada desde hace 39 años. El motivo de esa separación consistió en una última gota que derramó el vaso. Ella siempre supo que su esposo no era un buen proveedor de dinero. El era un trabajador serio y responsable, administraba una finca familiar, pero no producía suficiente para proveer la casa. Este hecho no era problema para Isolda. Ellos se habían casado con bienes separados [capitulaciones conyugales]. Ella era una diseñadora de interiores muy exitosa. Producía mucho dinero y todo lo invertía en su casa y en su familia. El tenía sus cuentas bancarias por su lado y ella tenía las de ella. Ese arreglo fue muy satisfactorio para ambos, pero Isolda estaba inconforme con la vida sexual infiel de su marido.

Desde hacía varios años atrás Isolda sabía del doloroso hecho de la vida sexual clandestina de su marido con muchas mujeres, especialmente con su sobrina, la hija de su hermana, a quien Isolda había criado de niña en su casa. Esta sobrina ya era una mujer grande. Era una mujer soltera de 41 años de edad, profesional del arte y quien tenía una vida sexual muy libre. Cuando ella sospechó de estas relaciones clandestinas, contrató un detective, quien en poco tiempo, le dio la información y las pruebas fotográficas de esas relaciones que ella sospechaba. Sin embargo esta información no la llevó a separarse de su esposo, ni le interesó compartir esa información con nadie. Ese era su secreto. Ella tenía cinco hijos en diversas edades de desarrollo y tenía una profesión exitosa. Ella prefería mantener la unidad familiar y no quería separarse. Además su marido y ella tenían unas relaciones sexuales muy satisfactorias y buenas, que mantuvo hasta pocos días antes de la separación.

Isolda prefirió en aquella época ‘tolerar las infidelidades’ de su marido. La gota que derramó el vaso, fue otra cosa. El solía ser un marido verbalmente maltratador y además la desvalorizaba de forma muy ofensiva. Llegó el día en que Isolda no soportó más ese maltrato. Esa fué la gota que derrama el vaso. Resultó que Isolda había necesitado hacerse una operación abdominal ginecológica un mes antes de ella decidir su separación. Ella se hizo la operación con sus médicos y cirujanos de siempre. Pero él no la apoyó, ni se solidarizó con ella. No la acompañó a la clínica y no la visitó. Se mostró indiferente y despreciativo a sus problemas de salud. Cuando ella regresa de la clínica a su casa, él le reclama sobre el dinero que costaba esa operación y ella considera que eso la maltrata verbalmente de nuevo. En su estado post-operatorio muy sensible eso la ofendió enormemente. Esto le dolió más aún que el tema de la infidelidad y de las descalificaciones. El dinero gastado en la operación era de ella. Ella lo había producido con su trabajo. El no puso ni un centavo y encima de todo la maltrata. Ella me afirma que ella no es --ni ha sido nunca-- una mujer que le guste gastar dinero en forma irresponsable. Que esa acusación de él es totalmente infundada e incierta. Agrega que su esposo le grita mucho y llega a decirme que ‘se pone como un loco’. En ese momento después de la operación ella observa, con claridad, la magnitud del maltrato y la descalificación. Desde ese momento pasan a ser para ella, insoportables.

Ella no podía pedirle a él, que se fuera de la casa. Eso no era posible, porque él no está bien de salud y requiere de atención. Le tocaba a ella, irse de su casa. Esto era muy doloroso, porque esta era su propiedad. Esa casa la había comprado ella. Además era su hechura ya que ella había diseñado los diferentes espacios. Durante toda la vida ella mantenía los gastos de la casa con su trabajo. Me dice que durante todo un día y toda una noche, ella pensó sobre su decisión. El amanecer del primer día, la encuentra a ella vestida, sentada al borde de la cama, con una maleta lista y sin saber dónde ir. Igualmente salió al comenzar el día, tomo un taxi, y se fue a un sitio de desayunos. Desafortunadamente una comunidad religiosa que hubiera podido acogerla, estaba de retiro espiritual y no tenían en ese momento contacto con el exterior. Otra amiga estaba de viaje. Ella había decidido irse de la casa, sin hablar con ninguno de sus hijos. Así lo hizo. Se fué sin tener con claridad adonde ir. Finalmente a finales del primer día, decidió llamar a su hija, quien la recibió en su casa de inmediato y con mucho amor. La hija no cuestionó nada. No criticó nada. Solo la recibió y espero varios días, a que su madre le explicara lo sucedido. Isolda no quería hablar mal de su ex marido. Su hija era una mujer inteligente y curtida de la vida. Entendía que alguna razón muy seria debía de existir, para que su madre abandonara su hogar conyugal. Pasaron muchos días antes de atreverse a invitar a su madre a hablar del tema. Su hija tenía gran respeto por el criterio de su madre y temía ser irrespetuosa. Prefería esperar a que ella misma iniciara ese difícil dialogo.

Después de escuchar toda esta historia, queda para mí aclarado, el motivo de consulta. Isolda estaba angustiada por la decisión y por el acto de su mudanza. Pero verdaderamente estaba preocupada, porque dudaba de su salud mental. Ella duda de que su deseada y ejecutada separación, fuera un acto impulsivo e insensato. Desea mi opinión y ese es el motivo de consulta. Yo le digo que encuentro razonable su narración y también razonable su decisión. No veo un acto de locura. Pero me parece útil para ella, que nos veamos al menos dos veces por semana. El motivo para iniciar ese dialogo analítico, es para dar una oportunidad a examinar los efectos que en ella va a producir, todas estas pérdidas: la mudanza, la separación de su ambivalente marido, la pérdida de su casa y además la

controversial pérdida de su hogar conyugal. Le digo que en mi opinión, ella no requiere de tomar ninguna medicación. Ella no está deprimida, ella está en duelo. Eso no es una enfermedad, es una vicisitud de la vida. Ella acepta la sugerencia y la propuesta de iniciar una terapia analítica, dos veces por semana. Cosa que hicimos durante un poco más de un año. Hoy en día ella mantiene su separación, continúa viviendo con su hija, ha elaborado [comprendido y aceptado] mucho de sus duelos, ha retomado su trabajo social religioso y ha retomado su profesión. Ha tenido suerte y ya tiene dos contratos de re-modelación. Me dice que al fin se siente libre y en paz.

Debo decir que la transferencia con Isolda transcurre en términos positivos. Entiendo que esta transferencia se encuentra basada en la relación que en su infancia ella tuvo con su querido padre. Siento que Isolda tiene mucho respeto por mi manera de pensar. Ella es un ser creyente y yo un ateo convencido, cosa que ella sabe desde hace treinta años. Entonces ¿Por qué me acepta como su analista? Porque ella me considera un místico. Desde hace muchos años yo pienso lo mismo de mí. En este análisis no encontré necesario interpretar específicamente la transferencia. Estoy convencido que proceder de la manera en que lo he hecho, ha sido lo mejor. Siempre estoy en guardia de evitar la 'banalización' de ese recurso tan valioso que es la 'interpretación de la transferencia'. Cuando el 'trauma temprano' pre-verbal hace presencia en la transferencia, entonces, es cuando la interpretación de esta situación de infancia, revelada en transferencia, se hace muy valiosa. Esta interpretación transferencial, a veces resulta ser, una revelación salvadora para el futuro del analizando. Por eso es preferible ser cuidadoso y oportuno en el uso de la 'interpretación de la transferencia'.

Cuando decidí presentar este caso y decidí redactar este historial, también decidí que quería informar a Isolda de este hecho y quería que ella leyera el historial que iba a ser redactado por mí. En cierta forma sentí que después de muchos años de trabajar analíticamente juntos, se lo debía. Debo aclarar que en el momento en que redacté este historial, Isolda ya ha interrumpido este diálogo analítico conmigo. Es decir, nos hemos separado de nuevo. Solo me queda entregárselo y quizás, si ella así lo desea, reunirnos una vez más,

para escuchar sus comentarios. Pero la redacción de este historial no termina en este párrafo. Ahora les voy a presentar fragmentos de sesiones que ocurrieron durante este año de análisis. Les presento estos fragmentos con una intención. Me parece que ilustran a plenitud la tesis de que los adultos mayores son accesibles al diálogo analítico.

Los fragmentos de sesiones que van ustedes a leer, son textos reconstruidos por mí basados en textos reconstruidos después de la sesión por ella misma. Ella hizo estas reconstrucciones siguiendo una solicitud expresa mía.

...‘En la última sesión llegué a la conclusión de que las infidelidades de mi marido parecía que no me importaban mucho. Ni siquiera la que tuvo o tiene con mi sobrina. Mucho rato después, estuve pensando en las razones del porque tenía yo tanta rabia. Tanto resentimiento y falta de perdón hacia él. Yo, que siempre he deseado ser libre y siempre he buscado mi libertad con ahínco y con terapia, me daba cuenta, que estaba atada emocionalmente a él. Atada a él a pesar de que me había separado físicamente de él. De pronto tuve un insight. Pensé que sus infidelidades lo que me producían: era envidia. Yo, que hacía muchos años, cuando descubrí sus relaciones con mi sobrina y decidí seguir con él, también decidí que me entregaba de todo corazón a Dios. Como tú sabes mi querida hermana era monja Carmelita. Su ejemplo me inspiró y después de descubrir las relaciones de mi esposo con mi sobrina decidí comprometerme en un trabajo seglar y entregar mi corazón a Dios. Mis posteriores actos de infidelidad conyugal, me producían mucha culpa, no con mi marido, sino sentía que le faltaba a Dios. Después de darme cuenta de este insight, me doy cuenta que mi rabia ha desaparecido. Este insight me alivia: no siento más resentimiento. Creo que soy capaz de perdonarlo. Creo que por este camino del perdón voy a encontrar mi libertad.

A pesar de haber descubierto con toda sinceridad todo esto, hoy me doy cuenta que he vuelto a echar para atrás. Volví a sentir rabia y miedo. Miedo, ante la idea de volver a mi casa conyugal. Esto ocurrió porque pensé que debía volver momentáneamente a la casa a buscar unos papeles, para arreglar unas exigencias del seguro

médico de él. Me dio rabia porque él siempre ha sido muy dependiente y atenido a mí. Pero la rabia es hacia mí misma. Por tener ese impulso a protegerlo y cuidarlo, como a mi padre en la infancia. Me dio miedo de volver a esa casa que tanto quise. Después de pensar todo esto he decidido no ir a la casa. Esta decisión me volvió a la normalidad. Decidí dejarle su problema a él. Que él resuelva esos trámites de su seguro médico. Esto es un asunto de él. Él es un hombre capaz y lo puede resolver solo. Estoy convencida de que mi conducta, de siempre haber estado pendiente de mantenerlo, cuidarlo y protegerlo era una conducta neurótica mía.

El viernes pasado fui a mi sesión muy disgustada, porque mi exmarido se había dado a la tarea de desprestigiarme con el grupo y con las esposas de los egresados de su promoción. Unas 21 personas cuando están todos. Él les envió dos correos electrónicos. En uno estaba mi retrato de matrimonio con él: una mujer joven y bella a los 34 años. Y otra foto en la que parecía una bruja, tal como estoy ahora a los 82 años de edad. Con el agravante, que cuando me tomé, yo misma, esa foto para Skype, no me cuidé nada. El se pasó media noche para poner su foto, después de haber tomado varias. Finalmente puso una de perfil estirado hacia arriba, para aminorar las bolsas de la cara, ya que también tiene 82 años, él es solo un día menor que yo. El otro e-mail decía que ambos, él y yo, habíamos ido a un neurólogo [lo cual es falso] quien me encontró unas manchas blancas en el cerebro. Continuando así su campaña de desprestigio. Anteriormente les había dicho a mis hijos, que yo estaba loca. Esa era la razón por la cual, lo había dejado. Cuando me enteré, me puse fúrica y llamé por teléfono a mi hijo mayor. Le pedí que parara a su papá en esa campaña que tenía en contra de mí. Le dije que yo poseía un dossier de él, que si se llegaba a conocer, lo perjudicaría muchísimo. Acto seguido, separé la única cuenta bancaria que teníamos en común. Al día siguiente mi hija le llevó una lista de medicamentos que él me había enviado para que se las comprara. Ella le dijo: 'Mamá te manda a decir que mejor las compras tú mismo'. Mi hija le opinó, que él había hecho muy mal enviando esos e-mails. A lo que él le respondió: 'tenía que justificarme'. En la sesión entendí, que él era un cobarde por hacer eso. Por otro lado entendí, que esos correos, que él había mandado, permitían a sus propios hijos, conocer las mentiras y además que supieran

que él trataba de hacerla ver como la mala de la partida. En la noche tuve un sueño: 'Iba caminando de día. Hay muchas voces femeninas airadas. Las voces van cesando, a medida que camino. Siento que voy en Paz'.

Una semana después tengo el siguiente sueño: 'Voy en un carro con mi esposo y con al menos dos hombres más. Vamos hacia las afueras de la ciudad. Era de noche y había una iluminación muy pobre. Las calles eran anchas. Nos detuvimos en un semi despoblado. Allí se bajo del carro un señor, no sé si del carro nuestro o de otro. Reconozco al señor quien era el carnicero donde yo solía comprar antiguamente. Ese señor se puso a alinear en la calle a muchos niños muy pequeños para impedir el tráfico de autos. Los automóviles se fueron represando en varias filas ocupando toda la calle, hasta que empezaron a tratar de pasar por encima de los niños. Yo me angustié muchísimo que fueran a atropellar a los niños y me bajé del carro impidiendo que los autos siguieran. Levanté a los niños gritando que llamaran a la policía. Increpé al carnicero diciéndoles que era un maleante y que debía ir preso.

Trabajando el sueño en la sesión, descubrí algunas cosas. Los carros eran un símbolo de la libertad. De mi libertad deseada. Parar los autos, era parar, mi proceso de libertad. Es como si yo misma deseo 'parar mi proceso de libertad'. La razón para detener mi libertad es el alto precio a pagar: El pasar por encima de los niños. Esto significa pasar por encima de mis hijos, de mis hermanas, por encima de mi ex-marido. Todo eso me da culpa. Culpa de dejarlo a él, tan desvalido [será como dejar abandonado a mí padre]. Mi parte carnicera, que insiste en mi libertad, es malvada y debe ir presa.

Soñé otra vez. Soñé con un hombre ya entrado en años, navegaba de pie, sobre una barca en una especie de lago, con una vestimenta de blusa blanca y pantalones negros, parecido a los boteros venecianos. Estaba algo molesto. Quizás conmigo. Pero yo no sabía el porqué. Tampoco me preocupaba mucho. Yo estaba como afuera, observando la escena. Durante la sesión de hoy, trabajando el sueño, me di cuenta de varias cosas: Me di cuenta de la relación que pudiera haber entre los acontecimientos del mismo día y luego soñar todo eso en la noche. Durante ese día había estado muy tran-

quila. Había sido el día del matrimonio de mi nieto y había asistido a una gran celebración con motivo del matrimonio. Estaba un tanto tensa, porque sabía, que allí iba a estar mi ex-marido. Había muchísimos carros frente a la iglesia. Yo casi no participé pues estaba muy tensa. Mis hijos se quedaron arreglando el cortejo. Yo entre sola a la iglesia que estaba casi vacía. Vi a mi ex, con dos de sus hermanas, sentados en la última fila. Seguí derecho por el centro de la iglesia y me senté en la primera fila. Al rato entraron muchos familiares diversos y se acercaron a saludar, todos muy cariñosos y a comentar lo elegante que estaban todos. Al final durante la comunión yo estaba hincada y pasó mi ex, lo reconocí por sus zapatos. Sentí brevemente un poco de lástima por él, quién ya no estaba a mis cuidados. Me dije a mi misma: 'Párate ahí, Isolda. Ahora te toca pensar en ti'. Durante la recepción entré con mi hija y fuimos hasta el baño a arreglarnos. Mi hija me indicó donde estaban sentados todos ellos en una mesa muy grande. Al salir del baño, ella me acompañó a otra mesa grande, al final del salón. Alejada de ellos. Al rato vino otro de mis hijos con mis nietos, se sentaron conmigo y estuvimos charlando muy bien. Le dije lo bien que la había pasado en su casa, cuando fui a almorzar con su esposa. Le conté que su hija menor me había preguntado ¿Adonde estaba viviendo? Le contesté que me había peleado con su abuelo y ahora estaba viviendo con su tía. No me habló más del tema. A mi hijo le causó sorpresa y diversión, que su pequeña hija, me hubiera preguntado directamente eso. Creo que el personaje 'hombre viejo' del sueño, tiene que ver con --una parte mía-- que teme el disgusto de mi Ex-marido. Por eso sentarme aparte en la iglesia y alejada en una mesa durante la fiesta dejan ver cierto temor de socializar. No sé con qué me va a salir.

Soné con mi hermana mayor, la que se metió a monja Carmelita. Al verla en mis sueños me siento tan reconfortada. En el sueño estuvo conmigo y no me dijo nada. Ningún reproche. Ella se veía vital, alegre, feliz, llena de vida. Que privilegio haberla conocido, haberla tenido conmigo. Era la persona más genial y maravillosa que yo haya conocido. Decente, generosa, erudita, completa. No hay palabras para describirla. Trabajando este sueño en la sesión, con todas estas asociaciones, encuentro, que este sueño con mi hermana admirada, representa una parte de mí, que me aprueba. Que está con-

forme con mi decisión de separarme. De alguna manera este sueño representa lo que yo pienso de mi misma.

Epilogo

¿Cual es el propósito del psicoanálisis? ¿Hasta dónde llega su efectividad? ¿Existe algún requisito para poder trabajar en análisis? Sigmund Freud solía decir en el texto previamente citado de 1905, que para analizarse se requiere de no ser un impostor. Con esto entiendo que Freud quiere decir: ser capaz de hablar con sinceridad en el análisis. No engañar voluntariamente, adrede, al analista. Este requisito sigue siendo totalmente válido. El propósito del análisis es ayudar al sujeto a conocerse a sí mismo. Wilfred Bion decía: 'ser lo que se es' y Jacques Lacan decía: 'no ceder en el deseo' y ser uno mismo. Entiendo que ambos dicen lo mismo. El dialogo analítico con Isolda tiene el propósito, de que al contar su historia y lograr descubrir algo de los elementos reprimidos inconscientes, Isolda pueda conocer algo más de sí misma y por esa vía: 'aceptarse tal como ella es'. Para hacer ese trabajo no hay un requisito de edad. Solo basta ser sincero y tener motivación. Nuestro trabajo como analistas no es censurar, dirigir, ni aconsejar. El trabajo del analista es ayudarla en este proceso de autoconocimiento que Isolda lleva casi por sí misma. Pero está claro, esto es algo que ella no puede hacer ella sola, por si misma, en estado natural de introspección. Para hacer este trabajo analítico se necesita de un otro, de un otro que escuche, de un interlocutor calificado.

Capítulo 70
LA REVOLUCIÓN Y SUS EFECTOS EN LA TÉCNICA

Cuando en un país democrático ocurren cambios sociales y políticos inesperados, tan fuertes que llegan a producir efectos violentos y dramáticos, la incertidumbre social creada y la violencia diaria que se encuentra presente en todos los niveles sociales, van a influir de forma inevitable y visible en el trabajo que día a día realiza el psicoanalista.

Los disturbios sociales y el encuadre

Tengo que admitir que como psicoanalista que he ejercido la práctica de este oficio en Venezuela desde hace más de cuarenta años, nunca he tenido la experiencia de vivir en el medio de una crisis política, social y de gobernabilidad tan duradera y profunda, que haya logrado afectar mi práctica de manera tan dramática, como es el caso con esta llamada Revolución Bolivariana. Venezuela ha tenido en los últimos cuarenta años muchas revueltas sociales y políticas. Ha habido cambios dramáticos e inesperados de gobierno, pero nunca se había presentado una crisis social, económica y política, de las magnitudes actuales: me refiere a los cambios ocurridos en los años que van del año 2000 al año 2014. Desde el año 2000 ha sido de conocimiento público la intención declarada del actual gobierno de implantar en Venezuela un régimen totalitario militarista. Este régimen totalitario ha destruido la organización sindical democrática, ha destruido la necesaria separación de los poderes públicos constitucionales, a censurado seriamente los medios de comunicación y ha sometido a una sola voluntad las estructuras administrativas del estado. La feroz represión política y la malvada fabricación de la delincuencia común como instrumento político, que aterroriza a los ciudadanos de cualquier nivel social, ha causado estragos en la textura social de la nación. El asalto a las riquezas, la creación de dinero inorgánico y la mega corrupción de los jefes del estado, ha llevado al país nacional a la quiebra de sus recursos económicos. La impunidad con la delincuencia común y la impunidad con la corrupción de los personeros del estado, ha dado la puntilla mortal final a las posibilidades de gobernabilidad. Todo esto ha sacudido las estructuras sociales en una forma tal que

ha afectado de una manera u otra a todos los estratos sociales. Esta situación ha obligado a todos los ciudadanos a tomar una posición clara, ya sea en pro o en contra, que conlleva un nuevo compromiso y a veces una reactivación de las viejas ideologías personales. Los dramáticos acontecimientos diarios afectan al analista, al igual que a todos los demás. Dependiendo de las noticias y del parte diario de guerra, el analista verá afectados su lugar y su posición analítica. Con esto quiero decir su capacidad y su disposición para conservar la neutralidad, abstinencia y atención flotante. Si estas capacidades del analista se ven afectadas, esto significa, que el encuadre analítico y el mismo proceso analítico también se verán afectados.

La neutralidad del analista

El analizando trae a sesión todo un conjunto de ideas atropelladas, maltratos de civiles, amenazas de las brigadas totalitarias, angustias de sobrevivencia e indignación con la violencia. Yo entiendo la <neutralidad analítica> como una capacidad desarrollada por el analista, para escuchar, sin hacer juicio de valor. Una escucha abierta y verdadera, sin juicio, ni prejuicio. Para lograr esta extraña y valiosa posición de escucha, el analista no se identifica con su analizando. Es decir, no hace simetría con él. Pero, resulta que el analista, también está sometido al mismo bombardeo revolucionario, político y social que el analizando. Es decir, no puede mantener la asimetría, y sufre involuntariamente de una identificación, con la cadena significativa, producida por el analizando. Queda claro, que este analista ha perdido su <posición analítica>.

Podría ser que el analista lucha e insiste en conservar su neutralidad analítica y su capacidad de escucha analítica en medio de una fuerte conmoción social. ¿Cómo puede hacer esto? Por ejemplo, puede minimizar y hasta negar los acontecimientos sociales y políticos. O puede hacer una desmentida, al entender que <si existe una revolución, pero igual piensa que no existe tal revolución>. Actúa como si nada, ignorando la realidad social y política. Como vemos, esta solución va a crear otro tipo de problemas.

La abstinencia del analista

El paciente asiste a sesión. Dice que ha visto al analista en las marchas de protesta civil, donde ha habido violencia y muerte. Pregunta directamente al analista sobre el bienestar de su familia. ¿Y su familia doctor, está bien? ¿Y Ud. Doctor, está bien? De allí pasa a preguntar sobre la opinión del analista en relación a la política totalitaria y a la crisis económica. Yo entiendo la <abstinencia analítica>, como la capacidad adquirida por el analista, para no satisfacer la demanda del analizando. Es decir, frustrarlo en su deseo. Cada vez que el analista satisface la demanda, pierde su <posición analítica>. Contestar las primeras preguntas parece aceptable y hasta de buena educación. Entrar en un debate político revolucionario es otra cosa y es lo problemático. Pretender que uno puede interpretar las asociaciones de contenido revolucionario y económico, es pretender negar o desmentir, la situación de crisis. Hacer solo una escucha receptiva, tipo <holding>, parece ser lo más indicado. Sin embargo, la identificación con el analizando, a través de sus asociaciones, empujado por la angustia del analista, produce una modificación significativa de la capacidad de <escucha neutral> del analista y por ende del proceso.

Atención flotante y transferencia del analista

El paciente resulta ser un sujeto que tiene fuertes simpatías y además tiene familiares comprometidos con el movimiento revolucionario totalitario. Trae a sesión angustias en relación a la crisis política, con información y argumentos que defienden, apoyan y luchan por profundizar el proceso político totalitario. El analista por su lado, tiene una posición ideológica contraria. Las argumentaciones en defensa de la revolución son oídas sin encontrar la neutralidad analítica. De forma involuntaria e inconsciente, el analista reacciona con disgusto y re-ordena lo escuchado. Su transferencia actúa como obstáculo para una verdadera escucha analítica. Podrían aparecer intervenciones del analista donde se encuentra una cierta censura disimulada, a los objetivos de la revolución totalitaria. Es decir, el analista ha perdido su <lugar analítico>. Todos perdemos la posición y el lugar en algún momento del proceso analítico. Lo importante es saberlo, y poder rescatarse del error.

El encuadre y pago de sesiones

El analista asiste a su consulta. Espera que el analizando asista a su sesión. El analista sabe que existe una revuelta o disturbio social en el oeste de Caracas. Allí según reporta la Televisión, hay saqueos y violencia extrema. Daños patrimoniales millonarios. Ausencia de las fuerzas públicas del orden. Pero, el este de la ciudad donde trabaja el analista, todo parece estar más tranquilo. No hay saqueos, pero si mucho temor. El analizando no asiste a su cita. Pregunta: ¿debe el analista mantener el contrato y cobrar la sesión? Si no lo hace yo pregunto ¿porqué no? ¿Identificación y acting out del analista? Otros analizandos han asistido normalmente a su sesión ese mismo día, pero este sujeto en particular no asistió. Pienso que en la próxima sesión puede plantearse su ausencia y entonces evaluar, si se trata de un síntoma o de un pasaje al acto o de un acting out del analizante. Proceder de esta manera parece aceptable. Pero, se cobra o no se cobra, la sesión en cuestión. Ese es el punto que convoca a la ética del analista.

La Tyche y lo Real

Propongo considerar los acontecimientos sociales revolucionarios, las trágicas novedades económicas, los cambios políticos inesperados, como <un Real> que tropieza al sujeto. Solo, en un segundo tiempo, pasa a ser <una realidad>. Es un algo que surge desde el afuera, o desde lo más profundo del sujeto. Lo Real es aquello inesperado, aquello que nos sorprende y golpea. Aquello que no tiene existencia, hasta que aparece de pronto. Una vez que nos ha golpeado, podemos atravesarlo con el significante y comienza a tener existencia imaginaria y simbólica. Es decir, pasa a ser una realidad. El encuentro (azaroso) con lo real, fue llamado por Lacan la Tyche y convoca a la subjetividad de cada uno, para lidiar con ella. Cada sujeto maneja la Realidad de manera diferente.

Este encuentro en nuestra vida, con esta revolución totalitaria, producida en los últimos cuarenta años por la explosión demográfica, incapacidad, negligencia y corrupción de nuestros líderes, lo considero un encuentro con lo Real. Ha invadido todos los aspectos

de lo cotidiano y ha producido efectos en la persona del analista y por lo tanto tremendos efectos en la práctica. Considero que solo a través de las discusiones en los grupos de estudio y en los Laboratorios de Psicoanálisis, es que podremos rescatarnos y reinstalar el dispositivo analítico de una manera funcionante, en el medio de una nueva realidad social aterradora.

Otras observaciones Latinoamericanas

Las revueltas sociales y las propuestas revolucionarias totalitarias, son algo común en toda Latino América en los últimos cincuenta años. Tenemos las revueltas, las guerras y las crisis sociales de Cuba, Grenada, México, Panamá, Salvador, Nicaragua, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Argentina, Uruguay y Brasil. No en todos estos países existen agrupaciones psicoanalíticas. Tampoco no todos los analistas de estos países, han reportado los efectos, que sobre la práctica del psicoanálisis, han tenido estas crisis sociales. Sin embargo es necesario reportar que en Chile, Uruguay, Argentina y Brasil se han producido en los últimos años, múltiples trabajos y la aparición de varios libros, escritos por psicoanalistas, que ofrecen una visión psicoanalítica, en relación a la naturaleza de la violencia social latinoamericana. Textos en relación a la tortura de los ciudadanos, a la persecución política y sus efectos en la sociedad civil y en la estructura familiar. También sobre la consecuencia individual y social del fenómeno de los desaparecidos y el fenómeno de la emigración obligada. No he encontrado trabajos sobre los efectos, que la guerra en Colombia ha ocasionado en los analistas, o en la práctica psicoanalítica colombiana.

Para ampliar estas notas, he resumido lo planteado por otros colegas de Latino América en dos contribuciones recientes. Me refiero a las declaraciones oficiales que dos Asociaciones Psicoanalíticas muy prestigiosas, la Asociación Psicoanalítica Argentina [APA] y la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires [APdeBA], han hecho en relación a los profundos trastornos sociales y económicos que recientemente vivió la Argentina.

Reporte 1 desde Buenos Aires (APA)

...<Ante la grave crisis social, política y económica que afecta a la República, quienes representamos al conjunto de sus miembros (Asociación Psicoanalítica Argentina), renovamos nuestro compromiso con una ética de develamiento de la verdad. Es por ello que expresamos nuestra profunda preocupación por la traumática realidad en que vivimos, su correlato de violencia, y sus consecuencias en el deterioro de las más elementales condiciones de vida y en la posibilidad de vigencia misma del orden constitucional>.

...<La devaluación de la ley y la palabra, la vigencia de la transgresión como norma, y la falta en general de valores éticos elementales, son factores que han contribuido en forma determinante a este estado de cosas. El largo proceso de degradación en el que venimos viviendo, adquiere hoy características dramáticas. Sin embargo no podemos desmentir que esto se viene desarrollando desde hace varias décadas, a través de gobiernos y políticas socioeconómicas que provocaron paso a paso, lo que hoy vivimos. No podemos seguir desmintiendo lo obvio. Tenemos un país descapitalizado, desindustrializado, endeudado y pobre, a la vez que una creciente concentración de la riqueza, y su correlato de profundización de los niveles de pobreza de gran parte de su población>.

...<Como profesionales de la salud y trabajadores de la cultura, nos proponemos la reflexión y toma de conciencia acerca de estos temas y su implicancia subjetiva, impulsando una práctica interdisciplinaria en los distintos ámbitos de la comunidad. Es por esto que llamamos a comprometernos, y a comprometer a nuestros dirigentes, en un accionar, que rescate nuestra creatividad y nuestra solidaridad sobre la base de valores éticos indispensables para el logro del bien común. Se trata de corresponder a la esperanza colectiva y hacer de la crisis una oportunidad, rescatando su efecto transformador para promover los cambios que sean necesarios en cada uno de nosotros y en nuestras instituciones. Pensamos que es posible construir un futuro distinto. El mismo sólo puede construirse sobre la base de la verdad y la vigencia de la ley>.

Reporte 2 de Buenos Aires (APdeBA)

...<La situación de traumatismo social por la que venimos atravesando hace ya largo tiempo ha saqueado mucho más que nuestra economía. Miles de argentinos han visto arrasada su vida en general. Nuestros gobernantes y clase dirigente, casi todos ellos, mezcla de ineptos y corruptos, se han transformado también ahora en los responsables de la enfermedad y muerte de niños y adultos, a los que se deja morir y de otros que se sumarán a los tantos enfermos por hambre, por falta de higiene, por imposibilidad de acceder a todo tipo de medidas de prevención. El colmo de la violencia que se ejerce sobre los ciudadanos de este país en guerra ha invadido el campo de la salud, transformando los hospitales públicos en depósitos de enfermos que esperan sin esperanza, ser atendidos, cuidados, curados>...

...<Niños cada vez menores, delinquen, realizan trabajos imposibles, hasta para un adulto, pues implica un bastardeo del ser humano. Días atrás, en las cercanías de mi consultorio una familia ‘trabajaba’: el papá revolvía y extraía de la basura lo que pudiera servirles, la mamá seleccionaba el producto de lo obtenido, el hermano mayor (6 ó 7 años) trabajaba a la par, vigilando que otros no les robaran el botín, y el chiquito, sentado sobre una enorme bolsa de basura, disfrutaba del placer de dibujar>...

...<Todos los días nos encontramos en nuestro trabajo con consultas de extrema urgencia y gravedad, depresiones reactivas a traumas sufridos por la violencia de todo tipo, intentos de suicidio y otras implosiones de la vida mental que no aguanta la persecución económica, el saqueo, el atentado a la identidad, el desvalimiento, la descalificación por parte del Estado, la mentira, el sentimiento de sin salida. Esto último se concretiza en el enfermo, que va muriendo por los actos delincuenciales e indiferentes de los que “administran” la violencia contra los ciudadanos>...

...<pensar y analizar más detalladamente, como cada uno de nosotros, colabora sin saberlo con la injusticia de esta sociedad. Para esto, podemos reunirnos a hablar, compartir experiencias, ideas, trabajos, y finalmente usar el poder, que tengamos como consumi-

dores (o no) de la mentira, que ciertos sectores nos quieren vender. Ha llegado la hora de consumir verdad y libertad, y de no ser más corderitos>...

A manera de epílogo

Ambas declaraciones oficiales convocan a los analistas a un despertar a la acción. La APA <llama a los dirigentes a un accionar para el rescate de un bien común>. La APdeBA dice que...<ha llegado la hora de consumir verdad y libertad y de no ser más corderitos>. ¿Cuál es la acción que nos corresponde iniciar como analistas? Sabemos que estamos comprometidos, por un lado, con el movimiento psicoanalítico y por el otro, con nuestra cultura y nuestra sociedad libre. Hasta ahora en lo que he participado y observado, esta acción ha consistido en la ayuda a los necesitados. Consultas y asistencia de urgencia en los refugios, creación de guarderías infantiles especiales, asesoramiento y tutorías en las escuelas y guarderías, publicación y aparición en los medios de comunicación de masas en funciones de prevención y alerta. Además, permanecer en estado de disponibilidad. La angustia social del analista se nos plantea como una paradoja. La práctica clínica psicoanalítica, es poco compatible, con la práctica del activismo político nacional. La historia nos muestra que los analistas, que se han comprometido con un activismo político nacional, han terminado alejándose de la práctica clínica psicoanalítica. Entonces, hay que admitir que se trata de una escogencia. Sin embargo, las dos preguntas insisten: ¿Cómo Psicoanalistas qué más podemos hacer? ¿Cómo ciudadanos, qué más podemos hacer?

Capítulo 71
BIBLIOGRAFIA

- BERENSTEIN, I. (1975): On the technique of child and adolescent analysis. JAPA Vol. 23, New York, 1975.
- BICK, E. (1969): The experience of the skin in Early object relations. IJPA Vol.49:484, 1963.
- BION, W. (1962): Elementos de Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1967
- BION, W. (1963): La función Reverie. Learning from experience. Heinemann, London. 1963
- BION, W. (1959): Attacks on Linking IJPA vol. 40, 308-15. 1959 Hogarth Press, UK
- BION, W. (1977): Volviendo a Pensar. Editorial Horme Buenos Aires, 1977
- BLEGER, J. (1967): Simbiosis y ambigüedad. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967
- CHEVALIER, J. (1976): Religiones comparadas. Ediciones Mensajero. España. 1976.
- CARBONE, V. y Col. (2000): La neurosis obsesiva. Editorial Vigencia, Buenos Aires, 2000.
- CARLAT, D.: El problema con los psiquiatras: revelaciones de una profesión en crisis. Editorial Free Press, NY
- DEUTSCH, H. (1927): On Satisfaction, Happiness and ecstasy IJPA Vol. 70:715-723 Hogarth Press, UK

- DOR, J. (2000): La estructura obsesiva.
En Estructuras clínicas y Psicoanálisis.
Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2000
- DSM4 (2002): Manual de Diagnostico DSM4
American Psychiatric Association printing
- ETCHEGOYEN, H. (1986): Los fundamentos de la
Técnica psicoanalítica.
Amorrortu Editores, 1986
- FENDRIK, S. (1998): La dirección de la cura en la anorexia.
Revista de Psicoanálisis y Cultura. n° 8.
Argentina. 1998.
- FERRATER MORA, J. (1983): Diccionario de Filosofía
4 tomos Alianza Editorial,
Madrid. España
- GILLESPIE, W. (1971): Agression and Instint Theory
IJPA Vol.52, p.155.
Hogarth Press, London UK. 1971.
- GOLDSTEIN, M. (2002): El trauma, el conflicto y lo Real
Aparece en LAB ON LINE.
Textos de Internet, 2002. www.spdecaracas.com
- GOROG, J. (1986): El síntoma obsesivo.
En Histeria y obsesión.
Manantial. Buenos Aires, 1987
- HONDERICH, T. (1995): Oxford companion to Philosophy
En un solo tomo
Oxford University Press, 1995
- ISSAC, A. (1984): Oxford Science Dictionary.
Enun solo tomo
Oxford University Press, 1991.
- INDERBITZIN, L. (1988): Patients' sleep on the analytic couch
JAPA 36:673-695
New York, 1989
- IPA (2001): Code of Ethics, IPA
Public documents
www.IPA.org.uk
- INDART, J. (1986): Síntoma y fantasma en el obsesivo.
Aparece en Histeria y obsesión.
Editorial Manantial. BA, 1987

- ICD-10 (2001): International code of diseases
World Health Organization
WHO Editing, USA 2001
- FREUD, S. (1898): The Origins of Psychoanalysis.
Letter 82, pages 243-244
Basic Books, New York 1954
- FREUD, S. (1895): Estudios sobre la Histeria.
Obras Completas
Amorrortu Editores. BA 1967
- FREUD, S. (1905): Tres ensayos para una teoría sexual.
Obras completas, vol.7
Obras Completas. Amorrortu editores, 1967
- FREUD, S. (1895): Estudios sobre la histeria.
O.C. Vol. 3,
Amorrortu Editores. BA, 1967
- FREUD, S. (1909): Algunas observaciones generales
sobre los ataques histéricos. Tomo 10,
Amorrortu Editores. BA, 1967
- FREUD, S. (1909): El hombre de las ratas.
Obras completas Tomo 10
Amorrortu editores. B.A. 1967.
- FREUD, S. (1913). Sobre psicoanálisis.
Obras Completas Vol. 12, Pág. 207
Amorrortu Editores. Bs. As. 1976.
- FREUD, S. (1914): Introducción al Narcisismo.
Obras Completas Vol.14, p. 88
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S. (1914): Recuerdo, repetición y elaboración.
Obras Completas vol. 14
Amorrortu Editores. B.A. 1967
- FREUD, S. (1914): El problema económico del masoquismo.
Obras completas. Vol. 14
Amorrortu, Buenos Aires. 1967
- FREUD, S. (1915): Las Pulsiones y sus destinos.
Obras Completas Vol.14 p. 117
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. (1915): Consejo a los médicos.
Conferencias introductorias.
OC. T. 14. B.A., 1976

- FREUD, S. (1917): Duelo y Melancolía.
Obras Completas., Vol. 14
Amorrortu Editores Buenos Aires.
- FREUD, S. (1917): Conferencias introductorias
Obras Completas. Vol.15
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1917). La terapia analítica.
Obras Completas Vol. 16, Pág. 408.
Amorrortu Editores. Bs. As. 1976.
- FREUD, S. (1919): Lo ominoso.
Obras Completas Tomo 17
Amorrortu editores, BA 1967
- FREUD, S. (1920): Más allá del principio del placer
Obras Completas Vol.17, p. 39.
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S. (1923): El Yo y el Ello
Obras Completas Tomo 18
Amorrortu Editores, BA, 1967
- FREUD, S. (1924): El problema económico del masoquismo.
Obras Completas. Vol. 19
Amorrortu Editores, BA, 1967
- FREUD, S. (1925): El Block Maravilloso.
Obras Completas Vol. 19, Página. 227.
Hogarth Press, London.
- FREUD, S. (1926): Inhibición, síntoma y angustia.
Obras completas Tomo 20
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1930): El malestar en la cultura.
Obras Completas Vol.21 p. 60
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1932): Segundas conferencias introductorias
Obras Completas. Vol. 22
- FREUD, S. (1933): Nuevas Conferencias Introductorias
Obras Completas Vol.22, p.76
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. (1933): ¿Por qué la guerra?
Vol.22 p 179. Obras Completas.
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979.

- FREUD, S. (1937): Analysis terminable and interminable.
Standard Edition. Vol. 23 209-253
Hogarth Press, London
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S. (1937): Moisés y monoteísmo
Obras Completas
Amorrortu Editores, BA 1967
- FREUD, S. (1939): Técnica analítica.
Esquema de Psicoanálisis, OC.
OC A.E. Vol. 25, B.A., 1976
- FREUD, S. (1940): Esquema del Psicoanálisis.
Obras Completas. Vol. 21
Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1967
- FREUD, A. (1968): Acting Out
Writings of Anna Freud, T7:94-109.
NY: IUP, 1971
- FREUD, A. (1957): Adolescencia.
Psicoanálisis del niño y del Adolescente.
Editorial Paidos. BA 1976
- JOSEPHUS, F. (siglo 1, DC): La guerra de los judíos.
Tomo 3. <Acervo cultural editores>
Buenos Aires, 1961
- KLEIN, M. (1932): Psicoanálisis de Niños.
Obras completas. Paidos.
Buenos Aires, 1977.
- KIRSCH, I.: The emperor new drug
Basic Books, NY.
- KLEIN, M. (1932): Psicoanálisis de Niños.
Obras completas.
Paidos. BA, 1977.
- KLEIN, M. (1952): Algunas conclusiones teóricas
sobre la vida emocional del lactante.
Obras completas. Paidos. BA, 1977.
- KLEIN, M. (1957): Envidia y Gratiitud.
Editorial Paidos,
Buenos Aires. 1959.
- KLEIN, M. (1958): On the development of mental Functioning.
Obras Completas.
Hogarth Press, London

- LACAN, J. (1953): Los estudios técnicos de Freud
Seminario 1. Tomo 1,
Editorial Paidós. Buenos Aires. 1982.
- LACAN, J. (1953): Función y campo de la palabra y del
lenguaje en Psicoanálisis: [Discurso de Roma]
En Escritos 1. Siglo XXI Editores. Mexico, 1978
- LACAN, J. (1955): La cosa Freudiana.
Escritos 2. Editorial Siglo XXI,
Mexico, 1986
- LACAN, J. (1955). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica
psicoanalítica. Seminario 2, tomo 2.
Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983.
- LACAN, J. (1955): La carta robada.
Escritos 1. Siglo XXI Editores.
Edición. México, 1985.
- LACAN, J. (1955): La Psicosis.
Seminario 3. Editorial Paidós
Buenos Aires, 1989.
- LACAN, J. (1956): De una cuestión preliminar a todo tratamiento
posible de la psicosis. Escritos 2,
Siglo XXI, México, 1985.
- LACAN, J. (1956): La relación de Objeto.
Seminario 4.
Paidós, Barcelona 1994.
- LACAN, J.(1956): Teoría de la falta de objeto
Aparece en 'La relación de Objeto': Seminario 4. Página 27.
Editorial Paidós. B.A. 1994.
- LACAN, J. (1956): Seminario sobre las Psicosis.
Tomo 3, Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1985.
- LACAN, J. (1957): La instancia de la letra en el inconsciente
o la razón después de Freud.
Escritos. Tomo 1. Editorial Siglo XXI, México 1984.
- LACAN, J. (1957): Las formaciones del Inconsciente.
Seminario 5. Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1998
- LACAN, J. (1958): Dirección de la cura y los principios de su poder
Escritos 1, Editorial Siglo XXI.
Mexico, 1975

- LACAN, J. (1958): El deseo y su interpretación.
Seminario 6. Copia Mimeo.
Paris, 1989
- LACAN, J. (1958): Las formaciones del inconsciente.
Seminario 5. Inédito
Versión mimeografiada, Paris, 1993
- LACAN, J. (1959): El deseo y su interpretación.
Seminario 6. Inédito
versión mimeografiada, Paris, 1994
- LACAN, J. (1960): Subversión del sujeto y dialéctica del Deseo
Escritos 2. Editorial Siglo XXI
México. 1975.
- LACAN, J. (1960). La dimensión trágica de la experiencia analítica
Aparece en La Ética de Psicoanálisis. Tomo 7
Editorial Paidos. Buenos Aires, 1988.
- LACAN, J. (1960): La Ética del Psicoanálisis.
Seminario 7, Editorial Paidos,
Buenos Aires. 1980
- LACAN, J. (1961): La transferencia.
Seminario 8,
Copia Mimeografía, Paris 1983
- LACAN, J. (1962): La angustia.
Seminario 10. Editorial Paidos,
Buenos Aires, 1994
- LACAN, J. (1964): Los cuatro conceptos fundamentales.
Seminario 11. Editorial Paidos,
Buenos Aires, 1987
- LACAN, J. (1967): La lógica del fantasma.
Seminario 14. Copia Mimeo.
Paris, 1987
- LACAN, J. (1969): El reverso del psicoanálisis.
Seminario 17. Edición mimeografiada en español,
Caracas. 1996
- LACAN, J. (1975): El sinthome.
Seminario 23. Copia Mimeo.
Paris, 1987
México 1972.

- LACAN, J (1975): Aún.
Seminario 20. Editorial Paidos,
Buenos Aires. 1989.
- LACAN, J. (1958): El deseo y su interpretación.
Seminario 7. Edición mimeografiada,
Caracas. 1987
- LACAN, J. (1949) Estadio del Espejo.
Escritos Vol.1. Siglo XXI Editores, 1971.
- LACAN, J. (1960): La Etica del psicoanálisis.
Seminario 7: Editorial Paidos. Bs. As.
- LACAN, J. (1960): La identificación.
Seminario 9. Inédito. Mimeografiado en
español. 1990.
- LACAN, J. (1953): Los estudios técnicos de Freud.
Seminario 1
Paidos, Buenos Aires. 1982.
- LACAN, J. (1949) Estadio del Espejo.
Escritos Vol. 1
Siglo XXI Editores, 1971.
- LANDER, R. (1980): La aparición del espacio psíquico interno.
Revista de Psicoanálisis (Asovep).
Vol. 1: 43, 1984
- LANDER, R. (1985): Destino de las identificaciones en el
narcisismo y el Edipo. Revista de Psicoanálisis (Asovep).
Vol. 2: 69, Caracas, 1985
- LANDER, R. (1986): Desarrollo temprano de la realidad
Revista de Psicoanálisis (Asovep). Vol. 3
Caracas, 1988
- LANDER, R. (1993): La constitución del sujeto
Trópicos, Revista de Psicoanálisis Vol. 3: 43
Caracas, 1994
- LANDER, R. (1993): Clínica del obsesivo.
Conferencia en la SPC, 1993. Material mimeografiado.
Caracas, 1993
- LANDER, R. (1996): Sufrimiento y Goce
Revista Trópicos. Año 5, Vol. 1 y 2.
Sociedad psicoanalítica de Caracas. 1966

- LANDER, R. (1996): El acto analítico.
Revista Trópicos. Año 5. Vol. 1 y 2.
Caracas, 1996.
- LANDER, R. (1997): Clínica del odio.
Trópicos, Revista de Psicoanálisis Vol. 4: 43
Caracas, 1998
- LANDER, R. (1997): Ética del acto suicida.
Copia mimeografiada.
Caracas, 1997
- LANDER, R. (1997). El acto analítico.
Aparece en: Trópicos. Revista de Psicoanálisis
Caracas, 1967
- LANDER, R. (1998): Dos huecos y una falta.
Presentado en el ciclo sobre Psicosis. Sociedad psicoanalítica
de Caracas. Inédito. Mimeografiado. Caracas, 1998
- LANDER, R. (2004): Experiencia subjetiva y lógica del otro.
Editorial Psicoanalítica
Caracas, 2004
- LANDER, R. (2005): Lógica del Bordeline
En el libro: Experiencia Subjetiva. Cap.37, Pag.255
Editorial Psicoanalítica, Caracas 2005.
- LANDER, R. (2005): Lógica del síntoma
En el libro: Experiencia subjetiva. Cap.14, Pag.107
Editorial Psicoanalítica Caracas, 2005.
- LANDER, R. (2005): La constitución del sujeto
En el libro: Experiencia subjetiva.
Editorial Psicoanalítica. Caracas, 204
- LANDER, R. (2005): Lógica del acto suicida
En el libro: Experiencia subjetiva.
Editorial Psicoanalítica. Caracas, 204
- LANDER, R. (2006): Lógica de la terapia en adolescentes.
Revista Trópicos. Año XIV.
Vol.1 2006. Caracas.
- MILLER, D. (1986): El fantasma en la histeria.
En Histeria y obsesión. Manantial.
Buenos Aires, 1987.
- MILLOT, C. (1986): Deseo y Goce en la histérica.
En Histeria y obsesión.
Manantial. Buenos Aires, 1987.

- MILLER, J. A. (2000): Los signos del Goce.
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2001.
- MELTZER, D. (1967). El proceso analítico.
Editorial Paidós. Buenos Aires, 1970
- MELTZER, D. (1975): Exploration in autism.
Clunie Press, Perthshire. England.
- MEYER, A. (1940): Clinical Psychiatry.
Editorial Norton, New York (1940)
- NASIO, J. D. (1995): Cinco lecciones sobre la teoría de Lacan
Gedisa Editorial.
Barcelona, España. 1995
- ROSENFELD, H. (1969): Psychotic States.
International University Press,
New York
- RAGLAND-SULLIVAN, E. (1986): Estructura de la
Neurosis Obsesiva. En Histeria y obsesión.
Editorial Manantial. B. Aires, 1987.
- PARAT, C-J (1974): Essay on Happiness.
Revue Française De Psychanalyse.
Vol. 38, 1974
- SILBERMANN, I. (1985): On Happiness
Psychoanalytic Study Child,
Vol. 40:457-472 NY
- SEGAL, A. (1972): Panel on Aggression.
IJPA Vol.53, p.13. Institute of Psychoanalysis,
London. 1972
- SEGAL, H. (1978) Introducción a la obra de Melanie Klein
Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1978
- TUSTIN, F. (1965): Estados Autistas.
Aparece en el 'Autismo neurótico'.
Editorial Amorrortu. B.A. 1970.
- WHITAKER, R.: Anatomía de una epidemia
Crown editor, USA

Capítulo 72

INDICE DE PALABRAS Y CONCEPTOS

- abandona el tratamiento, 453
abordaje terapéutico, 278
abriendo <un espacio> para que el paciente exprese sus sentimientos de rabia, 426
abstinencia del analista, 395, 579
aceptar la <imposibilidad> de esta demanda de amor, 434
acting out, 475, 476
 repetir para aliviar, sin saber, asuntos del pasado infantil, 475
acting out adolescente, 480
Acting-out del adolescente, 41, 559
actividad sexual, 195
acto analítico, 381, 409, 410
acto analítico puro, 410
acto de violencia, 163
acto del analista, 479
acto del delito, 282
acto del delito genuino, 282
acto ortopédico, 411
Acto ortopédico, 411
acto pedagógico, 411
acto sexual, 196
acto suicida, 101, 107
acto suicida como síntoma, 107
acto suicida radical, **8, 108, 110**
Actualización de los ideales, 41, 553
actuar con odio, 173
acuerdos, 471
Adam Limentani, 462
adherirse, 249, 337
adicciones graves, 14, 285
adolescencia, 552
adolescente, 480
adolescente y sus padres, 555
Adolfo Hitler, 171
afecto displacentero, 291
afecto y las emociones, 503
afectos reprimidos, 462
afectos serían sometido a la represión, 462
afectos sometidos al desplazamiento, 462
Afectos y la Situación Psicoanalítica, 462
afirmación, **88**, 402, 403
afirmación del sujeto, 89
Agieren, 475
agitación maniaca, 115
agresividad, 9, 165
agresividad humana, 165
aislamiento espiritual, 245
al servicio de la cura analítica, 449
Albert Einstein, 406
alegría, placer y bienestar, 307
alerta en el diagnóstico, 343
Algo más sobre el Amor, 182
Algunos cambios en la técnica de sueños, 439
alianza de trabajo, 387
alianza de trabajo>., 387
alianza terapéutica, 387
alivio de la angustia del analista, 22, 375
alivio del estado de goce, 302
alivio del síntoma, 499
alivio transitorio sintomático, 45
alta frecuencia, 362

- alteridad, 373, 390, 421, 488
Alternativas Terapéuticas con el niño, 533
Alucinaciones y delirios somáticos, 269, 270
amamantamiento en estos momentos regresivos, 454
ambigüedad en el objeto sexual que excita, 91
ambigüedad en la escogencia de objeto sexual, **92**
ambos Bipolares, 119
ambos bipolares', 9
amenaza de pérdida de algo, 98
amor, 425
amor a muerte, 186
Amor a muerte, 186
amor a una idea, 173
amor con todo, 186
amor cortés, 179, 188
amor de conveniencia, 179, 188
amor de pasión, 179, 182, 186, 187
amor de pasión 'es dar lo que no se tiene', 181
amor de transferencia, 433
Amor que mata, 186
amor y la muerte, 184
Amor y odio al objeto, 116
amores imposibles, 186
anacoreta, 245
análisis de lo inconsciente., 513
análisis del analista, 413
análisis en adultos mayores, 563
análisis interminable, 517
análisis interminable, 500
análisis personal, 389, 390, 410
análisis personal del analista debería ser tan completo como sea posible, 376
analista <habla>, 410
analista a romper el pacto de silencio, 376
analista como un desecho, 521
analista debe tener cubiertas sus 'necesidades básicas', 364
analista desarrolle un <odio de contratransferencia>, 431
analista distante, objetivo y emocionalmente frío, 548
analista en actitud neutral de <no deseo>, 512
Analista en acto, 413
Analista en síntoma, 413
analista es así <depositario> en transferencia, 418
analista experimentado, 366
analista inteligente y capaz, 373
analista puede pasar al acto, 413
analista utiliza <todo su ser> especialmente sus sentimientos, 548
analistas que enviudan o se divorcian, 367
analizando <no paga>, 364
analizando asiste a la sesión y paga por ella, 363
analizando se resiste a conocer lo reprimido, 376
André Green, 463
angustia, 45, 75, 85, 179
angustia de castración, 85, 98
angustia de pérdida, 185
angustia del Analista, 373
angustia del vacío interior, 267
angustia fóbica, 98
angustia sin nombre, 285
angustias del bebé, 252, 340
Anna-O, 435
Anny Katan, 459
anorexia, 267
anorexia como síntoma, 273

- anorexia nerviosa, 273
 anormales, 53, 316
 Ante el <peligro inminente> suicida,
 110
 anulación, 82
 aparato cognitivo, 336
 aparato mental narcisista
 maniqueo, 173
 aparición del espacio psíquico
 interno, 249, 337
 apego, 250, 338
 apego al objeto, 12, 250, 338
 apertura del espacio, 478
 Aplicación clínica del matema
 obsesivo, 85
 aprende así a expresar y
 reconocer sus emociones, 465
 área corporal, 269
 arreglos financieros, **384**
 artistas plásticos, 370
 asimetría, 390
 asociación libre en adolescentes,
 41, 557
 aspecto de la ética, 382
 aspectos del encuadre, 32, 447
 aspectos estructurales, 77
 Asperger, 11
 asunto amoroso, 434
 ataque contra sí mismo, 32, 459
 ataque transferencial, 426
 atención flotante, 513
 Atención flotante, 579
 atracción ejercida desde el ello,
 416
 atrapamiento narcisista, 274
 Atravesar el fantasma, 69
 ausencia de shifter, **90**
 ausencia del deseo sexual, 198
 ausencia del shifter, 90
 Auto-reproches, 295
 autoritarismo, 173
 aydua a través de la palabra, 349
baluarte, 469
 Baluarte, 469
 banalización de la transferencia,
 27, 419
 banalizar la transferencia, 353
 Bejahum, **88**, 479
 bien decir, 498, 515
 bien y el mal, **22, 379**
 Billy Baranger, 469
 Bion y su <no deseo y no
 memoria>, 512
 Bion, Wilfred, 13
 bipolar, 115
 Bipolar y su psicopatología, 115
 bipolares horizontales y
 verticales, 115
 bipolaridad, 116
 bisexual, 77
 bisexualidad del pre-púber, 552
 bisexualidad en al histeria, 76
 Bloc maravilloso de Freud, 374
 block maravilloso de Freud, 358
 Block maravilloso de Freud, 375
 Borderlines, 13, 255
 Borramiento de la alteridad, 108
 borromeo, 329
 Buda, 308
 Budismo, 304
 buena razón para morir, 108
buena tolerancia a la frustración,
 10, 177
 bulimia, 267
 búsqueda de <su verdad>, 354
 búsqueda de esa verdad perdida,
 393
 búsqueda de la verdad, **22, 24**,
 381, 394
 búsqueda de la verdad interior,
 498

- búsqueda de sufrimiento, 104
- callejón sin salida, 272
- Callejón sin salida, 13
- cambio en <K>, 497
- cambio en <K>
- intelectualizaciones, 496
- cambio en <O>, 497
- cambio en O, 496
- cambio interior, 499
- cambio psíquico, 437, 495
- cambios <estructurales>, 495
- cambios que ocurren dentro de la estructura, 495
- campana de Gauss, 54, 316
- campo analítico, 421, 493
- capacidad de <continencia> por parte del terapeuta, 447
- capacidad de agruparse, 244
- capacidad de compañía, 244
- capacidad de continencia, 377
- capacidad de discriminación, 167
- capacidad de estar solo, 243, 244
- capacidad de mentir, 90
- capacidad de tolerancia, 177
- capacidad del yo de deslizar, 90
- capacidad orgásmica, 92
- capacidad para regresionar y el desarrollo del Yo, 449
- capacidad reverie, 335
- Carácter sexual, 224
- carece de salud mental, 55, 317
- carencias, 249, 337
- carencias afectivas, 169, 170
- carga genética exagerada de agresividad en el bebé, 454
- carta a los italianos, 409
- caso de Natalia, 538
- castración, 48
- catarsis, 395, 511
- causa, 49
- causa del consumo, 285
- causa última, 49
- causalidad, 49
- causalidad orgánica, 55, 317
- cerebro es un órgano biológico, 56, 318
- certeza, 93
- certeza delirante, 163
- cinta de Moebius, 406
- circularidad de la función fálica, 72
- clínica de la agresividad, 9, 165
- clínica de la destructividad, 9, 164
- Clínica de la felicidad, 307
- Clínica de las fobias, 97
- clínica del conflicto, 517
- Clínica del conflicto, 326
- clínica del Goce, 8, 104
- Clínica del goce, 101
- clínica del masoquismo, 104
- clínica del Masoquismo moral, 101
- clínica del trauma, 517
- clínica del vacío, 103
- clínica del vacío, 103, 496, 517
- Clínica del vacío, 101
- clínica depresiva, 101, 104
- Clínica estructural, 47
- clínica psicoanalítica, 46, 75, 87, 301
- Clínica psicoanalítica, 45
- clínica psicótica, **87**
- clínica psicótica de la esquizofrenia, 87
- clínica psicótica de la histeria, 87
- clínica Psiquiátrica, 49
- Clínica psiquiátrica biológica, 44
- cobran honorarios <muy bajos>, 366

- cobran honorarios bajos por temor a perder el paciente, 365
- cobro de honorarios, 363
- Códices o Manuales, 54, 316
- código de conducta, 55, 317
- código de ética, **383**
- Código de ética, 383
- código de Ética de la IPA, **384**
- código moral, 383
- código social vigente, 55, 317
- códigos morales religiosos, 196
- colapso mental, 401
- colapso metal psicótico, 87
- colega supervisor, 375
- como una estampilla al sobre, 251, 339
- compatibilidad sexual, 188
- compulsión a la repetición, 418
- Compulsiones y adicciones, 267
- comunicación humana, 487
- comunicaciones no verbales, 463
- Comunidades Terapéuticas, 15, 286
- concepto de curación, 515
- concepto de normalidad, 53, 315
- concepto de sujeto, 161
- Concepto del 'Fin de análisis', 562
- concepto del <fantasma>, 522
- conciencia de culpa, 295
- conducta intolerante, 167
- conductas radicales, 55, 318
- confidencia, 46, 359
- confidencialidad, 373, **384**
- confidencialidad absoluta, 355
- Confidencialidad y secreto, 558
- Conflicto, 336
- conflicto psíquico, 50, 326
- conflicto, la angustia y lo real, 326
- conflictos con sus deseos sexuales, 76
- conmoción social, 578
- conocimiento, 43, 463
- consciencia, 43
- Consecuencias del <pago al didacta>, 365
- consistencia de las imágenes., 328
- constitución de la psique, 75
- constitución de la psique, 320
- Constitución del fantasma, 68
- Constitución del síntasma, 71
- constitución del sujeto, 161, 335
- construcción en psicoanálisis, 405
- construcción fantasmática, 71
- construcciones en psicoanálisis, 405
- construir y dar un sentido a los años olvidados de la infancia, 406
- consumidores de drogas, 285
- consumo de drogas, 285
- contacto sexual, **384**
- contenido, 249, 337
- continencia, 389, 397
- continencia emocional, 460
- contradicción adolescente, 553
- contrato analítico, 361
- contratransferencia, 421
- contratransferencia como un obstáculo a la cura, 421
- contratransferencia complementaria implica una pérdida alteridad, 421
- contratransferencia concordante y la complementaria, 421
- contratransferencia del analista, 423

- contra-transferencia en el
adolescente, 560
control de impulsos, 41, 556
Control de los impulsos, 266
conveniencia, 189
convenio de pago, 371
conversiones, 269
convicción, 407, 434
convicción de ser amado, 182
Correlato somático de la
angustia, 291
costo de la sesión, 367
costoso entrenamiento, 367
crisis de angustia, 93
crisis disociativas, 80
crisis ética, 382
crisis ética de Bion, **380**
Cristianismo, 379
cromosomas parentales, 547
Cruzamiento del fantasma, 506,
522
Cuando <se retrasa> el pago, 369
cuando se <desvaloriza> el
propio trabajo, 364
cuatro formas del sufrimiento,
289
culpa, 85
culpa <inconsciente> por cobrar
mi trabajo, 365
culpa refiere a <una tensión>
entre el SuperYo y el Yo, 295
culpabilidad, 104
cura de la neurosis, 39, 512
cura instantánea transferencial,
524
cura por la palabra, 511
cura Standard, 516
cura tipo, 516
curación de algo, 512
curarse de su <hueco>., 253, 341
darse-cuenta, 53, 315, 501
datos de identificación, 357
decálogo judeo cristiano, 379
Defecto, 336
defecto estructural, 50, 335
defecto estructural adicional, 174
defecto psíquico e invariantes
estructurales, 335
defecto psíquico y variantes
constitutivas, 335
defensa agresiva, 166
Defensas maníacas, 117
deficiencia de la función materna,
252, 340
deficiencia narcisista del
analista, 22, 376
deficiencias narcisistas del analista,
376
dejar claro <el costo> de cada
una de las sesiones., 361
dejar de interpretar, 428
del <nombre del padre>, 519
delirio, 407
delirio esquizofrénico, 92
delirios de desvalorización, 115
delirios de grandeza, 115
delito común, 283
demanda, 165, 409
demanda de análisis, 357, **417**
Demanda de reconocimiento del
sujeto, 257
demanda del analizando, 353,
409
depositario de lo malo
proyectado, 170
depresión, 101
Depresión como síntoma, 101
depresión y acto suicida, 107
depresión y duelo, 101
derechos humanos, **384**

- desamor, 183
descalificación de los padres, 553
descubrir <lo no-pensado>, 397
desde donde no se le espera, 382
Desean morir, 102
desencadenante, 87
desencadenante de fracaso, 104
desencadenante de la crisis
 psicótica, **93**
deseo, 73, 181, 195
deseo de nada, 275
deseo de ser entendido, 487
deseo del analista, 419
deseo del deseo del otro, 335
deseo del terapeuta de curar, 513
deseos amorosos y sexuales, 433
deseos sexuales transferenciales,
 433
desesperanza, 104, 107, 312
desfallecimiento de la palabra,
 479
deslizamiento del significante, 91
desmentida, **227**
desobediencia civil, 283
desojando la margarita, 182
desorden adolescente, 556
Destino de las identificaciones,
 250, 338
destino de los <efectos post-
 analíticos>., 521
Destino de los efectos post-
 analíticos, 508, 524
Destino del síntoma, 63
destruibilidad, 9, 164, 165
destruibilidad humana, 164
desvalorización de sí mismo, 115
detectar la aceptación y el rechazo,
 94
deterioro profesional, **385**
deuda impagable, 83
devaluación de la ley, 582
diagnóstico psiquiátrico, 49
dialéctica de la intolerancia, 167
dialéctica del odio, 167
diálogo de sordos, 487
diálogo psicoanalítico, 53, 315,
 350
diciéndole lo que no se espera, 393
diferencia anatómica de los
 sexos, 47
diferencia de ideologías, 175
diferencias ideológicas, 172
dificultad en la producción del
 discurso, 90
Dificultad para expresar las
 emociones, 464
Dificultad para reconocer las
 emociones, 464
Dificultad para sentir las
 emociones, 464
dignidad del Psicoanálisis, 383
dinámica del odio, 108
dinámica del sacrificio, 108
dinero como figura de
 intercambio, 364
dinero es un símbolo fálico y de
 poder, 363
dinero pagado al analista, 363
dinero y <Lo Real>, 364
dinero y la angustia, 363
dinero y las necesidades del
 analista, 364
discriminar más claramente, 452
discriminarse del objeto, 168
discurso de dominio, 91
Discurso de dominio, 258
dispersión estadística, 56, 318
disponibilidad afectiva del
 analista, 547
disturbios sociales, 577
diversidad del ser, 54, 316

- doble castración en la histeria, 80
 documento público, 384
 dolor psíquico, 117
 dominio, **91**
 dominio del discurso del otro, 90
 Don Jackson, 487
 Donald Winnicott, 449, 519
 dos patologías bipolares, 115
 dos tipos de cambios, 495
 dos tipos de histeria, 79
 dos tipos de suplencia, **7, 93**
 drama oral aparentemente sin salida, 456
 dudas obsesivas, 82
 duelo, 101
 Duelo, 299
 duelo patológico, 102
 duelos normales, 101
 duelos patológicos, 300
 dueño de la verdad, 551
 dupla analítica, 357
 dupla analítica, 374
 duración del amor de pasión, 183
- ecuación sexual humana, 195
 efectividad de las psicoterapias, 347
 efecto del sentido, 400
 efectos de la interpretación, 398
 efectos indeseables, 44
 efectos post-analíticos, 524
 efectos post-analíticos, 508, 524
 eje del saber, 418
 eje del semblante, 418
 eje narcisista, 79, 165, 179
 ejercer la psicoterapia sin enfermarse, 349
 ejercer una <ética psicoanalítica>, 355
 El <Conflicto> psíquico, 320
- El <efecto> de las interpretaciones pueden llegar a un límite, 397
 El <estilo> de cada analista, 410
 el <impasse> es la paralización del análisis, 491
 El <Odio> de transferencia amenaza la propia estima del analista, 431
 el <proceso analítico> se ha detenido, 491
 El <trauma> psíquico, 320
 el <verdadero valor> de su sesión., 366
 el adolescente, 41, 552
 el amor cortés, 188
 El amor de conveniencia, 188
 el analista, 393
 El analista como un deshecho, 523
 el analista puede expresar su interés de <examinar y conciliar la cuenta>, 369
 el analista tiene horror de su acto, 409
 el analizando <no quiere mejorar>, 483
 el analizando está en posición de resistencia, 475
 El asunto de la <jerarquía> analítica, 369
 El asunto del <recibo>, 371
el baluarte, 469
 El control, 118
 el deseo, 179
 El desprecio, 118
 El discurso de dominio se refiere al efecto que tiene la palabra del otro en el sujeto, 259
 El ejercicio profesional y los beneficios, 366
 El ermitaño o eremita, 246

- El fanático tiene certeza, 10, 173
el fanatismo, 173
el fundamentalista, 174
El fundamentalista esta en
 fusión con el líder, 174
el horror de su acto, 409
el malentendido, 488
el momento de la verdad, 382
El nudo borromeo, 329
el objetivo del tratamiento es la
 búsqueda de la verdad, 38, 511
El odio a si mismo, 106
El Otro en posición de amo, 80
El paciente le otorga al analista
 un saber, 354
El pago de sesiones <no
 asistidas>, 368
El pago por vía <de terceros>,
 370
El pago por vía de <trueque>,
 370
El pasaje al acto, 478
El problema de <la sugestión>
 en la interpretación, 398
El reconocimiento, 402
El respeto al síntoma, 278
el saber hacer la interpretación,
 400
el sentimiento de soledad, 243
El silobato, 246
El suicidio como síntoma, 8, 108
El terapeuta <no se identifica>
 con los significantes, 426
el terapeuta y su propio concepto
 de salud, 512
El triunfo, 118
El vacío interior, 103
El valor <disminuido> del
 trabajo, 364
Elaboración secundaria, 415
elaborar, 416
elementos homosexuales
 reprimidos, 77
elementos oníricos, 437
elementos reprimidos, 452
Eliminar los medios suicidas, 110
Elizabeth Zetzel, 387
ella no quería oírme, 428
ello goza, 72, 73
emigración obligada, 581
Emil Kraepelin, 115
emoción reprimida, 461
emociones destructivas y
 violentas, 455
emociones son una respuesta del
 Yo, 461
empuje al otro sexo, **89**
empuje al suicidio, **8, 108**
en acto su práctica, 419
En la <devolución> es preferible
 referirse a los síntomas, 361
encuadre analítico, 361
encuadre del trabajo de
 <parejas> y de <familia>, 362
encuadre del tratamiento, 450
encuentro azaroso, 181
encuentro con Dios, 310
energía, 107
enfermedad crónica incurable, 111
enfermedades psicósomáticas,
 271
enfermedades Psicósomáticas.,
 269
enfermedades psiquiátricas, 60
enfermedades somáticas, 269
entidad nosológica, 50
entidades nosológicas, 47
entrega de los recibos por
 honorarios profesionales, 371
entrevista se lleva a cabo en la
 misma forma 'no
 estructurada', 531

- entrevistas de diagnóstico, 357
entrevistas preliminares, 357
Entrevistas preliminares, 361
enunciación, 518
enunciado, 518
envidia temprana, 164, 467
Envidia temprana, 118
envoltura neurótica, 89
Epílogo de la cura, 504
episodio psicótico esquizofrénico, 94
episodios de furor narcisista, 165
época de final del análisis, 545
equilibrio natural, 44
equilibrio psíquico, 104
equívoco, 410
ermitaño, 245
erótica, 433
erotizada, 433
erotomanía, 227
es indispensable el análisis del terapeuta, 349
Esa <verdad escurridiza> que encontrará <solo a medias>, 418
escena perversa, 67
escena sexual, 67
escindir la respuesta emocional y el Yo falso, 464
escisión del Yo, 459
escisión horizontal, 116
escisión vertical, 116
escogencia de objeto sexual, 77
escogencia de pareja, 452
escucha del analista, 389
escucha especial, 389
escucha privilegiada, 551
escuchado va a quedar guardado solamente en <mi mente>., 358
escuchar no es nada fácil, 390
escucharlo, 46
- escuela Kleiniana, 493
Escuelas de Psicología, 43
espacio psíquico, 249, 337
espacios vacíos, 250, 338
específica historia de infancia, 54, 316
especificidad del acto analítico, 352
Esquema del Psicoanálisis de Freud, 475
estabilidad, 86
estabilización, 95
estabilizado, 89
establece transferencia con el analista, 103
estado bienestar no es la felicidad, 309
Estado de duelo, 101
estado de infatuación, 382
estado depresivo, 105
estados adhesivos, 261
estados de integración mental, 39, 512
estados fóbicos, 97
estados limítrofes, 13
estar solo, 243, 244
Este vacío se calma cuando aparece un apego al objeto, 256
Esther Bick, 11, 251, 339
estilos, 400
estrategia del analista, 95
estructura (esquizofrénica), 87
estructura de la neurosis obsesiva, 84
estructura de la personalidad, 33, 464
estructura histórica, 75
estructura mental, 516
estructura neurótica, 47, 75, 95
estructura obsesiva, 80

- estructura perversa, 47, 95
- estructura psicótica, 47, 91, 92, 95, 519
- estructura psicótica esquizofrénica, 87
- estructura psíquica inconsciente, 46
- estructuras clínicas
 inconscientes, 48
- estructuras mentales, 46, 75
- estructuras narcisistas
 maniqueas, 175
- Estudios sobre la Histeria, 435, 461
- Ética a Nicomaco, 379
- ética de la <búsqueda de la verdad>, 394
- ética de la institución, **383**
- ética de la posición del analista, **382, 394**
- Ética de la práctica con
 adolescentes, 41, 561
- ética de sostener la
 transferencia, **23, 382, 391**
- ética del <buen decir>, 395
- ética del bien decir, 498
- ética del buen decir, **382, 394**
- ética del lugar del analista, **382, 391**
- ética del Psicoanálisis, **381**
- ética del Psicoanalista, **382**
- Ética en Bion, 380
- ética en Freud, 380
- ética en Psicoanálisis, **22, 381**
- Ética y <posición analítica>, 394
- ética y moral, **379**
- Ética y neutralidad del analista, 391
- etiología vista desde el
 Psicoanálisis, 315
- evaluación, 527
- exagerado apego al objeto, 258
- Examen Mental, 318
- excéntricos, 55, 318
- excesiva medicación, 344
- exceso de población, 170
- exclusión social, 196
- existencia del <impasse> es
 invisible, 491
- exogamia, 553
- experiencia analítica, 103
- experiencia de dejarse/ir, 448
- experiencia de fracaso, 106
- experiencia de frustración, 106
- experiencia de la falta, 81
- experiencia de satisfacción, 106
- experiencia del tetero, 454
- experiencia emocional, 53, 315, 519
- experiencia narcisista, 307
- experiencia personal de fracaso, 109
- experiencias <gratificantes y
 frustrantes>, 339
- experiencias de insatisfacción y
 frustración, 165
- experiencias dialécticas entre el
 deseo y el objeto, 167
- experiencias gratificantes y
 frustrantes, 251
- experiencias negativas de
 infancia, 425
- expresar sus emociones, 460
- expresión de las emociones, 439
- expresión emocional intensa, 447
- expulsar el mal, 169
- éxtasis, 308
- éxtasis místico, 309
- exterminio, 171
- exterminio étnico en Ruanda, 171
- factor desencadenante, 109

- falla estructural, 98
falo, 75
Falo, 45
falo imaginario, **228**
falo negativo, 84
falo perdido, 85
falo positivo, 85
falo simbólico, 94
falso crecimiento, 513
falsos resultados, 515
Falsos resultados, 500
fanático, 172
fanatismo, 173
Fanatismo, 172
fantasías sexuales, 67, 71
fantasma, 67, 68, 72
Fantasma <es sexual> y de
 <naturaleza perversa>, 71
fantasma fundamental, 71
fantasma pone en acto el deseo
 arcaico, 67
fantasma sexual, 68, 69, 198, 522
farmacológica, 44
fármacos psicoactivos, 44
felicidad, 307, 353
fenómeno de señuelo, 327
Fenómeno del vacío, 12
fenómeno del vacío interior>.,
 256
fenómeno elemental, 90
fenómeno estructural, 104
fenómeno psíquico de hacer 'uno
 con el otro', 183
fenómeno somático, 13
fenómeno transferencial y
 resistencial, 513
fenómeno virtual, 57, 319
fenomenología de la histeria, **75**
Fenomenología de la neurosis
 obsesiva, 81
fenomenología del Espíritu, 379
fenómenos elementales, 87, **89**
fenómenos ilusorios de pasión,
 181
fenómenos para-verbales y no-
 verbales, 463
figura topológica del 'Toro', 406
fijación, 527
filosofía maniquea, 170
fin de análisis, 525
fin del análisis, 521
final teórico del análisis, 73
fobia a los espacios cerrados, 98
fobia como síntoma refiere a la
 evitación de situaciones, 97
fobias, 97
fobias como estructura, 99
fobias como síntoma, 99
Fobias del eje Edípico, 98
fobias Edípicas, 97
fobias narcisistas, 97
fobias no son una estructura
 psíquica por sí misma, 97
fobias son <un síntoma>, 97
forclusión, 87
forclusión del nombre del padre, **88**
formaciones de carácter, 54, 317
formaciones de síntomas, 55, 317
formas clínicas de la intolerancia
 del ser, 167
Formas de <Aislamiento
 Social>, 247
Formas del <Aislamiento
 Autista>, 247
fracaso, **107**
Freud y la angustia como
 pérdida, 291
Freud y su idea de la felicidad,
 308
Frida Fromm-Richmann, 364
Friedrich Engels, 171
frustración, 175

- frustración con el pecho, 454
frustrado, 425
fuera de discurso, **93**
fuera de ética, 382
fuerza de la convicción, 407
fuerza de la convicción del
analista, 400
fuerzas progresivas espontáneas,
527
función analítica, 507, 523
función del grito, 32, 459
función materna, 335
función paterna, 549
función reverie, 250, 338
función reverie materna, 252,
340
funcionamiento cerebral, 56, 318
funcionamiento mental
narcisista, 170
funcionamiento narcisista, 169
funciones cerebrales, 56, 318
fundamentalismo, 174
furor Narcisista, 9, 165
fusión y sadismo primario, 9, 164
- género sexual, **224**
género sexual cultural, 193
género sexual inconsciente, 194
genitalidad sin sujeto, **91**
geometría topológica, 406
goce, 69, 72
Goce, 92
goce del síntoma, 277
goce es tan <radicalmente
permanente>, 303
goce fálico, 69
goza con el goce del Otro, 84
goza en el lugar del Otro>., 84
grado de cambios afectivos, 462
grafo Lambda, 487
- grandiosidad del objeto y del
Self, 453
grapa, 63, **93**
gregaria, 244
Gregory Bateson, 487
gritan y muerden el chupón del
tetero en sesión, 454
gritando intensamente por casi
quince minutos, 451
grito de furia, 32, 459
grito maniqueo, 171
grito maniqueo fanático, 172
grupo de supervisión, 376
Grupo Terapéutico de madres,
535
Grupo Terapéutico de Parejas,
535
guía de diagnósticos, 54, 316
Gulag, 172
- hablar sobre el dinero es
angustioso, 363
hacer <uno> con el objeto, 168
hacerse cargo, 415
hacerse cargo de su respuesta
emocional verdadera, 466
hacerse-cargo, 53, 315, 446, 501
Hegel, 379, 380
Heinrich Racker, 421
Heinrich Racker, 421
Heinz Kohut, 453
Herbert Rosenfeld, 486, 493
héroe, 172
heterosexual, homosexual o
bisexual, 194
hipocondrías, 269, 270
histeria masculina y femenina, 77
Histeria y sugestión, 78
histerias narcisistas, 79
histerización, **81**
historia clínica, 359

- historia de su familia, 44
historia de vida, 44
historia infantil, 79, 398
historias clínicas, 359
Holding, 401
holding', 389
Hombre de los Lobos, 416, 492
honestidad, **385**
honorarios al analista, 363
Honorarios según el <género sexual>, 367
Horacio Etchegoyen, 484, 493
horror, 410, 419
horror del analista, 419
hueco, 497
hueco estructural, 98
Huecos en la constitución del Yo, 116
huecos psíquicos, 250, 337
- ideal, 166
Ideal del Yo, 380
ideal fálico, 85
ideales de la familia, 41, 555
Idealización del analista, 41, 558
ideas cabalísticas, 82, 85
ideas diferentes, 175
ideas obsesivas, 82
identidad sexual, 193
identidad sexual deficiente y extraña, 91
identificación con el analista, 40, 504, 521, 523
identificación con la <función analítica>, 523
Identificación con los ideales del analista, 521, 524
identificaciones adhesivas, 249, 337
identificándose con el material que escucha, 373
- ideología del otro que es diferente, 173
ilusión de amor, 190
ilusión de completud, 85
ilusión> de compartir <iguales entendimientos y significados> con el otro, 488
Imago de la <madre atrapadora>, 274
impasse, 428, 492
impasse e interpretación, 493
impasse en psicoanálisis, 491
impasse psicoanalítico, 493
impasse y objetos <estáticos>, 494
imponer un orden, 83
imposibilidad de zafarse, 277
imposibilidad del ser de mantener la alteridad, 167
impunidad, 577
Incapacidad mental crónica, 111
incapaz de mentir, **90**
inconsciente, 461
indecisión, 82
Indicación de análisis en adolescentes, 41, 556
inevitable presencia de la transferencia, 353
infelicidad, 310
infelicidad común, 310
informar y educar al analizante, 411
Ingenuidad e intriga, 228
Ingenuidad masculina, 228
inminente muerte de un psicoanalista, 385
insight, 53, 315, 501, 517
insistencia de la cadena significante, 328
insistir en el deseo, 516
instalación de la transferencia, **417**

- instalación del síntoma, 62
- instalado el síntoma, 355
- institución IPA, 383
- insuficiencia de análisis, 414
- integración del Yo, 460
- intensidad del tratamiento, 447
- intensidad del vínculo de odio, 163
- interpretación, 393
- interpretación de la transferencia, **27, 420**
- Interpretación e <inconsciente>, 401
- interpretación emanada del analista se pierde en la nada, 518
- interpretación en transferencia, **27, 420**
- interpretación es el instrumento de trabajo, 395
- interpretación histórico-genética, 405
- interpretación psicoanalítica, 501
- interpretación que produce <cambio psíquico>,, 396
- interpretación transferencial, 397
- Interpretación y <transferencia>, 401
- interpretaciones en <equivoco>, 396
- interpretaciones surgen desde la transferencia, 397
- interpretar poco o nada, 95
- interrupción del análisis, 521
- intervenciones del analista en adolescentes, 41, 559
- intolerancia, 170
- intolerancia a la frustración, 167, 176
- intolerancia al rechazo, **94**
- intolerancia humana, 167
- intriga femenina, 228
- introyección, 106
- invisible, 46

- Jacob Arlow, 463
- Jacques Lacan, 252, 340, 394, 422, 487, 496, 515, 562
- James Herzog, 537, 544, 546
- James Joyce y el sinthome, 64
- James Strachey, 396
- Jaques Lacan, 409
- Jay Haley, 487
- jerarquía analítica, 369
- Jerusalén, 462
- Jorge Maldonado, 493, 494
- Joseph Breuer, 435
- juicio arbitrario, 379
- juicio de valor, 46, 373, 379
- juicio moral, **22, 379**
- Juicio propio, 380
- justicia social, 196

- Karl Marx, 171

- La <convicción>, 406
- la <posición> de <no-saber>, 410
- La <regresión> al servicio de la cura, 445
- la <regresión> en sesión, 445
- La <Reversión de la Perspectiva> muestra un tipo de pensamiento, 485
- La <transferencia negativa> no es fácil de recibir, 426
- la alteridad es la capacidad que tiene el sujeto de discriminarse del objeto, 167
- la causa, 320
- La causa y el RSI, 336
- La continencia, 402

- La contratransferencia como una ayuda, 421
la cura no es el objetivo de la terapia, 39, 513
la cura por la palabra, 435
la depresión, 101
La desesperanza, 107
La dialéctica de la <simetría> y <asimetría>, 374
la escucha analítica, 358
la ética, 379
La experiencia del fracaso, 107
la falta, 77, 179
la falta en el Otro, 84
La falta en ser, 195
la felicidad, 307
La identidad sexual, 193
La ideología alemana, 171
La interpretación, 395
La interpretación como <una afirmación>, 401
la interpretación contraindicada, 397
La Interpretación y <el deseo>, 400
La interpretación y el <problema de la verdad>., 398
La interpretación y el peligro de obturar el inconsciente, 399
La interpretación y su eficacia, 399
La interpretación y su formulación, 400
La intolerancia por pérdida de la alteridad, 10, 167
La intolerancia y el dogmatismo, 10, 175
la ley del todo o nada, 380
la madre ausente como un pecho/malo, 450
la media naranja, 183
La mediación del dinero, 363
la mente, 269
la mente es un aparato virtual, 56, 318
la mente normal es una utopía, 57, 319
la metáfora delirante, 63
la moral cristiana, **22, 379**
La mujer femenina, **228**
La no identificación, 390
La nueva vida sexual, 554
la plena <soledad> de su posición analítica, 376
la re-construcción en el adolescente, 41, 561
La regresión, 450
la relación como una <estampilla>, 251, 339
La reposición de las <horas perdidas>, 368
la supuesta <verdad histórica>, 398
la teoría del <malentendido>, 488
la traición a sí mismo, **381, 394**
la transferencia, **27, 417, 418**
la transferencia del analista, 422
la tumba del amor, 183
labilidad afectiva de la patología limítrofe, 257
laboratorio de psicoanálisis, 376
Lacan y su teoría de la angustia, 292
lactante experimenta el hambre como un tormento de muerte, 450
lamentaciones interminables, 312
las conclusiones con respecto al nivel de funcionamiento de la familia, 532

- las conclusiones en relación a las dificultades del niño, 532
Las otras veintitrés horas, 556
Lawrence Inderbitzin, 476
lazo social, 90, 248, 520
lazos sociales, 248
León trae el siguiente sueño a una sesión, 439
ley del padre, 281
ley del Talión, 380
Ley del todo o nada, 465
leyes básicas de la sociedad, 281
Límites de la cura, 516
límites de su acto, 377
- llamada telefónica, 357
llanto, 164
llega a su límite, 400
lloró por más de veinte minutos, 452
- lo bueno, 169
Lo curable y lo incurable, 99
lo diabólico, 169
lo imposible de simbolizar, **328**
Lo insostenible del acto, 410
lo que no es la norma, 56, 318
Lo radical del síntoma, 60
Lo real sexual, 193
lo tiene todo, 83
Lo valioso del acting out, 476
locura histérica, 79
locuras histéricas, 80
Lógica de la angustia, 291
lógica de la falta, 83
Lógica de las Obsesiones, 81
Lógica del <Sinthome>, 64
lógica del acto, 198
lógica del Fallo, 46
lógica del fantasma, 522
Lógica del Fantasma, 67
- lógica del odio, 106
Lógica del síntoma, 71
Lógica del síntoma, 59
los <acuerdos> bloquean y hace imposible la <toma de consciencia>., 471
los <honorarios especiales>, 366
Los <límites> de la interpretación, 400
los acuerdos, 471
Los anacoretas, 245
los cambios, 495
Los efectos de la interpretación, 399
Los fanáticos están muy cerca de los héroes, 172
Los límites del acto, 410
los mecanismos de la cura, 515
Los padres necesitan aprender, 554
los que piensan diferente, 171
Los sueños, 437
Los sueños contienen no sólo <el deseo>, 437
los sueños nos permiten conocer lo que está ocurriendo fuera del área de la conciencia, 437
los tres ordenes, 326
lucha defensiva del Yo, 464
lugar de semblante y depositario de la transferencia, 410
Lugar del <goce> en el momento de la terminación, 521
lugar del amo, 400
lugar del analista, 389
Lugar del analista, 352
Lugar del goce en el fin de análisis, 504
lugar del padre, 94
lugar fálico, 94

- Lugar y posición analítica, 40, 551
Luis Yamin, 471
lumpenproletariat, 171
- machmaker, 189
Madeleine Baranger, 469
madre afectuosa y comprensiva que lo levanta, le sonríe y lo alimenta con cariño y amor, 450
madre/asesina interna reprimida, 448
madre/buena- que gratifica, protege del dolor y de los tormentos del hambre, 454
madre/mala- que depriva y frustra, 454
madurez biológica, 195
magnitud de ese hueco o vacío narcisista, 12, 252, 340
maldad en la mujer, 229
maldad humana, 167, 311
maldad imperante, 174
malentendido, 487, 488
Maniqueísmo, 169
mantiene la discriminación sujeto objeto, 374
Manuales de diagnóstico estadístico, 53, 315
Manuales nosológicos, 49
mar de goce, **92**
marca esquizofrénica, **89**
Masoquismo, 104
Masoquismo Moral, 104, 295
masoquismo moral es producto de un conflicto inconsciente de culpabilidad, 296
matricidio frustrado, 276
matriz sexual, 195
Maxwell Gitelson, 423, 463
- mecanismo de la <sugestión>, 495
mecanismos de auto-castigo, 102
Mecanismos de la cura, 501, 517
Mecanismos de la familia, 555
mecanismos de la mente, 56, 319
mecanismos de la transformación, 501
mecanismos mentales, 358
mecanismos mentales inconscientes, 44, 45
mecanismos mentales primitivos, 106
mecanismos primitivos, 179
mecanismos psíquicos inconscientes predominantes en la familia, 555
medida de su práctica y los límites de su acto., 410
mejoría sintomática, 499
Melanie Klein, 410, 438, 453, 466, 484
metáfora del falo, 46
metáfora delirante, 93
metáforas de la <falta>, 83
mezcla del bien y del mal, 169
Michael Balint, 448, 449
miedo en sesión y las náuseas y vómitos, 448
miedo y agresividad, 166
modelo del <Bloc maravilloso>, 375
Moisés y el monoteísmo, 407
momento crucial en el análisis según Bion, 381
momento de felicidad, 308
momento oportuno, 411
momento oportuno para intervenir e interpretar, 410
momento psicótico, 87
momentos de alegría y placer, 309

- momentos de éxtasis, 308
- momentos de felicidad, 312
- momentos de intensa
 - transferencia negativa, 452
- montante de goce en su vida
 - cotidiana, 104
- monto de angustia, 374
- monto de dinero justo y adecuado, 364
- monto de sufrimiento, 92, 409
- moral en Sigmund Freud, **380**
- moralidad de tipo exagerada, 83
- moralidad sexual, 196
- Morir de amor, 184
- mueren de amor, 185
- muerte circula y regresa al sujeto, 108
- muerte equivocada, 108
- mundo externo, 464
- mundo interno, 464
- mutativa, 399
- mutuo acuerdo, 361

- nalgadas, 546
- narcisistas maniqueos, 171
- Natalia, 537, 544
- naturaleza de la <verdad> en Psicoanálisis, 406
- naturaleza espontánea y natural
 - narcisista maniquea, 170
- necesidad de control, 83
- necesidad de sufrir, 104
- necesidades afectivas, 170
- necesidades neuróticas
 - inconscientes, 512
- necesitan sufrir, 301
- negación omnipotente, 117
- neuroquímicos, 43
- neurosis obsesiva, **81**
- neurotransmisores, 44, 49
- neutralidad, 422, 512

- neutralidad analítica, 391
- neutralidad del analista, 578
- ni darle esa verdad revelada, 393
- ni el analizando, ni el analista, se dan cuenta de lo que está pasando, 491
- Nina Searl, 459
- niños autistas, 247
- niños autistas precoces, 247
- niños que no pueden estar solos, 244
- no, 454
- no acepta la diferencia que hay en el otro, 168
- No actuar en conformidad con el deseo es pasar a la impostura, 394
- no ceder en el deseo, 498
- no ceder en el deseo, **381, 394**
- no ceder en el deseo, 515
- no convoca a ninguna curación, 521
- No dejar solo al sujeto, 110
- no es sostenible, 45
- no está solo, 243
- no existen herramientas para la búsqueda de <la felicidad>., 313
- No hacer <juicios de valor>, 355
- No hacer juicio de valor, 402
- no hay acto analítico sin ética, **381, 394**
- no hay nada que curar, 512
- no inscripción del significante del nombre del padre, 88
- no le falta nada, 83
- no pago, 364
- No podrán tolerar la diferencia que les presenta el otro, 169
- no produce conocimiento, 45

- no pueden soportar el pezón en la boca, 454
- No se trata de una <evaluación psiquiátrica>., 360
- no tener un propósito en la vida, 103
- no tener un propósito en la vida., 103
- No transformar la <entrevista preliminar> en un <interrogatorio>, 358
- nombre del padre, 550
- normalidad, 53, 54, 55, 315, 316, 317
- normas rígidas de conducta, 83
- noxas, 320
- nudo de tres anillos, **329**
- nuevo DSM-5, 343
- nuevo objeto fóbico, 99
- nuevo paradigma, 44, 50
- objetivo de la intervención del analista, 518
- objetivos de la evaluación en niños, 527
- objetivos del analista, 499
- objeto, 45, 75
- objeto <causa de deseo>, 181
- objeto acompañante, 244
- objeto amado, 102, 106
- objeto bueno, 106
- objeto bueno internalizado, 454
- objeto claustrofóbico, 98
- objeto de amor, 101, 182, 250, 338
- objeto de deseo sexual, 197
- objeto de dominio, 429
- objeto de odio, 161
- objeto del deseo, 179
- objeto del odio, 161
- objeto exogámico, 41, 552
- objeto fóbico, 98
- objeto malo, 106, 459
- objeto narcisista, 161
- objeto odiado, 106
- objeto perdido, 72, 101
- objeto perdido-(a), 181
- objeto tiránico dominador, 430
- objeto-(a), 162
- Objeto-(a), 180
- objetos buenos, 459
- ocupa su <posición> analítica, 551
- ocupar diversos lugares, 417
- ocupar el lugar del padre, **94**
- ocupar su <lugar>, 551
- odio, **107**, 425
- odio a sí mismos, 103
- odio al objeto, 106
- odio al otro, 107, 163
- odio al otro y a sí mismo, 108
- Odio como pasión, 162
- odio de <transferencia>, 425
- Odio de transferencia, 430
- odio y desprecio a sí mismo, 107
- oficio, 393
- ojo por ojo, 263
- opinión profesional, 360
- orden de lo real, 328
- orden imaginario, 327
- orden simbólico, 328
- organización de la sexualidad, 193
- Organización Edípica, 48
- organización la dialéctica del deseo sexual humano, 193
- Organización narcisista, 48
- organización sexual, 195
- Origen de la transgresión, 281
- origen del odio, 162
- origen en la <temprana infancia>, 426
- orígenes de la violencia, 164

- originará el deseo en el ser humano, 181
- oscuridad total, 32, 447
- otro como un amo, **91**
- Otro completo, 382
- otro odiado, 429
- Otto Kernberg, 115, 255, 453
- paciente considera que está <enamorado> o <enamorada>, 433
- paciente y el encuadre se fusionan debido al narcisismo, 450
- pacientes narcisistas, 483
- pacientes psicóticos, 87
- padres como organizadores, 460
- pago de 'sesiones no asistidas', 368
- pago por adelantado, 371
- palabra del analista desfallece, 518
- palabra desfallece, 502
- paliativa, 45
- Paradigma Psicoanalítico, 50
- paradigma psiquiátrico, 49
- Paradigma psiquiátrico, 43
- Paranoia lúcida, 94
- parte de la mente que colabora, 387
- pasaje al acto, 89, 478, 480
- pase a la acción, 400
- pasión de odio, 162
- pasión de Odio, 9, 163
- pasiones, 179
- pataletas del niño, 176
- patología Borderline, 48
- patología del vacío, 494
- patología mental, 57, 319
- patologías graves, 253, 341
- patrones sociales, 196
- Paul Watzlawick, 487
- Paula Heimann, 421, 422, 463
- paz mental, 307
- paz y tranquilidad, 307
- pecho como algo amenazante y peligroso, 454
- pecho que los frustra, 455
- pegoteo con el objeto, 261
- peligro inminente suicida, **110**
- pensamiento delirante, 87
- pensamiento y la acción, 480
- Pensé en un <impasse analítico>., 428
- pequeña-(a) perdida, 182
- perder con el baluarte sus fantasías básicas de omnipotencia*, 469
- perder el conocimiento, 446
- pérdida de energía, 115
- perdida de la alteridad, 168
- pérdidas necesarias, 102
- perfeccionismo, 83
- períodos de regresión, 447
- persistencia del síntoma, 106
- persona en particular, 54, 316
- personalidad del niño, 527
- personalidad histérica, **76**
- personalidades narcisistas, 412
- perspectiva epidemiológica, 53, 316
- Perversión y erotomanía, 226
- Phyllis Greenacre, 463
- Phyllis Greenacre, 463
- pierde la alteridad, 168
- Pipote de basura, 13, 272
- Placer y Goce, 303
- planteamiento teológico, 303
- planteamientos topológicos, 406
- Pol Pot, 172
- por encima de todo no trate de curar, 513

- por parte del analista se
 requiere: que ocupe <su
 lugar> y <su posición> en el
 proceso analítico, 355
- Poseedor de la verdad toda, 354
- poseedor del falo, 81
- posibilidad de cambio, 437
- posición, 393
- posición analítica, 354
- posición analítica tampoco es tarea
 fácil, 393
- posición del analista, 389, 393
- Posición del analista, 353
- posición del sujeto castrado, 410
- posición depresiva, 118
- Posición Emocional del Analista,
 463
- Post-gradados de Psicología
 Clínica, 43
- práctica de la Psicoterapia, 367
- práctica privada, 359
- predominio narcisista, 48
 [N/e], 79
- pregunta analítica, 395
- preguntas analíticas, 396
- preocupación económica, 363
- Presencia de la <no-
 interpretación>;, 401
- presencia del odio, 107
- presencia del rechazo, 94
- presencia del shifter, 90
- Primacía de los órganos
 genitales, 552
- primacía genital, 554
- Primer matema del síntoma, 72
- primer reconocimiento, 257
- primer tipo de fobias, 99
- primera afirmación, 257, 402
- primera entrevista, 357
- primera entrevista con el niño,
 528
- Primera transformación, 499
- principios técnicos, 384
- problema de la <causalidad>, 49
- problema de la identificación con el
 analista, 507, 523
- Problemas con <la
 alimentación>, 272
- problemas con el cobro, 364
- problemas con el cobro de
 <honorarios adecuados>., 364
- Problemas del <acto sexual>, 198
- Problemas del <deseo sexual>, 198
- proceso analítico, 54, 316, 551
- proceso de degradación, 582
- proceso del envejecimiento, 565
- proceso terapéutico, 387
- procesos mentales inconscientes,
 44, 349
- producción psicótica, 92
- profundidad lograda en el análisis,
 374
- prohibición del incesto, 194
- prohibición del parricidio, 194
- prohibición paterna, 549
- proletariado obrero, 171
- promedio, 56, 318
- promiscuidad sexual y crisis de
 angustia confusional, 455
- propósito de <proteger> al
 paciente, 359
- propósito de la terapia, 511
- protección legal, 359
- prótesis, 64
- prótesis imaginaria, 93
- prótesis simbólica, 550
- proyección, 169
- proyección permanente del
 malestar, 170
- prueba de amor, 182
- pruebas de amor, 182
- pseudo curación, 513

- psicópata, 14
- psicopatía, 14
- psicosis, 87
- Psicosis, 87
- psicosis esquizofrénica, 92
- Psicosis esquizofrénica, 516
- psicosis estabilizada, 87
- psicosis funcionales, 80
- Psicoterapia del niño a través, 534
- psicoterapia directiva, 347
- Psicoterapia individual a la madre, 534
- Psicoterapia individual del niño, 533
- psicoterapia Psicoanalítica, 349
- Psicoterapia psicoanalítica, 551
- Psicoterapia Psicoanalítica con adolescentes, 551
- psicoterapias de la conciencia, 347
- psicoterapias de la consciencia, 347
- psicoterapias de orientación psicoanalítica, 348
- psicoterapias orientadas a la ayuda por <vía directiva>, 347
- psicoterapias orientadas a la búsqueda interior <al conocimiento de si-mismo>, 348
- psicoterapias orientadas a la exploración y búsqueda interior, 349
- psicótico estabilizado, **93**
- psicóticos esquizofrénicos, 87
- psiquiatra biológico, 44
- psiquiatras dinámicos, 44
- psiquiatría biológica, 43
- Psiquiatría biológica, 43
- Psiquiatría Dinámica, 43
- psiquiátrico biológico, 44
- pulsión de muerte, 107
- Pulsión de muerte, 161
- pulsión de vida, 107
- punto cero, 512
- pureza del bien, 169
- quejas crónicas, 312
- quejas repetidas, 312
- quietud melancólica, 115
- rabia destructiva asesina, 467
- rabieta del niño, 165
- rasgo originario, 73
- rasgos autistas, 446
- razón de la venganza, 163
- razones del azar, 181
- reacción <transferencial erótica>., 434
- reacción de contratransferencia del analista, 422
- Reacción terapéutica negativa, 483
- Reacción terapéutica negativa, 483
- Reacción Terapéutica Negativa, 456
- Real, 180
- realidad psíquica y realidad fáctica, 406
- rebeldía adolescente, 41, 554
- Rechazo al DSM-5, 345
- rechazo de las diferencias, 170
- reconfirmación de sus actos de afirmación, 95
- reconocer sus emociones, 460
- reconstrucción, 405
- reconstrucción de los recuerdos de infancia, 511
- re-construcción histórica, 405
- recordar, 416

- Recuerdo, repetición y elaboración, 475
- recuerdos encubridores, 352
- recuerdos profundamente olvidados, 453
- régimen totalitario, 577
- regodeo en el sufrimiento, 105
- regresión, 445, 450, 527
- regresión como un mecanismo de defensa, 445
- regresión dentro del proceso de la terapia, 453
- regresión psíquica, 177
- regresión y la patogénesis de las neurosis, 445
- regresión y la resistencia, 445
- regresión y niveles pre-verbales, 31, 446
- regresión y profundización y revivencia del conflicto infantil reprimido., 445
- regresiones al nivel oral incorporativo, 453
- regresiones profundas a la fase oral/incorporativa, 455
- relación con el otro, 86
- relación de objeto, 46
- relación de objeto es <fusional>, 179
- relación de transferencia, 357, 396
- relación negativa, 425
- relación simbiótica, 102
- relación transferencial, 429
- relación transferencial amorosa y sexual, 434
- relación transferencial con el terapeuta, 452
- relaciones objetales adhesivas, 262
- relaciones objetales significativas, 103
- renuncia de ser amado por el otro, 107
- repetición, 475
- representación mental del objeto, 299
- representantes del mal, 171
- represión, 75, **78**
- represión de las emociones, 461
- Rescate del Santo Sepulcro, 171
- resiste al proceso terapéutico, 445
- resisten el vomitar, 448
- Resistencias del Ello, 416
- respeto al síntoma, 278
- respeto el derecho a vivir y a morir, 112
- respuesta emocional del analista, 421
- respuestas emocionales básicas del Yo, 33, 466
- retroceso, 483
- revelaciones del inconsciente, 409
- revelaciones del inconsciente producen angustia, 409
- reverie, 409
- Reversión de la perspectiva, 265
- Reversión de la Perspectiva, 485
- revivencia, 446, 501, 503, 517
- revivencia del conflicto infantil reprimido, 458
- revivir la situación de fracaso a través del fenómeno de la regresión, 449
- Revolucion Bolivariana, 577
- revueltas sociales, 577, 581
- riesgo suicida, **8, 109**
- rígidamente atada a una sola perspectiva, 485

- rituales compulsivos, 82, 85
- rituales de limpieza, 84
- Robert Furman, 459
- Roger Money-Kirle, 487
- Roman Jakobson, 90
- romper la confidencia, 373
- ropaje neurótico, **95**
- RTN, 483, 484
- ruptura voluntaria del secreto profesional, 373

- saber demasiado, 354
- sadismo humano, 9, 163
- Sadismo y masoquismo, 225
- salud mental, 44, 54, 316
- Sandor Ferenczi, 449
- Santiago de Chile, 537
- satisfecha la demanda expresada en el llanto, 164
- se acepta a sí mismo, 58, 319
- se acepte tal cual es, 53, 315
- se ha roto el secreto profesional, 375
- se pierde el objeto, 299
- se plantea el <tipo de problema> en términos de síntomas, 360
- secreto de la felicidad, 310
- secretos profesionales, 376
- segunda afirmación, 401, 479
- segunda bejahum, **88**
- segunda entrevista con el niño, 528
- segunda piel, 260
- semblante, **382, 391**
- semblante fálico, 77
- sensibilidad al rechazo, 94
- sentido de la cura, 95
- sentido de la cura en la psicosis, **7, 95**
- sentimiento de culpa, 483

- sentimiento de soledad, 11, 243
- sentimientos de amor transferenciales, 433
- sentimientos de culpabilidad, 83, 85
- sentimientos de soledad, 243
- sentimientos inconscientes de culpabilidad, 102
- sentimientos y emociones, 460
- sentirse solo, 243
- señuelo, 327
- separación del objeto adhesivo, 249, 337
- separación por vacaciones, 412
- separación y pérdida, 102
- ser lo que es, 500, 503
- ser lo que se es, 394, 500
- ser todo para el Otro, 84
- ser un curador, 512
- ser uno mismo, 515
- seres apasionados de sus ideas, 175
- seres narcisistas maniqueos, 171
- seres solitarios, 243
- series complementarias, 320
- sesión en oscuridad total, 453
- sesión psicoanalítica, 417
- severos trastornos de personalidad, 454
- sexo con un robot, 91
- shifter, **90**
- Shifter, 90
- Sigmund Freud, 104, 383, 421, 435, 438, 449, 461, 492, 511
- significante del padre, 549
- significante padre, 549
- significantes, 417
- signos, 60
- silencio, 393
- silencio atento> del analista, 395
- silobato, 245

- simetría, 373, 391
Simetría y asimetría en la dupla analítica, 398
sin capacidad de alteridad, 168
sin identificarse, 390
sin juicio de valor, 392
síndrome Asperger, 11
sintasma, 63
síntasma, 71, 72
síntasma y lo Real, 72
Síntasma y rasgo unario, 73
sinthome, 65
síntoma, 59, 85, 101
síntoma analítico, 60, 63
síntoma anoréxico, 277
síntoma clínico, 60, 63
Síntoma clínico y síntoma analítico, 6, 63
síntoma como prótesis, 6, 64
síntoma como significante, 60
síntoma como un significante, 60
síntoma conversivo histérico, 461
síntoma del analista, 377
síntoma depresivo, 106
síntoma es lo que no anda en lo real, 61
síntoma médico, 60
síntoma psiquiátrico, 60
Síntoma y fantasma, 68
Síntoma y semblante, 62
síntoma-grapa, 6, 401
síntomas, 46, 93
síntomas o manifestaciones depresivos, 101
Síntomas y la estructura, 61
síntomas y signos, 60
sistema de ideales, 263
sistema nervioso central, 43
sociedad de Psicoanálisis, 383
soledad, 243
soledad absoluta, 245
soledad del analista, 22, 376
Soledad y los tipos de aislamiento social, 11
somatizaciones, 13, 269, 270
soporte la soledad y la angustia de su análisis, 410
sostener <sin cobrar> el retraso del pago, 369
sostener, ordenar o prohibir algo, 411
Soy el que soy, 464
Soy lo que soy, 73
su <hueco> o su <vacío>, 253, 341
sueños, 437
sufrimiento, 409
sufrimiento humano, 289
sufrimiento psíquico, 301
sufrimiento visto desde el Psicoanálisis, 289
sugestión, 398
suicida, 107
suicidas en masa, **113**
suicidio, 107
suicidio heroico puro, **8, 112**
suicidio radical, 108
sujeta la palabra al lenguaje, 93
sujeto del odio, 161
sujeto obsesivo, 86
sujeto psicótico esquizofrénico, 89
sujeto supuesto saber <SSS>, 417
sujetos 'bipolares' de tipo vertical, 119
sujetos bipolares, 119
Sujetos Bipolares de tipo horizontal, 119
sujetos moralistas, 196
supersticiones, 82
suplencia, **7, 93**, 253, 341, 494
suplencia imaginaria, 94

- suplencias, 95, 252, 340
suprema felicidad, 310
- taponar, es decir obturar, el
<hueco>, 497
- taxonomía psiquiátrica, 44
- Técnica de juego, 40, 552
- técnica en adolescentes, 41, 556
- técnica usual del trabajo de los
sueños, 438
- temor a la intimidad, 243
- temor al contacto con el propio
mundo interno reprimido, 447
- temores paranoides, 455
- tendencia a pertenecer, 243
- teología de la salvación, 304
- teoría de la transferencia, 405
- teoría de los acuerdos en
psicoanálisis, 471
- Teoría de los Afectos, 33, 466
- Teoría del <fin de análisis>, 521
- teoría del <malentendido>, 487
- teoría del aparato mental, 46
- Teoría del cambio psíquico, 495
- Teoría del Espacio psíquico, 12
- teoría del goce, 521
- teoría del Gocce, 301
- teoría del semblante, 389
- teoría dual de las pulsiones, 161
- terapeuta peligroso y
perseguidor, 452
- terapeuta sepa resguardarse de
futuras posibles <demandas>
por mala práctica, 359
- terapeuta tiene
<responsabilidades civiles>,
359
- terapéutica -al servicio de la
cura-, 450
- Terapia de Familia, 536
- terapia psicoanalítica, 360
- tercera afirmación, 89, 479
- Tercera y cuarta entrevista con el
niño, 530
- termina el duelo, 101
- terminación del análisis, 521
- Terminación del análisis en
adolescentes, 562
- tesoro de la sexualidad, 67
- textura de ese Yo temprano, 257
- textura del Yo, 252, 340
- textura del Yo temprano, 251, 339
- tiempo psíquico, 249, 337
- tiempo y síntoma, 63
- tipo de acto, 411
- tipo de angustia, 46
- tipo de fobias, 98
- tipos de causa, 320
- tipos de diálogo, 350
- tipos de insatisfacción, 311
- tipos de psicoterapia, 347
- tiranía del otro fálico, 429
- toda <comunicación humana>
no puede escaparse de la
<subjetividad>, 488
- toda sesión ocurre <bajo los
efectos> de la transferencia,
353
- tolerancia de la diferencia, 168
- tolerancia natural al dolor físico,
336
- tolerar la frustración, 175, 176
- tolerar las diferencias, 168
- tolerar las emociones, 465
- tolerar las pérdidas, 299
- toma de consciencia, 53, 315
- Trabajar en <simetría> o
<asimetría>, 374
- trabajo analítico, 355
- trabajo de duelo, 299
- trabajo de los sueños, 437

- trabajo del inconsciente, 53, 54, 315, 316
- trabajo psicoterapéutico con niños, 527
- transferencia banalizada, 419
- transferencia como repetición, **418**
- transferencia como resistencia, **27, 419**
- transferencia del analista, 413, 422
- transferencia del analizando y la contratransferencia del analista crean un campo analítico, 421
- Transferencia en el adolescente, 41, 558
- Transferencia erótica, 433
- transferencia negativa, 426, 483
- Transferencia negativa, 425
- transferencia positiva, 426, 433
- Transformación adolescente, 41, 552
- transformación en <K>, 516
- transformación en <O>, 515
- transformación en K, 500
- transformación en O, 500
- transformaciones posibles e imposibles, 498
- Transformaciones píquicas, 498
- transgresión de la ley, 282
- transgresión delirante, 14, 282
- transgresión desde la agresividad del sujeto, 283
- transgresión en la destructividad humana, 283
- transgresión originada en la pasión de odio, 282
- transgresor, 281
- transitoriamente un ser intolerante, 177
- trasgresión, 479
- trasgresión como norma, 582
- Trastorno bipolar, 115
- trastornos limítrofes de la personalidad, 255
- trastornos maniacos depresivos, 115
- Trauma, 336
- trauma psíquico, 50
- trauma Psíquico, 321
- trauma y el fantasma, 323
- trauma y lo real, 323
- traumas infantiles, 511
- traumatismo social, 583
- Travesía del fantasma, 69
- Tres Ensayos sobre una teoría sexual, 104
- tres estructuras fundamentales, 47
- tres estructuras psíquicas inconscientes, 47
- tres grandes religiones monoteístas, 303
- tres órdenes RSI, 336
- trueque, 370
- Tú eres tú, 168
- Tú eres Tú, 168, 390
- tumba del amor, 183
- turning point, **381**
- Tyche y lo Real, 580
- ubicar la naturaleza del problema en términos de <síntomas>., 361
- un <amor> verdadero, 433
- un <apego> exagerado al objeto, 251, 339
- Un acto sin sujeto, 477
- un cambio psíquico, 497
- un carácter de horror, 409
- un desmayo, 446
- un duelo patológico, 299

- un entendimiento absoluto, 488
- un fuerte <disgusto conmigo>, 426
- un lugar sin falta, 354
- un mismo síntoma, 46
- un otro intolerable, 173
- un otro no-castrado, 80
- un ser natural, 57, 319
- una <relación transferencial> muy especial <negativa>, que he personalmente llamado <la tiranía del otro fálico>, 429
- Una cosa es el <dinero> y otra cosa son los <honorarios profesionales>., 363
- Una cosa es el <valor> y otra cosa es el <costo>., 367
- una determinada emoción, 460
- una forma de repetición, 478
- una verdadera transferencia del analista, 422
- unidad con Dios, 310

- vacio, **103**
- vacio en la textura del Yo primitivo, 252, 340
- vacio existencial, 256
- vacio interior, 103
- vacio interior, 12, 250, 251, 257, 338, 339
- vacio mental, 250, 338
- valle de lágrimas, 303
- valor justo de la sesión, 366, 367
- valor justo de la sesión analítica, 366
- Valor y costo de la sesión, 367
- valores ajenos, 379
- valores éticos elementales, 582
- valores familiares, 555
- velar la castración, 67
- verbalización, 460
- verbalización de los afectos, 32, 459
- verbalización del afecto, 459
- verbalización en el niño, 32, 460
- verbalizar los sentimientos, 460
- verdad histórica, 398, 407
- verdad inconsciente, 437
- verdad interior, **22**, 39, **381**, 498, 512
- verdadero costo, 366
- Vergüenza, 296
- vida amorosa, 179
- vida sexual, 179
- vida sexual humana, 194
- vida temprana del bebé, 116
- vínculo amoroso, 179
- vínculo con el <otro> que se fundamenta en el <odio>, 430
- vínculo de amor, 106
- vínculo de odio con el objeto perdido, 300
- vínculo inconsciente con un <otro odiado>., 429
- Violencia asesina y maldad oculta, 229
- violencia como síntoma, 9
- violencia y destructividad, 455
- vivencia de identidad, 39, 512
- Vivencia de inadecuación, 41, 553
- vivencia de un vacío interior, 335
- vivenciarlos, 460
- vivir en soledad, 245
- vivir en sufrimiento, 304
- voracidad, 467

- Wilfred Bion, 380, 409, 450, 486, 487, 496, 511, 512, 515, 562

- Yo [falso], 448
- Yo [real], 450, 464

Yo falso implica la presencia de un fracaso adaptativo, 449

Yo ideal, 380, **381**

Yo inmaduro, 459

Yo me sentía <incómodo e impotente>, 428

Yo primitivo, 252, 340

Yo soy tú, 168

Yo soy Yo, 168, 390

Yo y el Ello, 483

Yo, no soy Tú, 168