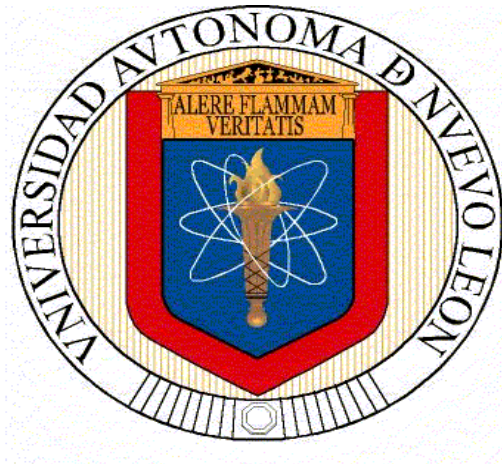


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**“UN CASO SIN DIAGNÓSTICO”. LAS DIFICULTADES EN EL  
DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA  
DIRECCIÓN DE LA CURA.**

**TESIS QUE PRESENTA:**

**ARTURO MARTÍNEZ SERNA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER  
EL GRADO DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA  
CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

**MONTERREY, N. L. ABRIL 2014**

*“Universidad Autónoma De Nuevo León”*



Facultad De Psicología



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA  
PSICOANALÍTICA

**“UN CASO SIN DIAGNÓSTICO”. LAS DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO  
PSICOANALÍTICO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA DIRECCIÓN DE LA CURA.**

PRESENTA:

LIC. ARTURO MARTÍNEZ SERNA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. EDITH POMPA GUAJARDO

MONTERREY, N. L. 2014

## **Agradecimientos**

A mi madre, sin ella simplemente no sería quien soy.

A Sarai, mi esposa. Compañera fiel en esta vida.

A mi hijo Darío. Que me enseña cada día que él es más maestro mío que yo de él.

A mi padre. Sobreviviente en mi mente. Psicólogo sin título, como él se decía a sí mismo.

A todos mis maestros y supervisores que como segundos padres nos permiten cariñosamente una imagen de lo que queremos ser.

Por ultimo a mí. Por vivir con la mejor disposición e inteligencia mi existencia, tanto lo pasado como lo futuro.

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	2
<b>Capítulo 1</b> .....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Antecedentes.....	9
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	12
Supuestos.....	12
Limitaciones y Delimitaciones.....	13
Justificación.....	15
<b>Capítulo 2</b> .....	17
Fundamentación Teórica.....	18
<b>Capítulo 3</b> .....	38
Modelos de Intervención y Procedimientos.....	39
Técnicas y estrategias de investigación.....	50
<b>Capítulo 4</b> .....	57
Historial Clínico.....	58
Estructura Subjetiva.....	60
Construcción del Caso.....	76

<b>Capítulo 5</b> .....	120
Discusiones y comentarios.....	121
Conclusiones personales.....	127
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	130

# Capítulo 1

## RESUMEN

El presente texto analiza un caso clínico bajo la teoría y la metodología psicoanalítica. Los objetivos y resultados de dicha investigación estuvieron orientados al lugar del diagnóstico en psicoanálisis, así como de su operatividad real en el desarrollo de un tratamiento. En particular de los procesos terapéuticos con pacientes de características diagnósticas difusas, es decir de difícil diagnóstico. Por ejemplo de pacientes conocidos como fronterizos o narcisistas, que son diagnosticados en otras ocasiones como neurosis mixtas.

El autor intenta resaltar la importancia del contar dentro del repertorio de la metodología de todo analista con un diagnóstico que sostenga fielmente a cualquier intervención clínica. Incluyendo en estas todo lo que se dice, y lo que no se dice, el por qué se dice lo que se dice, es decir: el saber hacer. Todo lo anterior argumentando y apelando a un principio técnico fundamental, básico, pero sobre todo ético.

Se hace en conjunto de este análisis del lugar operacional del diagnóstico, un desarrollo exhaustivo del caso de una paciente con elementos estructurales de difícil ubicación. Se analizan rasgos estructurales, psicóticos, narcisistas y neuróticos; como estos influyen y confluyen en la personalidad de la paciente. Se estudia el grado de pertinencia de los rasgos de personalidad hacia el mundo intrapsíquico de la paciente y a la vez el grado de estos en el proceso terapéutico.

Sin duda estos elementos en su conjunto son los que desencadenan por un lado el sufrimiento de esta persona, y encausaron por otra, esta investigación por su difícil intelección terapéutica. Creemos que el presente texto expone siempre de manera seria, algunos puntos álgidos que conciernen al quehacer diario del analista. Así como cuestionar en otros momentos posturas insípidas y desfases de las necesidades teóricas y prácticas del psicoanálisis, no acordes a un mundo diferente del que se conocía el siglo pasado.

## INTRODUCCIÓN

La lectura del siguiente estudio de caso llevara un recorrido que será lento e incipiente a la vez. Los temas tratados aquí serán por un lado el diagnóstico en psicoanálisis, y el estudio de las neurosis narcisistas o de difícil clasificación.

Se hace un camino donde se cuestiona en primer lugar, ¿Qué es el diagnóstico en psicoanálisis?, ¿Cuál es su ubicación en la actividad diaria del analista? ¿Se utiliza, se considera, se obvia, se pragmatiza, se discrimina? En fin, uno de los objetivos será cuestionar la práctica clínica en relación con este componente extraño para algunos, familiar para otros, pero para todo analista por lo menos, ominoso.

Justificamos nuestro estudio con las preguntas anteriores. Y es que consideramos relevante la posibilidad de tomar diferentes senderos una misma persona en tratamientos diferentes. La escucha, que sin duda alguna como lo expondremos aquí está en relación directa con el diagnóstico de fondo; implica invariablemente consecuencias terapéuticas diferentes.

Por eso cuestionamos el hacer del terapeuta, y no solo el hacer si no el saber hacer, y un paso más, el saber por qué hacemos. He ahí una radical virtud del diagnóstico que se desarrollara en relación con nuestro caso.

Un caso que mantendrá la atención del lector que hasta el final percibirá los matices que se desprenden del material tan extenso y sobre todo variado que ofreció este proceso terapéutico. Las vicisitudes que se desprenden de tal abundancia crearan cuestionamientos y elaboraciones que tendrán que irse cuestionando y elaborando de nuevo conforme avancemos.

El interés que despierta el narcisismo es mayor que antes. Esto por un lado debido a que la teorización es más contemporánea a nosotros. Y segundo, debido a que este tipo de pacientes indudablemente cada vez más llegan a la consulta.



Nosotros presentamos una exposición bastante clásica, donde se elaboren conceptos imprescindibles a nuestro estudio como lo son obviamente el de diagnóstico y el de narcisismo. Posteriormente entraremos al análisis de nuestro proceder técnico y metodológico, justificando nuestra investigación dentro del marco de un proceso psicoanalítico. Es decir, explicando el método de intervención y las congruencias del mismo para tratar la problemática de las personas y en particular de esta.

La abundancia de elementos en la personalidad de la analizante consigue crear preguntas en las dos direcciones antes señaladas. El diagnóstico; por un lado su definición como un imperativo que enmarcara el proceso, y por otro la operatividad de este en relación con la actitud e intervención clínica. La separación en apartados que llevarán a una explicación más esquemática se desarrolla hacia el final de la investigación.

No por haber mencionado ya en varias ocasiones el concepto de narcisismo, el lector podría apresurarse a repensar y cuestionar el título de este estudio, apelando a una supuesta obviedad de la relación de estos dos. Por el contrario, la parte concluyente de esta investigación dejara en claro y volverá a fortalecer el título y los objetivos del presente trabajo.

## ANTECEDENTES

El tema de la dirección de la cura en un tratamiento psicoanalítico es ampliamente mencionado, y pareciera haber una noción compartida de esta como; el proceder técnico-teórico que intencionalmente y convencidamente (en unas veces más en otras menos), hace el analista para llevar a un “fin” de análisis a todo paciente.

Desde Freud (1913), en *“sobre la iniciación del tratamiento”*, nos da los vestigios de lo que después para las distintas escuelas son las recomendaciones técnicas más apropiadas para direccionar un tratamiento de corte psicoanalítico. Freud nos dice, hay que delimitar el campo de acción, con quién si se puede empezar un tratamiento (pacientes no muy viejos, neuróticos no psicóticos) y con quienes no. Nos da las reglas básicas para la actitud clínica y ética en la sesión, como la abstinencia y neutralidad. El uso del diván y la introducción de la regla fundamental, la asociación libre y su contraparte la atención flotante.

A estas primeras aportaciones en la dirección de un tratamiento psicoanalítico las acompaña de una corta explicación teórica a la que nosotros sin muchas dudas podemos entender del porqué de todas estas guías. Por último nos dice que el paciente “debe recuperar la capacidad de amar, gozar y trabajar”.

En resumen Freud nos habló técnicamente del inicio y del final del tratamiento, (análisis terminable e interminable); y que en el centro, entre el inicio y el final del análisis podemos encontrar transferencia, defensas, resistencias, sueños, etc. Es decir lo que se conoce como el proceso.

Actualmente las cosas se complican, ya no hay solo transferencia, hay contratransferencia, ya no solo hay transferencia neurótica o neurosis de transferencia, si no también transferencia psicótica, transferencia perversa, personalidades casi neuróticas o pseudo-neuróticas, las personalidades como si (Deutsch, 1942), pseudomadurez (Meltzer, 1975), o el falso self (Winnicott,

1960). El tratamiento se abrió a campos como son los niños, adolescentes, psicóticos, ancianos, perversos, trastornos límite. A todas estas pesquisas que siguieron al entendimiento del paciente psicoanalítico, tuvo que haber variaciones teóricas para saber cómo llegar, o como guiar a un fin de tratamiento a estos nuevos pacientes del método.

Es decir, por un lado se amplía la cantidad y la cualidad (psíquica) de los pacientes con diagnósticos diferentes a los atendidos por Freud. Y además de eso tendremos que agregar que para cada uno de estos problemas nuevos, tendremos que mencionar lo siguiente.

Las variaciones de escuelas a la hora de entender la dirección de la cura en un paciente neurótico “estándar” por decirlo así, podrían resumirse en las siguientes: “capacidad de amar, gozar y trabajar”, “capacidad de reparar” y “que el sujeto asuma y se haga cargo de su deseo”. Estas directrices o guía de la cura del neurótico, son los ideales perseguidos por diferentes escuelas o autores y que permearan el trabajo diario, es decir su quehacer como analistas al momento de ejercer un tratamiento psicoanalítico. Por más que se compartan premisas básicas y casi universales en la teoría psicoanalítica como lo son la existencia de un inconsciente, la vida y el desarrollo psicosexual, la dirección en la cura es diferente. La línea teórica básica es mucho más gruesa que la línea técnica, la primera línea la conforman la mayoría de los psicoanalistas; la línea técnica, es mucho más delgada y discontinua.

Dependiendo tu formación, escucha, personalidad, lectura orientada o no hacia cualquier escuela o autor, marcaran lo que es tema central de nuestro estudio: las implicaciones de la dirección de la cura en un paciente psicoanalítico.

Pensando esto, que tan importante es el quehacer técnico- teórico a la hora de tener a un paciente enfrente que sufre y que junto con algún ideal de final de análisis, tratas de ayudarlo para que pueda llevar esta vida con menos

sufrimiento. ¿Llegara a un puerto lejano de la miseria la misma persona en tratamientos psicoanalíticos diferentes?

Las conclusiones teóricas y técnicas que se tienen hasta hoy de la pertinencia y operatividad del diagnóstico en psicoanálisis no han arrojado basamento sólido al entendimiento direccional de un caso clínico. Las dificultades de lo anterior se multiplican cuando en algún proceso terapéutico el paciente es un caso de los que mencionábamos como son los nuevos campos de aplicación del psicoanálisis (niños, adolescentes, psicóticos, ancianos, perversos y trastornos límite).

Para lo anterior tendremos que hacer referencia a los antecedentes metodológicos aportados por Kernberg (1992) y por Green (1983) al tratamiento de pacientes narcisistas o trastornos límite. En estos autores hallaremos las huellas teóricas y principalmente las huellas técnicas en la dirección de un proceso terapéutico de este tipo de pacientes. La dilucidación de la transferencia diferente de la del neurótico, aspectos preventivos en la manifestación de esta transferencia, así como el más adecuado manejo de esta. Una sería de características descriptivas con las cuales auxiliarnos en el inicio de un tratamiento para la identificación e instalación de un diagnóstico.

Este diagnóstico es en esencia indispensable al proceso, como un elemento pilar que marcara las acciones de pensamiento, decisión y acción del analista durante el tratamiento. Autores como Etchegoyen (1987) y Bleger (1999) consideran al diagnóstico como parte ineludible del tratamiento psicoanalítico, así como su relevancia durante el proceso terapéutico, y repertorio mental del analista.

## OBJETIVO GENERAL

“Analizar la operatividad del diagnóstico en el tratamiento de una paciente de difícil ubicación diagnóstica”.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

“El análisis estructural de una paciente con cualidades psíquicas mixtas”.

“Identificar las dificultades y consecuencias terapéuticas en un caso clínico por un diagnóstico difuso”.

“Analizar las diferentes modalidades de transferencia y contratransferencia en un caso de diagnóstico indefinido”.

“Problematizar sobre la importancia del diagnóstico, y sus implicaciones en la dirección de la cura”.

## SUPUESTOS

“El diagnóstico es un aspecto más involucrado al proceso analítico de un paciente de lo que se toma en cuenta, este, debe direccionar la cura y dirigir el proceso como eje silencioso y soporte de la intervención clínica del analista”.

“La madre en su voracidad, y acaparamiento de sus hijos para ella, crea rasgos psicóticos importantes, dando lugar a características psíquicas/estructurales mixtas”.

“El proceder técnico en casos de difícil ubicación diagnóstica requieren de modelos de intervención acordes a las exigencias de tales estructuras psíquicas”.

“La época social actual crea modalidades neuróticas, sintomatologías diversas, procesos dinámicos inconscientes diferentes a los de épocas anteriores.”

## LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

La paciente es una joven de 26 años de edad, es estudiante de la misma escuela de psicología donde yo hacía mis estudios de posgrado. Esta característica es común en los estudiantes de la maestría en psicoanálisis, ya que la mayoría de las veces de los dos pacientes que como mínimo debes abordar en tu formación durante la maestría uno es alumno de la licenciatura. En ocasiones estos pacientes son de área básica, en otras son de algún área de acentuación. Preferentemente cuando son de algún área, los alumnos que se reciben en la consulta son del área clínica; ahí estudian psicoterapia desde un enfoque psicoanalítico. Esta es la situación actual, la paciente está en formación en el área clínica, por lo que sabe de psicoanálisis en un sentido convencional, es decir sabe de las especificaciones de un tratamiento de este orden, de variables conocidas por la mayoría de los que también en formación conocíamos.

La institución donde se lleva a cabo esta formación como terapeuta, es la clínica de la facultad, es decir una organización de atención psicológica abierta a la comunidad donde alumnos de licenciatura y maestría brindan su servicio.

Durante el quehacer de la práctica clínica surgen recurrentes quejas de los alumnos de las maestrías (principalmente la de psicoanálisis). Pero estas limitaciones son y devienen de otro orden muy ajeno a la práctica psicoanalítica, y si bien se permea, entorpece, dificulta y a veces estorba en la formación de la psicología en general; no son de verdadera atención. Cuando hablo de estas quejas, son las administrativas, burocráticas, organizacionales, directivas, coordinativas, distribucionales, en fin de otro orden como decía.

En cambio hay otro tipo de limitaciones a la hora de abordar un paciente con las características ya mencionadas anteriormente, ella alumna igualmente que yo de la misma escuela, ambos en formación y con la misma tendencia teórica. Lo que

pasa en estas situaciones es como una ocasión escuché de un maestro (o maestra no recuerdo), “la facultad de psicología es como una vecindad”, no cualquier facultad de psicología (¿o sí?), si no la nuestra. Con este comentario se refiere a que “todos se conocen”, no en un sentido literal, pero si abarcativo, es decir casi cualquier persona te podía llegar a dar referencia de cualquier otra, si no de manera directa, tal vez si por referencia de sus personas más allegadas. Una de estas limitaciones, apareció como factor en el tratamiento, la supervisora de mi paciente era compañera mía de la maestría.

De las limitaciones antes mencionadas en contraste con las de la paciente, quisiera decir que éstas últimas no son tan “limitantes” en el sentido de repercusiones negativas como las primeras. Es decir, las limitantes se vuelven por momentos sí, instantes de pérdidas y de impedimentos en el discurrir del tratamiento, pero al igual que todos los procesos de crisis entendidos por el psicoanálisis conlleva una ganancia. Estas limitantes son; el carácter puntual y casi de inmaculada asistencia. Su personalidad de enojo constante que en la ampliación del caso se hablara de ello.

El modelo tomado para llevar acabo el tratamiento de esta persona, es el psicoanalítico. Se toma un modelo de “psicología profunda”. Es decir la premisa de un inconsciente escindido. Donde las intervenciones de parte del analista, en este caso yo, lleven a la paciente a hacer consciente sus procesos anímicos desconocidos y los cuales son el motor de la repetición de sus conflictos intrapsíquico. Los alcances esperados son lo anteriormente mencionado. Aunque los alcances esperados de las intervenciones son muchas veces o sobrevalorados o desvalorados por parte del analista, pocas veces se puede hacer una correlación exacta del alcance (esperado) y el éxito (eficacia) de las intervenciones psicoanalíticas. A demás que ese es uno de los ejes centrales de este trabajo, “el alcance de las intervenciones psicoanalíticas”, devenidas del diagnóstico previo (si es que se tiene).

## JUSTIFICACIÓN

Muy estrictamente con el caso que aquí trabajaré y con los problemas que me ha provocado al entender y llevar la dirección de la cura de esta paciente, es que me ha llevado a reflexionar en un campo de acción como lo es el diagnóstico psicoanalítico.

Me justifica la ética que implica lo anterior, y con la bastante responsabilidad que tiene el analista de replantearse sus propios conceptos teóricos y técnicos, o sus propio marco de referencia en la dirección de la cura cuando ve que el paciente no avanza en un proceso ideal y a la vez real de curación. Y se llega a calificar de resistencia, de proyección del pecho malo o de palabra vacía; en lugar de hacer una reflexión seria y sobre todo ética de su quehacer como clínico. Y es ahí donde con un visión diferente de la situación y proceso analítico pretendo plantear un vertiente donde se pueda conjugar, si los marcos de referencia teóricos en la dirección de la cura, pero también con la reflexión siempre responsable y ética de parte del analista a la hora de llevar un caso. Que en este caso, no es un caso simplemente sino una vida.

El replantearse temas en psicoanálisis siempre es digno de reconocer. Puesto que el psicoanálisis es una teoría movediza, el repensar los conceptos o las aportaciones de los autores clásicos y no tan clásicos, dan siempre como resultado un posible campo abierto a la discusión y reflexión de nuestra teoría. Las nociones de diagnóstico y su lugar en la red conceptual del psicoanálisis, es algo menos que definido en nuestro que hacer clínico. La importancia de su estudio en este escrito así como su involucración en el proceso de curación, es en mi punto de vista un elemento a no obviar y simplificar para cualquiera que se tome en serio en su quehacer de analista. Además de volver a trabajar algo que pareciera que cada quien lo estudia y lo direcciona como quiere (o puede); el narcisismo. Preguntas epistemológicas serán mi justificación a tan diluido tema en psicoanálisis: ¿Tenemos la obligación de reflexionar en alguna opción integradora



en la constitución psíquica de un sujeto entre el yo y el sí mismo, puesto que el sí mismo del narcisismo deviene como factor en la constitución del yo ideal?, ¿Cómo es esto pensado y direccionado en la cura de pacientes con dificultades dinámicas (yo y sus mecanismos de defensa), o del sí mismo por parte de sus analistas? Creo que en psicoanálisis, por cada respuesta surgen dos preguntas, de igual manera en mi trabajo creo que se crearan más preguntas de las que resuelva. Pero la aportación y la justificación es precisamente esa.

# Capítulo 2

## FUNDAMENTACIÓN TEORICA

Las determinaciones que se llevan a cabo en un tratamiento psicoanalítico obedecen a innumerables factores; unos propios al método como lo son sus elementos invariables (abstinencia, neutralidad) y otros a elementos variables (encuadre), igualmente como los que se desprenden de estos, es decir el proceso (transferencia).

De contiguo hay otro elemento que opera a veces en paralelo o en paréntesis al tratamiento psicoanalítico y que es factor sin duda de las determinaciones echas en el mismo; este es el diagnóstico. El diagnóstico ha sido pieza de discusiones en cuanto a su ubicación dentro de la red conceptual del psicoanálisis, su utilidad, su requerimiento, su importancia, su prioridad, o hasta su innecesaridad. ¿Cuál es su más oportuna localización del diagnóstico respecto del método terapéutico llamado psicoanálisis? Tarea difícil de contestar por el momento.

“Tomando en cuenta la palabra griega *diagnosticos* significa capaz de discernir, es decir distinguir con acierto” (Díaz, 2000). ¿Podremos los psicoanalistas ser capaces de tal precisión?

El psicoanalista promedio tiene de antemano el repertorio teórico de lo que llanamente se podría decir un diagnóstico en psicoanálisis. Conocer las patologías básicas es común, así como familiarizarse con el uso tan simplista y hasta vulgar que se hace del vocabulario psicoanalítico en instituciones de formación. Por lo anterior podría decir que todo psicoanalista tiene un diagnóstico pensado para todo paciente, pero, la manera de ubicarlo en su quehacer clínico es lo que diferencia a uno de otro. Es decir, a pesar de que todos tengan un diagnóstico de fondo éste opera diferenciadamente desde, ser la línea principal que direcciona el caso, hasta ser inocuo y estorbo para el mismo.

Hay diferentes formaciones de un diagnóstico en psicoanálisis. La operacionalidad mencionada del diagnóstico anteriormente es fuente de una gran

discrepancia en los tratamientos llevados a cabo de un psicoanalista a otro; la forma de concebirlo y llegar a este complica más las cosas. Veamos las diferencias expuestas por Díaz (2000):

- El diagnóstico fenomenológico es uno que se hace a partir de los hechos ahí observados, de los síntomas, de las características más inmediatas de un paciente. También puede ser de los procesos mentales más incipientes del caso.
- El diagnóstico dinámico tiene como organizador a los procesos en oposición en el paciente, es decir de su conflicto intrapsíquico. La lucha entre defensas y manifestaciones pulsionales (síntomas).
- El diagnóstico estructural. Aquí se hace un diagnóstico de las estructuras intrapsíquicas, yo-súper yo-ello. También se toma en cuenta el diagnóstico dinámico y fenomenológico para la elaboración de este.
- El diagnóstico de introspección y centrado en los síntomas. A este tipo de diagnóstico se le podría llamar ecléctico, puesto que no privilegia nada de lo antes mencionado, sino que estará fundamentado en la aparición de cierto tipo de discurso en diferentes momentos del proceso analítico. Un mismo material puede ser diagnosticado diferente en dos momentos distintos del tratamiento. Si el discurso del paciente cambia, los objetivos del tratamiento también.

Revisando lo anterior ya no podremos hablar lisa y llanamente de diagnóstico como si hubiera solamente una manera de llegar a este. Freud (1904) enunció lo que podría decirse las primeras acepciones diagnósticas. Cuando en "*sobre psicoterapia*" nos habla de las indicaciones definitivas para la iniciación de un tratamiento nos dice que primero se debe corroborar que el paciente tenga cierto grado de cultura y disponibilidad, es decir que tenga voluntad de asistir a él por deseo propio y no por requisito o imposición, además de no ser tan inoperante intelectualmente hablando se podría decir. Segundo; que no sean afecciones graves, o sea psicosis. Tercero; no aceptar pacientes de una edad muy

avanzada, ya que esto prolongaría el tratamiento indefinidamente, pues la plasticidad del paciente a re significar su vida es inversamente proporcional a la cantidad de recuerdos que ha acumulado. Esto último volvería el tratamiento en una tarea en extremo difícil. Y cuarto; que no aceptemos en tratamiento a problemáticas que demanden un cambio urgente como las anorexias por ejemplo.

Esto ya era en sí un diagnóstico de parte del creador del psicoanálisis. Ya era un discernimiento de lo que se puede tratar y no con el psicoanálisis. Aunque Freud es muy claro al decir que en ese momento específico de la evolución del psicoanálisis como método terapéutico las indicaciones por él marcadas eran intratables. Pero intratables por su método en ese tiempo y en ese entonces. Freud no da las pautas de una manera más esclarecedora del por qué el psicoanálisis es inaccesible para cierto tipo de pacientes.

El diagnóstico que se podría llamar discriminatorio por parte de Freud, se ha presentado a lo largo de la historia en cualquier otro tipo de intervención médica. Cuando en cierto tiempo de la historia la viruela era intratable no se especificaba por qué, solo se sabía que no se podía tratar. Muy acorde a las ciencias positivistas, la medicina ha tratado siempre con prueba y error. La administración de tratamientos y las pruebas de tentativas soluciones acompaña la evolución del desconocimiento de la enfermedad, hasta su explicación y posterior curación. En psicoanálisis ese recorrido es muy peligroso de seguir. A pesar de ello, gente muy lucida ha hecho avances en la teoría y técnica desde el psicoanalista para pacientes que en su tiempo Freud diagnosticaba como intratables. Muy lógico y congruente Freud con el tiempo que vivía el psicoanálisis como ciencia, no incitó en improvisar métodos o teorías a lo que era aún desconocido para él y para el psicoanálisis. Aun las propias neurosis en ese tiempo estaban en consolidación teórica y la transferencia era un hilo poco recordado a la tela psicoanalítica. El diagnóstico se va constituyendo como fundamental para el posterior intervenir o no por parte de un psicoanalista a tal o cual paciente.

En *“Iniciación al tratamiento”* (1913), Freud especifica un periodo en el cual deben hacerse todas las observaciones pertinentes, antes del devenir de este periodo en un tratamiento formal. La analogía de la partida de ajedrez a un tratamiento psicoanalítico es genial; cada movimiento repercutirá siempre en el juego, en su totalidad. Cada movimiento en retrospectiva es un paso hacia el triunfo o la derrota. El diagnóstico en este período, tiene que forzosamente ser considerado como un elemento de trascendencia ulterior. Así para Freud el período de prueba consiste en saber si iniciar o no un tratamiento con la persona que tiene en frente, y saber si puede llevarlo o no a buen término. O sea a una cura, o una estabilidad psíquica. “La iniciación de un tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica” (Freud, 1913). Para Freud el diagnóstico es condición, y no provisión al tratamiento. Requisito indispensable en el quehacer del analista como profesional para decidir correctamente.

Ya contemplamos lo que es la iniciación de un tratamiento y puntuando más claramente la importancia del diagnóstico en este. Ahora veamos como es este proceso para Lacan. Principalmente para Lacan hay dos procesos que posibilitan la iniciación de un tratamiento. Estos se ven reseñados en la mayoría de sus seguidores como; el sujeto supuesto saber (SSS) y la rectificación subjetiva (Nasio, 1996). El diagnóstico pasa a ser también un tercer proceso, pero un proceso visto y entendido de diferente manera. El diagnóstico para la teoría Lacaniana es algo que se tiene que verificarse todo el tiempo. El diagnóstico es visto de entrada solo como secundario puesto que el discurso del paciente será el que marcará la dirección de la cura. La analogía con la interpretación salvaje descrita por Freud es puesta en escena para analogar un posible “Diagnóstico Salvaje”. La interpretación salvaje, tiene que ver con una repentina y apresurada racionalización de hechos causales. Es de común que en los pasillos de institutos de formación se haga señalamientos “interesantes” o interpretaciones incómodas respecto de una plática ordinaria, pensando que se tienen las bases para hacer dicha interpretación. Una de las preguntas es: ¿Cómo se puede hacer un

diagnóstico sin tener el tiempo suficiente para dicha pesquisa de parte del analista?

Contribuyendo a lo anterior el diagnóstico es percibido como un acto médico, el cual tiene bases en la observación y después en la clasificación. El diagnóstico médico es posteriormente confirmado por las pruebas y observaciones directas. En psicoanálisis el material de observación es el discurso del paciente, así el diagnóstico será echo a partir de la escucha del analista. Todo esto es subjetivo, el diagnóstico es echo a partir de supuestos teóricos de lo que se consideran causalidades psíquicas, las cuales no pueden comprobarse si no en el discurso sintomático del paciente sesión tras sesión. En unos primeros momentos las intelecciones se hacen del discurso del paciente y donde hay decir hay mentiras, una de las objeciones es que el diagnóstico se basa en el decir del paciente, en lo que él pueda decir más que en lo dicho.

Para Dor (2000), los supuestos diagnósticos son hechos de conocimientos nosográficos y sobres apresuradas racionalizaciones casualistas. Entonces, la evaluación diagnóstica se vería emparentada con una interpretación salvaje y que sigue modelos de pensamiento médico de observación y clasificación, dejando de lado el elemento fundamental en la clínica psicoanalítica como lo es el lenguaje.

“Pero entonces que la evaluación diagnostica está sometida prioritariamente al orden del decir, especialmente porque al parecer no se relaciona con el registro de lo dicho ni con sus contenidos. En este sentido, la movilización imperativa del dispositivo analítico confiere a la escucha el carácter primordial de un instrumento diagnóstico que deba prevalecer por sobre el saber nosográfico y las racionalizaciones causalistas” (Dor, 1987)

Hasta aquí hemos visto en general la apreciación del diagnóstico y su lugar en la conceptualización psicoanalítica de Freud y Dor (aunque estas ideas aparecen más o menos implícitas en la teoría y técnica Lacaniana en general). Reflexionemos en el tipo de diagnóstico hecho por la clínica freudiana y

Lacanian, así como en la nuestra para ir concluyendo donde estamos y hacia dónde vamos.

Debemos comunicar lo siguiente:

“Las estructuras desde un punto de vista psicoanalítico, son configuraciones o modos de organización relativamente estables o duraderas de los procesos mentales, como por ejemplo la organización del psiquismo en un aparato psíquico (ello-yo-súper yo). La estructura no es entonces una suma de síntomas si no un ordenamiento interno, un orden orientado hacia una finalidad, que es la de estabilizar el psiquismo actuando como mediadora entre los distintos factores etiológicos” (Kernberg, 1992)

Así como entender a los síntomas y rasgos estructurales como elementos componentes del diagnóstico estructural, pero que por sí mismos son insuficientes para lograr este. Síntomas y rasgos estructurales son acordes al diagnóstico fenomenológico y dinámico respectivamente.

El diagnóstico estructural por su precepto de abarcar configuraciones internas reguladoras del psiquismo, debe ser entendido como aquel al que se debe aspirar por el tratamiento psicoanalítico para poder llevar a cabo una dirección de la cura acorde y congruente con la misma teoría.

Podemos concluir con lo hasta aquí expuesto que el tipo de diagnóstico echo por Freud en su período de prueba es fenomenológico, y tal vez dinámico. El período de prueba respecto de lo que exige el concepto de estructura parece insuficiente para poder a elaborar un diagnóstico estructural. La constancia en la configuración mental que se espera a comprobar requerirá de mucho más tiempo y paciencia, que un periodo de prueba estimado en una o dos semanas de entrevistas.

En cambio Dor, y en la esencia de la escuela Lacaniana, podemos llegar a decir que es un diagnóstico ecléctico, de introspección y centrado en los síntomas. El tiempo destinado a comprobar el diagnóstico parecería suficiente para un análisis estructural del mismo. Sin embargo la palabra diagnóstico y sus implicaciones médicas nosográficas, son percibidas como inoperantes al tratamiento. Un



diagnóstico solo se puede comprobar de sesión a sesión y de un momento a otro dentro de una misma sesión. Por lo que se vuelve infructuoso entonces mencionar o hablar de diagnóstico en psicoanálisis.

Con esto queda claro que el diagnóstico estructural es un poco más complicado que el que se podría hacer en un período de prueba. Y que no por ello se debe obviar o dejar pasar alegando a una primacía del lenguaje y de los síntomas como representantes en la economía del deseo. ¿Entonces cómo hacer un diagnóstico estructural? Cuando en supervisiones se pregunta por la estructura del paciente, se asienta en decir neurosis, (obsesiva, histérica o fóbica) o tal vez psicosis, una que otra posible perversión.

Veamos. En Freud, las patologías (que por su definición podrían decirse también que son estructuras) tienen como organizador etiológico el desarrollo psicosexual y el Edipo. Dependiendo de las vicisitudes (fijaciones, estasis libidinal de este desarrollo psicosexual) con la trama edípica (complejo de castración, etapa fálica) es que el sujeto va a conformar su estructura psíquica. Forma más o menos constantes de economizar su conflicto. Respecto a Freud (1895) puede haber Neurosis Actuales (hipocondría y neurastenia, neurosis de angustia), las psiconeurosis de transferencia (1894, Neurosis obsesiva, histeria, fobia y psicosis), neurosis narcisistas (parafrenia, 1911). En Lacan la estructura está dada por la organización subjetiva del sujeto respecto del falo, del ordenamiento que se le dé a este en el Edipo, en relación con la ley que es el nombre del padre. Categóricamente hay siempre fórmulas de tres simples en las que Lacan parece dejar explicado todo respecto de las estructuras. Las cuales son para él solo tres: neurosis, psicosis y perversión. Por ejemplo neurosis es a perversión, lo que psicosis a forclusión y perversión a renegación. Simple, como si el mecanismo defensivo imperante explicara lo complejo de la estructura en sí misma.

Lejos de seguir con las disquisiciones de las estructuras en Freud y Lacan, y por qué tal o cual ordenamiento de los diferentes fenómenos observados por ellos en su clínica respecto del psiquismo; a nosotros nos interesa esclarecer con lo anterior lo difícil que se vuelve en la clínica hablar de un diagnóstico estructural cuando hay diferentes clasificaciones. Además de comunicar lo fundamental que se vuelve este factor cuando supervisas o revisas el caso aun en formación, y que las perspectivas teóricas y técnicas se multiplican cuanto menos se dividen.

Respecto del entendimiento de la neurosis se puede concluir que tanto la escuela freudiana, Lacaniana y Kleniana, tienen en el fondo una misma resonancia conceptual, sin ser estos pensamientos paralelos u homogéneos como algunos lo intentaron parecer. Por eso se espera que un tratamiento psicoanalítico de cualquiera de las anteriores escuelas a una neurosis, si bien por diferentes caminos (o jugadas de ajedrez) se llegue al entendimiento y posible resolución del sujeto que sufre sin tantas vicisitudes. ¿Pero qué hay cuando el diagnóstico no es tan simple como una neurosis en la que hasta el analista más novato no podría fallar, sino que es una neurosis narcisista, o una psicosis en las que teoría y tratamientos son tan diversos? Lo interesante de este estudio es que; ¿podría un analista trabajar con un diagnóstico en el tratamiento de un sujeto, mientras que otro analista podría hacer lo mismo con otro diagnóstico y el mismo sujeto; o el mismo sujeto y sin diagnóstico?, ¿Cuáles serían las implicaciones en el proceso de lo anterior mencionado?

El diagnóstico se hace para diferentes tipos de terapias, y de las ramificaciones posibles cada una tendrá su objetivo respecto de la elaboración o no de uno. Es decir, que se ubica diferentemente en cual o tal método la importancia, el beneficio, o la utilidad operativa que tendrá el diagnóstico en el proceder terapéutico, así como los objetivos que persiga este. Bleger (1999) considera que al iniciar un tratamiento la elaboración del diagnóstico es de poca importancia, pero si un analista por motivos personales no quisiera toparse con una psicopatía, o una psicosis por tal o cual motivo, he ahí su oportuna dilucidación.

Con lo anterior vemos que la distinción de elementos estructurales que nos ayuden en la concepción de un diagnóstico en un muy temprano momento del encuentro con un paciente, tendrán una orientación operativa, o sea una función práctica. Los casos difíciles, o neurosis narcisistas de más complicado manejo son cada vez más frecuentes en la clínica psicoanalítica. Entremezcladas características, donde ora rasgos psicóticos o narcisistas imperan, ora una personalidad neurótica se presenta en otra sesión.

Bleger nos invita a pensar el diagnóstico no como el tipo médico excluyente, ya que éste ve a la enfermedad como una cosa, dando un encasillamiento al sujeto que porta cierto diagnóstico. Por el contrario;

“una enfermedad no es una cosa. Es una estructura mucho más complicada, y tenemos que tratar de ver funcionalmente esa complicación tomando los distintos parámetros con los cuales se desarrolla, considerando la personalidad total, los rasgos de carácter, las situaciones egosintónicas, las egosintónicas, las manifestaciones de primer plano, las manifestaciones de segundo plano y los elementos de carácter dinámico...” (Bleger, 1999)

Los rasgos neuróticos y psicóticos de la personalidad, son vistos cada vez más como elementos a considerar en conjunto para el estudio de un caso. Las características narcisistas, así como las interfaces de la enfermedad patológica que tenemos enfrente, nos denuncian un análisis más profundo de la estructura. La época en que la distinción de estructuras parecía tan simple está obsoleta. Solo para el análisis de la parte neurótica se toma en cuenta;

“síntomas actuales, los tipos de conflictos y la presencia o no de ansiedad, se considera si existe una transferencia neurótica...si la contratransferencia es de carácter neurótico... el predominio de la sintomatología neurótica... se estudia si las defensas son fóbicas, histéricas, obsesivas o paranoides, es decir si son defensas que corresponden a la organización esquizoparanoide, porque cualquiera de estas defensas tiene que haberse establecido en la posición esquizoparanoide...el grado de insight... el grado o posibilidad de independencia... el grado o la posibilidad de comunicación simbólica... la identidad, o el grado de identidad y des personificación... la amplitud del yo... presencia de celos y rivalidad... grado de sublimación” (Bleger, 1999)

Todo esto solo de la parte neurótica, además de considerar la parte psicótica de la personalidad, como estereotipia clínica aparente, núcleos psicóticos, mecanismos de segregación y división, el grado de identificación proyectiva, transferencia psicótica, principio de realidad, el narcicismo y su funcionamiento emergente del sí mismo.

Se concluye que el diagnóstico es requisito al tratamiento, en lo que se difiere es en la forma que este interviene en la dirección del mismo. El grado de operatividad, obviedad, simplismo, inutilidad o de funcionalismo dependerá del analista, de la concepción teórica que tenga de este y de su ubicación técnica en el método psicoanalítico.

Sin embargo para fines de nuestra investigación, nosotros nos posicionaremos privilegiando el hecho principal y primordial, que es como ya decíamos el requisito al tratamiento que se llama diagnóstico. Su no utilización será entendida para nosotros como un descuido y una total flagrancia de negligencia si no al marco teórico, si claramente a la parte técnica. Y que además no es una cuestión de gusto personal sino una incompetencia técnica, y sobre todo ética, porque se privilegia por encima de la objetividad del tratamiento de la persona que quiere ser atendida por nosotros, una supuesta pureza y asepsia clínica al quedar libre de supuestos fantasmas médicos.

El análisis o diagnóstico estructural será para nosotros el objetivo último. Y aunque compartimos la noción que llegar a este requiere de tiempo y observación. Destacamos el hecho de llegar a una aproximación en las primeras entrevistas. Y que como menciona Bleger (1999) que aun con unas pocas entrevistas o más aun, una sola pero estudiada a profundidad, se vuelve en instrumento valioso para llegar a aproximaciones diagnosticas consistentes.

\*\*\*

El recorrido previo en el desarrollo del diagnóstico psicoanalítico, así como en específico el diagnóstico de casos difíciles, nos lleva a tener que definir el narcisismo. Freud (1917) en la conferencia 26 nos habla de la diferencia entre egoísmo y narcisismo, y pone al primero como la manifestación del segundo y a este como la base metapsicológica del primero. Esta separación de índole descriptivo se ve precisada tiempo atrás en introducción al narcisismo, al definirlo como, “el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (Freud, 1914).

Tomar de base un hecho caracterológico como lo es el egoísmo, para explicar un proceso metapsicológico como es el narcisismo, no parecería suficiente. Continúa Freud, “La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo” (Freud, 1914).

En estas dos definiciones queda inscrita la idea general del narcisismo para él, específicamente en dos partes, la pulsión de autoconservación e introversión de la libido (sustracción del mundo exterior).

Para Freud esta sustracción de energía libidinoso puesta en los objetos, o sea del mundo exterior, vuelta hacia uno mismo es llamado narcisismo secundario. ¿Qué sería entonces lo que se conoce como narcisismo primario?

El concepto de narcisismo primario es hasta hoy concepto difícil de ubicar en el desarrollo psicosexual. No estrictamente como etapa ubicable posterior o anterior a otras, sino simplemente como desarrollo de la libido. La misma idea del narcisismo primario no es bien aceptada por todos los psicoanalistas. Freud ubica a este como una etapa posterior al autoerotismo y anterior a la elección de objeto. Es una etapa en donde el niño va a tomarse a sí como objeto de amor propio dirigiendo hacia sí toda la libido. Preguntas y respuestas claras se plantea en introducción al narcisismo respecto de esta ubicación “exacta” del narcisismo primario.

¿Cómo se diferencia de la etapa auto erótica este narcisismo primario? Explica que la distinción radica en que en la etapa auto erótica la satisfacción placentera de las pulsiones son primordiales, algo debe agregarse para que radique la diferencia entre esta y el narcisismo primario; esto es un yo en el cual pueda recaer o ubicar la libido. En la posición auto erótica no hay un yo que pueda procesar esta ubicación de libido en sí mismo.

Categorícamente el narcisismo secundario es desde ya las definiciones expresadas por Freud, es decir la introversión de la libido puesta en los objetos y reubicada en el yo. El narcisismo primario es aquel momento rastreado en el desarrollo psicosexual. Su aparición, o mejor dicho reaparición como patológico en el adulto, es lo que debe denominarse rigurosamente narcisismo secundario.

¿Qué hace que esta energía satisfactoria y narcisista sea movida a seleccionar un objeto, y contrariamente que hace que esta energía puesta en los objetos sea volcada hacia el yo nuevamente?

La respuesta a esta pregunta la vemos en situaciones comunes, unas patológicas más que otras. El enfermo al sentirse mal, efectúa un desasimiento respecto de las personas que la rodean. Cuando uno está enfermo la energía se vuelca en pensar en el sufrimiento que se está padeciendo y en su más pronta desaparición. De igual manera el hipocondriaco al acudir con varios médicos y ver que su problema no es diagnosticado y menos aún tratado, su energía se acrecienta en su problema, gastando esfuerzos físicos y psicológicos en curar lo que él siente. Un camino más para estudiar esta introversión de la libido, es con la investigación de las parafrenias. Los síntomas revelados en ellas son signo claro de la restitución de la libido en el yo. El delirio de grandeza y el delirio de persecución, son ejemplo de como la introversión de la libido es puesta en el yo de forma patológica, es decir el corrimiento de la libido exterior a interior provoca una estasis libidinal, anclando esta energía en objetos imaginarios internos provocando estos tipos de delirios. La posible vuelta de la libido hacia los objetos externos, (como si se logra en caso de una enfermedad física), se vuelve

pronosticablemente negativa; y esto es lo que hace considerar Freud a este tipo de afecciones como inaccesibles al tratamiento.

Con estos casos podemos concluir lo siguiente; la identificación intrapsíquica de un sentimiento de falla en sí mismo, provoca que toda la energía conmensurable del sujeto sea puesta a disposición del yo, es decir de su restitución y reorganización inmediata. La falla sistémica desencadena la posible restitución de la afección inconsciente, de igual manera que en el neurótico es el síntoma, en el narcisista es la introversión de la libido.

Con esto podemos contestar a la segunda parte de la pregunta planteada, ¿pero qué hay de la explicación etiológica en el paso de la libido narcisista a libido de objeto?

“esa necesidad sobreviene cuando la investidura del yo con libido ha sobrepasado cierta medida. Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar” (Freud, 1914).

La convivencia con la realidad, estructura al psiquismo esto podría ser el factor más imperante respecto de la respuesta anterior proporcionada por Freud. Las pulsiones son alienadas al principio de realidad, entonces el narcisismo no exentaría de tal proceso. La sobrestimación de sí mismo, será percibida en el desarrollo del sujeto como problemática, de ahí que sobrevenga la necesidad de amar a otro que no sea uno mismo.

Uno de los factores más importantes en el desasimiento de la libido narcisista en libido de objeto es la formación de un yo ideal, con el cual ahora va a medir su valoración. La satisfacción vivenciada en el narcisismo de ser todo cuanto se quiere es rebuscada ahora mediante este ideal. “Lo que el proyecta frente a sí mismo como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de su infancia en la que él fue su propio ideal” (Freud, 1914). Este ideal es la formación de lo que posteriormente se convertiría en el súper yo, la instancia moral formada por la

internalización principalmente de los padres, después de los educadores, maestros o figuras representativas de la infancia.

Para avanzar en el estudio del narcisismo veamos un tema central; el sí mismo. Este concepto tan malamente llamado por nosotros en inglés self, he marcado en otras ocasiones que los psicoanalistas latinos parecemos verdaderos pochos del vocabulario psicoanalítico, por lo que a partir de aquí cualquier referencia al sí mismo (excepto en citas), hará referencia al self. Esto como mera traducción y no un paralelismo teórico o de pensamiento respecto de algún autor.

El sí mismo es entendido muy generalmente como un acompañante del narcisismo en la evolución del desarrollo psíquico. Se podría decir que es el correlato o el informante en la investigación del narcisismo en cualquier etapa posterior al narcisismo primario. Esto aún y que no haya evidencia de un narcisismo secundario claro. Es decir el sí mismo, es entendido en la literatura psicoanalítica como un componente no tan claramente separado entre narcisismo primario y secundario, si no como un narcisismo inherente en el desarrollo de un sujeto. La omnipotencia, la fuerte convicción de poderlo todo, así como su contra parte, las heridas a esta grandiosidad del yo son componentes del sí mismo.

La inclinación por recobrar ese estado es reflejado en el ideal del yo, principalmente en la elección de objeto. Freud estudió en introducción al narcisismo, al sí mismo desde la perspectiva de la elección de objeto y el enamoramiento. “El sentimiento de sí se nos presenta en primer lugar como expresión del grandor del yo, como tal, prescindiendo de su condición de compuesto. Todo lo que uno posee o ha alcanzado, cada resto del primitivo sentimiento de omnipotencia corroborado por la experiencia, contribuye a incrementar el sentimiento de sí” (Freud, 1914).



La libido de objeto no agranda al sentimiento de sí, el incremento de libido objetal, hace un rebajamiento en el sentimiento de sí. Por eso de que Freud diga que el que está enamorado está humillado. Aunque lúcidamente en este texto, distingue las pesquisas del sentimiento de sí en la elección de objeto, esta elección es de base narcisista. Primero teniendo los residuos del primario sentimiento de sí, después sus ansias de recobrarlo y luego la corroboración de esto en la elección de objeto. Con esto podemos entender por qué la elección de objeto de la mujer es distinguidamente más narcisista que en el hombre. Y es que su necesidad no se cumple amando sino siendo amadas, de ahí que busquen un hombre que cumpla esa función. O sea, los residuos buscados de su narcisismo se corroboran en su elección de objeto al buscar a un hombre que cumpla la función de amarla todo el tiempo, de esta manera recordándole lo grandiosa que es.

Las dificultades teóricas de ese momento en Freud eran varias, conceptualmente aún se tenía una separación de las pulsiones diferente de la que conocemos hoy, habrá que vislumbrar que cambios en esta primera teoría del narcisismo serían plausibles, contemplando la pulsión de vida y la pulsión de muerte. Técnicamente Freud, considera de las neurosis narcisistas que la resistencia es insuperable (¿se trataría de resistencias?); “a lo sumo solo podemos arrojar una mirada curiosa por encima de ese muro para atisbar lo que ocurre del otro lado. Por tanto nuestros pacientes métodos técnicos tienen que ser sustituidos por otros; todavía no sabemos si lograremos tal sustituto” (Freud, 1917).

Aunque es bien sabido que el sí mismo es ampliado en la literatura psicoanalítica, principalmente en el tratamiento de pacientes difíciles o comúnmente denominados como neurosis narcisistas, sobre todo la técnica del tratamiento. Reseñas teóricas han rebajado ese muro que veía Freud en el tratamiento de estas afecciones.

Sobrellevados los años, mucho después de la última teoría de las pulsiones (de vida y de muerte), Green (1983) presentara el narcicismo de manera original y contemplativa. Ya en su título narcicismo de vida y narcicismo de muerte, nos trasluce el hecho de que su escrito algo tiene que ver con la división de las pulsiones. La pregunta es ¿Cuál es el replanteamiento a la teoría del narcicismo a la luz de las pulsiones de vida y muerte, en contraste con la división de sexuales y de autoconservación usada por Freud para entender el narcicismo?

Bueno, para esto Green resalta en repetidas ocasiones que Freud dejó de tratar este tema –probablemente- porque estaba explicado en una base anti sexual, es decir de las pulsiones de autoconservación. Además que el posible planteamiento inicial del narcicismo acorde a las pulsiones de autoconservación se debió a una de las varias veces en que Freud tuvo que avanzar con cautela en el develamiento de su nueva ciencia, por las continuas críticas a él y a su teoría como sexualistas.

Más allá de los entredichos, la disquisición entre pulsiones y su reordenamiento en la red conceptual merecen mayor importancia. La relación entre narcicismo y pulsiones de objeto, estos dos junto con la realidad conformaran una red complicada que habrá de tomarse en cuenta para entender el tema.

Cuando la sexualidad y su satisfacción son puestas como obtenibles en los objetos, puede llegar a ser vista esta satisfacción objetal como competidora de los anhelos narcisistas, aunque contradictoriamente, estos muchas veces solo puedan saciarse con el objeto.

La realidad viene para el narcicismo a ser obstáculo y posibilitador a la vez de la confirmación narcisista. Es decir, el yo es por una parte la instancia que tiene que mediar con las exigencias y reglas impuestas por la realidad, y por otra es la portadora de la satisfacción narcisista que debe ignorar a esta realidad para poder recobrase.

Hasta aquí vemos como la relación imbricada de pulsiones de objeto, realidad y narcisismo llevan una paradójica relación. La realidad viene a ser un elemento que contrasta el anhelo narcisista de recobrar en el objeto lo que complete al sí mismo. La realidad del objeto muchas veces no coincide con lo proyectado del sujeto en el objeto, causando irremediabilmente la frustración narcisista. O sea que lo que parecería ser una relación objetal meramente edípica, es en verdad un complejo intrincado entre narcisismo con las pulsiones de objeto; y estos a su vez con la realidad.

Esto mismo pasa con el súper yo, su instauración como ideal y nuevo estándar para medir la valoración del yo. El súper yo es por una parte, la integración neurótica de la relación edípica en donde padres devienen figuras de autoridad formadores de un orden social establecido y con la principal regla de la abstención al incesto. Pero por otra el ideal del yo es un retoño del narcisismo. En tanto que este es el continuo intento de recobrar la grandiosidad perdida en la infancia.

Las teorizaciones respecto de si las relaciones de objeto son desde el comienzo difieren de; si había un yo previo a eso, si el yo es parte del ello, esto parece infructuoso en tanto que todo es parte del sí mismo, hasta el objeto. En un principio el objeto es parte del sí mismo en una percepción subjetiva. De esta manera Green hace una separación del narcisismo en tiempos comenzando en la unión del infans-pecho hasta las posteriores vicisitudes del narcisismo.

La organización dualista de las pulsiones viene a ser el principal fundamento para la teorización de Green. ¿Pulsión de Muerte es destrucción del objeto o de sí mismo? ¿Es para encontrar un bienestar o huir del malestar? El autor reclama que ambos movimientos siempre coexisten. La destrucción del objeto no va sin la de uno mismo, recordemos el complejo intrincado que mencionábamos. El punto de equilibrio del narcisismo es solo asequible cuando las influencias del objeto o del sí mismo sean anuladas. Cuando el otro y el yo no puedan perturbar el

equilibrio narcisista, es decir el sentimiento de sí mismo. Esto es la pulsión de muerte. “La plenitud del narcicismo se obtiene tanto por la fusión del yo con el objeto, cuanto con la desaparición del objeto y del yo en lo neutro, ne-uter” (Green, 1983).

Con esto se propone oponer un narcicismo de muerte a uno de vida, positivo y unitario. En este último las características son más o menos las mismas vistas por Freud. La continua y constante búsqueda narcisista a través de la elección de objeto y la dialéctica que se da entre estos con un corrimiento de libido entre sujeto y objeto. Por el contrario de este propone la existencia de un narcicismo negativo (o de muerte) como: “doble sombra del Eros unitario del narcicismo positivo, porque toda investidura de objeto, así como del yo, implica su doble invertido, que aspira a un retorno regresivo al punto cero” (Green, 1983). Con esta postulación se intenta explicar fenómenos como la psicosis blanca, que en este sentido tendría que ver más con una falla de orden narcisista que otra cosa. Así como identificaciones tempranas (la madre muerta) que traerían consecuencias narcisistas de la misma índole.

En nuestro estudio la disquisición entre neurosis y narcicismo como afecciones estructurales diferentes serán recurrentes, por lo que hasta aquí expuesto del narcicismo como elemento en el desarrollo de todo su sujeto, así como su anclaje o posibles vicisitudes intrapsíquicas en su evolución, tendremos que separarlo completamente de la neurosis.

La neurosis en general, es una afección psíquica podemos decirlo, más común. Con esto nos referimos a varias cosas. Primero, más común por las resonancias personales. Puesto a que probablemente todos los analistas en actual práctica clínica somos neuróticos, el tratamiento de estos nos desencadenan menos afectos contratransferenciales que pacientes de otro tipo. Segundo, más común en cuestión teórica. El desarrollo de la teoría de las neurosis ha sido poco reestructurado, sino más bien podríamos decir acumulado. El entendimiento

teórico que se tiene de las neurosis es ampliamente compartido, se entiende por esta afección como las manifestaciones egodistónicas de los aspectos tópicos económicos y dinámicos. En los aspectos tópicos se manifiestan la lucha entre las instancias del ello, yo y súper yo; dando con esto las manifestaciones de los aspectos dinámicos: luchas de instancias unas con otras, rigiéndose ora por el principio de placer ora por el de realidad, ora por motivaciones inconscientes ora por conscientes. En los aspectos económicos, se ve la manifestación energética, la libido en su curso, se ve su descarga o su represión, sus manifestaciones en el lenguaje, desde un simple discurso de los afectos, hasta manifestaciones más claras como el relato de los sueños, lapsus, y actos fallidos.

Estos tres aspectos todos están encarrilados en su confluencia por la trama edípica y el desarrollo psicosexual. Si bien cualquier otra estructura que no sea la neurosis también esta irremediablemente subordinada al desarrollo psicosexual y a la trama edípica, aquí explicaremos sobre la neurosis. El desarrollo psicosexual transcurre más “comúnmente”, la libido recorre zonas erógenas y estadios libidinales ulteriores. La libido hallará su mayor conflicto en la etapa fálica cuando se escenifica con más fuerza el complejo de Edipo. Las fijaciones libidinales, así como los procesos represivos se anclaran en esta etapa. Dando como resultado sintomático y estructural; una neurosis. Los principales síntomas son la continua acumulación de libido estancada, viendo en los síntomas histéricos o en una histeria de angustia, su descarga mediante síntomas corporales, o descarga de angustia. O el control de estas angustias edípicas excesivas mediante mecanismos inconscientes de control de afectos aprendidos en la etapa anal, por ejemplo de la neurosis obsesiva.

Sin que el discernimiento de una estructura a otra pueda ser tan claro, puesto que en toda estructura conviven los componentes psicóticos defensivos primarios, la perversión polimorfa infantil, la evolución libidinal por las diferentes zonas erógenas y una trama edípica de fondo durante toda la vida; podemos marcar hasta aquí que la diferencia radical de una neurosis a otras estructuras es que el

conflicto libidinal alcanza su mayor conflicto intrapsíquico en etapas posteriores del desarrollo, sobrellevando o minimizando los conflictos en otras primeras etapas. Y por consecuencia, dando como resultado fenomenológico la aparición sintomática diferente. En la cual se incluye una estructuración mental más apegada y rígida por el principio de realidad, un mayor grado de sublimación en el curso de las pulsiones sexuales, mayor tolerancia a las frustraciones objétales y narcisistas, tramitación de la estasis libidinal de manera no conflictiva para el yo y dejando ver que la principal queja del neurótico es la compulsión a la repetición de la trama edípica vivida y desilusionada de la infancia.

La constante atención y retención de estos modos en que se manifiesta el narcisismo es preponderante para las intelecciones finales. Así como la fina dilucidación de rasgos que nos harán replantearnos de un momento a otro como fenómenos histéricos u obsesivos.

Para concluir, nosotros diremos que el corrimiento y el juego libidinal que tenga nuestra paciente en el análisis del caso, es por demás movidiza, de ahí las intenciones de la investigación, y de ahí también la extensa temática teórica, y aun la faltante y también extensa parte del análisis.

Nuestra fundamentación teórica se posiciona en dos lados, que para nada son independientes uno del otro. Una temática investigativa sobre el diagnóstico en psicoanálisis. Y otra que es el estudio de la personalidad de esta paciente con toda la gama y el abanico de síntomas, rasgos y caracteres presentados a lo largo del tratamiento.

Pero además de esa hay un hilo conector de ambos propósitos y objetivos de nuestro estudio y que se vuelve la imbricación de ambas: El análisis de una paciente en esencia o predominantemente narcisista que hace replantearnos el diagnóstico de ella en su proceso, y con ellos las consecuencias terapéuticas que de ahí se desprenden.

# Capítulo 3

## MODELO DE INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS

La investigación es una tarea siempre difícil de llevar a cabo, los lineamientos para la intelección del conocimiento son por lo menos siempre muy variados y en otras ocasiones largos y laboriosos. Sin embargo esto no trunca la mayoría de las veces el deseo de investigar y sobre todo de exponer lo investigado.

Nuestros procedimientos técnicos y teóricos estuvieron orientados hacia un estudio de caso. Dichos estudios de casos han sido desarrollados por el mismo creador del psicoanálisis. La revisión y relectura de dichos textos famosos es una práctica vigente en la formación de casi todo analista, así como ser también las raíces que propiciaron la continuidad de tales producciones científicas por parte de los mismos. Trabajo difícil de Freud al ser el iniciador de tal elaboración de discursos científicos, pero fácil por otro al no tener que seguir por ejemplo formatos estilo APA, etc.

El estudio de caso digámoslo, ha sido una practica desde un principio empleada por la medicina y la psicología. Posteriormente el psicoanálisis se valió del desarrollo de casos para fundamentar sus teorías, comprobarlas, refutarlas, corregirlas, en fin. El estudio de caso tiene las características de ser demasiado particular, enfocarse en un solo elemento, este puede ser una persona, una institución, o un acontecimiento. Además, de este único elemento cuenta con la especificidad de que el investigador mantiene una relación temporal de mucha duración, así como un vínculo bastante estrecho, casi íntimo con el objeto de estudio.

Revisado lo anterior podríamos definir el *estudio de caso en psicoanálisis* como: la producción escrita posterior a una práctica sostenida de la investigación y tratamiento, mediante métodos teóricos y prácticos psicoanalíticos; sea de una persona, grupo, pareja, o familia. En estas estrictas palabras podríamos definir lo que estamos por desarrollar, pero habrá que hacer una pausa antes de continuar.



Dicha producción escrita debe estar sustentada en modelos epistemológicos que validen tu investigación como seria y competitiva dentro de los discursos científicos que universalmente se aceptan.

Hace un momento que catalogué los estudios de casos del propio profesor Freud como discursos científicos, a más de uno de una corriente de las ciencias duras, le saltará o le asaltará la razón para denunciar lo contrario. Y lo anterior pasaría por la eterna lucha entre la expropiación de la verdad de este mundo de parte de las autoridades que se disputan, debaten, autorizan, descalifican, exportan, importan, venden (y que tenemos que comprar, o hacer que compremos) la forma de llegar al conocimiento. Por consecuencia se generan principalmente dos tipos de investigación la cuantitativa y la cualitativa. Sin duda nuestro estudio de caso estaría en el marco de la segunda. Y por lo tanto para muchos como no científico.

La humanidad ha tendido a actuar como un analizante en diván, al descubrir algo nuevo que no estaba accesible a su realidad consciente, niega que esto pueda ser verdad. Pero que conste que ya existía. Uno no crea la verdad, solo la descubre.

Entonces ante dicho descubrimiento lo que hace es ocultarlo, reprimirlo, negarlo, alejarlo de la consciencia. Por ejemplo cuando se descubre que la tierra no es el centro del universo, hubo una aberración ante osado descubrimiento, o la evolución y la selección natural, un hereje con pluma el tal Darwin; y por último el descubrimiento del inconsciente. Actualmente se conocen descubrimientos de antropólogos, que cambiaría toda la línea evolutiva de los homínidos en la tierra, pero las “autoridades” históricas, sistemáticamente han desaparecido los permisos para trabajar en dichos lugares, los restos obtenidos, así como con las carreras profesionales de dichas personas, al descalificarlos y anular sus investigaciones. Como confiar en dichas autoridades siquiera para preguntarles la hora.

Son estas mismas autoridades las que han mantenido el debate existencial de los modos de llegar a lo asequible, a lo obtenible de este mundo. Las ciencias duras o positivistas, o sea las ciencias naturales, se encuentran en un círculo del mundo material, del mundo físico, sólido y refractario del pensamiento. En cambio las ciencias sociales, las ciencias también conocidas como del espíritu, podríamos encontrarnos en la misma trampa imaginaria del conocimiento, sin embargo libres de la pretensión de poseerlo como tal.

Después del rodeo, tendremos que inevitablemente hacer de lo que criticamos que hacen. Definir nuestros modelos de investigación para validar la obtención de nuestro posterior conocimiento. En este caso la investigación cualitativa o del orden de lo cualitativo. Cuando se dice que algo es del orden de algo, es por qué obedece eso primero a las reglas o lineamientos del segundo. Podríamos decir que la investigación en psicoanálisis es del orden de lo cualitativo. Esta investigación se basa principalmente en tres encuadres teóricos. El interaccionismo simbólico, la hermenéutica y la etnografía. Es de ésta última donde tal vez se podrían rastrear sus orígenes, cuando se hacían las primeras observaciones de culturas y comunidades, para estudiar sus costumbres, creencias y prácticas.

Es en las definiciones del interaccionismo que encontramos rasgos y similitudes que emparentan la práctica psicoanalítica con la investigación cualitativa.

“los principios básicos de esta corriente son tres:

- a) las personas actúan respecto a las cosas sobre la base de los significados que las cosas tienen para ellos.
- b) la atribución de significados a los objetos es un proceso continuo que se realiza a través de símbolos.
- c) La atribución del significado es producto de la interacción social” (Cortada de Kohan, 2008)

Y es además con estas premisas que la investigación cualitativa se puede definir, caracterizar, matizar y entender.

Considerando lo anterior, la realidad observada y estudiada del paciente por un analista sería explicada en estos términos. Por ejemplo digamos que el analista representa para el paciente el padre de la infancia que priva o castra. El paciente se enoja por el significado que cobra esta persona-analista para él, a través de símbolos como son las palabras, o el silencio que este evoca; esto sería el símbolo de una privación vivida en otro momento histórico y por lo tanto un proceso continuo. Las personas se enojan la mayoría del tiempo de forma irracional, por que actúan conforme a lo que las cosas significan para ellos y no lo que son en realidad. Y dicha atribución es producida por la interacción social, una interacción blindada del lenguaje y del Edipo como procesos universales en la convivencia de todo ser humano. O sea, que en estos principios básicos de explicación, vemos la ubicación del psicoanálisis en sus elementos más esenciales.

Considerando las acepciones subjetivas de la investigación cualitativa, encontramos a la hermenéutica la herramienta más subjetiva, pero a la vez la más importante. ¿Y que más subjetivo que la interpretación? Que además de ser única, nunca se podría igualar dicha interpretación por alguien más. Si uno ve un cuadro o escucha una canción, o el material de un paciente dos veces, tal vez intérprete casi lo mismo, pero sería imposible afirmar que así lo es. Agreguemos parte de lo que confirma uno de los supuestos de este escrito, y es que dos analistas no interpretarían una misma sesión de un paciente de la misma forma, yo diría que lo harían hasta radicalmente diferente. Por su contraparte en los pacientes un síntoma histérico o un cuadro de histeria por más que se parezca al de otra persona, nunca representara lo mismo; este requiere una interpretación diferente para cada uno.

Si no contáramos con esta herramienta que nos permite entender la realidad de cada persona como distinta, aun distinto un mismo hecho de la vida en dos momentos diferentes, que ceguera tendríamos. La hermenéutica;

“constituye el pilar principal en la investigación cualitativa al ser una herramienta que ayudará a comprender la relación que hay entre el hombre y su espíritu, su naturaleza y el entorno social en el que se desenvuelve. Ayuda además, a comprender de forma detallada el actuar de un individuo en sociedad, a recuperar la historia oral que vive en las tradiciones” (Mejía, 2010).

Importante porque podemos con ella dar algo de cuenta de estas tradiciones, de la forma tradicional de sufrir, de hablar, de vivir, etc. Y es para nosotros lo oral, el lenguaje, encontramos nuestro material de trabajo primordial en que nuestros pacientes hablen. ¿Qué haríamos con un mudo neurótico? Que sería diferente si decimos que es un neurótico mudo. Pero bueno, digamos que es solo con el lenguaje que podemos dar aproximadas cuentas de la realidad vivida, de la escuchada, de la hablada. Es a través de la hermenéutica y de una visión holista que la investigación cualitativa puede ser expresada. La hermenéutica como concepto se desprende de la interpretación de textos. Nuestra cultura, o nuestra sociedad es escrita, a veces hablada, escuchada, de oídas o rumores, en fin de palabras las cuales se pueden trasponer en texto. Nuestra sociedad es un texto. Y digamos que “donde no hay texto no hay objeto de investigación y de pensamiento” (Mejía, 2010)

Las palabras tienen función solo para otras palabras, lo que en Lacan (1966) sería un significante solo lo es para otro significante. Un ruido sin significado sería únicamente ruido, no palabra. Las palabras crean el pensamiento, y el pensamiento sostiene a las palabras. Nadie puede acceder al conocimiento, al menos al conocimiento compartido socialmente si no es con palabras. Palabras que todos entendamos y compartamos. No podemos acceder al conocimiento del mundo directamente. “La realidad no existe más que como la realidad pensada. El pensamiento remite no a la cosa misma sino a la cosa pensada, es decir a otros pensamientos” (De la Peza, 2010).

## Procedimientos

En una gran revolución psicológica, Freud marcó un devenir en las psicoterapias posteriores a su época y un camino a seguir para él mismo en su investigación, desarrollo y planteamiento de su nueva ciencia. Esta ciencia tiene tres acepciones muy conocidas y marcadas por él en *“psicoanálisis y teoría de la libido”* (1923): Primero. Psicoanálisis es un método para la investigación de procesos anímicos inaccesibles de otro modo. Segundo. Un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación. Y tercero. Una serie de conocimientos psicológicos así obtenidos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica.

Nos importa remarcar aquí la primera y segunda acepción en tanto que enmarcaremos y definiremos los procedimientos, o métodos empleados en el proceso terapéutico del psicoanálisis y como estos constituyen lineamientos firmes para consolidar después un método para la investigación.

Este nuevo procedimiento terapéutico va a tener pautas marcadas por Freud tras varios años de práctica clínica, los cuales va desarrollando y dejando muy claros en *“consejos al médico”* (1912), con lo que destaca que estos procedimientos, se le han visto favorecidos por su tipo de personalidad y que tal vez a otro tipo de analista, con otro tipo de personalidad podría no adecuarse. Esta manera de dejar muy libremente a los futuros analistas, el decidir si seguir estos consejos, o en como iniciar y llevar a cabo un tratamiento psicoanalítico no es tomado de esta manera. Tanto por sus seguidores, como para posteriores generaciones de analistas en formación han visto estos consejos como verdaderas reglas a seguir en el dispositivo analítico, y es que Freud marco a una fecha muy temprana en su investigación los más grandes vestigios de lo que es el método, y la técnica a seguir.

En el método terapéutico se usan con frecuencia palabras como situación y proceso analítico. La situación analítica es lo que comúnmente llamamos en inglés setting, que se podría traducir al español como escenario, otros analistas se refieren a él como campo. En general este concepto hace referencia a un lugar, un espacio determinado. Mientras que el concepto de proceso tiene que ver con el tiempo, es decir lo que transcurre en determinado tiempo. Freud (1912) se dio cuenta de los elementos que tendrían que conformar esta situación para que hubiera el mínimo de circunstancias que afectaran a este proceso. Introdujo de lo que se podría decir la actitud analítica; La asociación libre y su correlato, la atención parejamente flotante, la abstinencia y la neutralidad. Estos elementos son tomados más que como consejos, son parte de la técnica universal del psicoanálisis (eso se espera) y no elementos que puedan caer en el estante del estilo. Por otro lado hay otros elementos que son más variables, pero de igual forma parte de la técnica psicoanalítica; el encuadre (horarios, honorarios, tiempo de la sesión, frecuencia por semana y posición del analizado). Entonces podemos definir *situación analítica: como la suma de condiciones físicas y psicológicas constantes, entre analista y analizante para llevar a cabo una misma tarea (el descubrimiento de los procesos inconscientes del analizante).*

Después de desarrollar el concepto, veamos el desarrollo de cada uno de los elementos que componen la situación analítica.

*La asociación libre* va a ser la regla fundamental del el método psicoanalítico. Es la indicación que se le da al analizado una vez iniciado el tratamiento, se le incita a “comunicar todo cuanto atrape en su observación de si atajando las objeciones lógicas y afectivas que querían moverlo a seleccionar” (Freud, 1912) y pedirle que hable de sí mismo sin importar que sea ridículo, que sienta que no viene al caso, o que sea vergonzoso. A esta obedece un correlato que va a ayudar y a complementar a la asociación libre para dotarla de sentido; *la atención parejamente flotante*. Con el ejemplo del auricular telefónico, se detalla como el inconsciente del terapeuta tiene que estar de receptor del inconsciente del analizado. Extrapolando las características de la regla fundamental, la atención

parejamente flotante, debe ser librada de la selección y del prejuicio del analista, sin dar relieve, a priori, o marcar cierto material del paciente como más importante.

Para esta pareja de elementos que se da en el dispositivo analítico tendrá que estar basada en lo que Freud (1912) dice; una purificación psicológica. *El analista debe analizar sus propios sueños*, pero como esto no es suficiente debe haber estado con un analista experto y llevar el mismo proceso que van a llevar sus pacientes, purificar sus propios conflictos, traumas y resistencias. En este apartado creo conveniente resaltar el hecho, que el instrumento con el cual trabajamos es nuestra propia personalidad y no podríamos separar o deslindar de nuestra formación el análisis personal.

El manejo del psicoanálisis con sus especificaciones y objetivos, no podrían seguirse si no con los elementos de la abstinencia y la neutralidad.

*La Abstinencia* “es el principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas” (Laplanche /Pontalis, 1996). Cuando el paciente se siente aliviado, que sus síntomas están cediendo en su intensidad, este alivio hace que desvíe su libido a elementos más gratificantes( a la figura del analista), y es ahí donde el terapeuta debe privar y frustrar para poder darle cuenta al paciente que solo es una trampa la que éste quiere jugar para evitar el penoso procesos de recordar; de esto también da cuenta Freud en el amor de transferencia.

*La neutralidad* es otra de las cualidades que el analista debe tener durante la cura. “El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera y abstenerse de todo consejo” (Laplanche /Pontalis, 1996). Esto es no aceptar un intercambio de opiniones con el paciente, teniendo de base prejuicios teóricos o de cualquier otro tipo.

Freud en “*consejos al médico*” (1912) e “*iniciación al tratamiento*” (1913) en base a su experiencia introduce los fundamentos del encuadre. Los preceptos que debemos tomar en cuenta para dar marcha al proceso, la forma en que los debemos manejar, su valencia y hasta los indicios de su significancia inconsciente.

*Los horarios* son en principio dados por el analista a su paciente, ese horario pasa a ser del paciente, es decir vaya o no vaya esa hora está destinada a su tratamiento, para lo cual dependiendo las bases del encuadre, la asistencia o la inasistencia (esta última teniendo una resonancia en el proceso) debe ser cobrada.

*La frecuencia* con que se distribuyan las horas del paciente dependerá en gran medida de la situación real que viva la persona; Freud señalaba que debería ser visto toda la semana, con solo el domingo de descanso. Denominaba al lunes como el frío después del descanso, ya que para él se complica la continuidad en el proceso cuando el tratamiento se ve pausado y llenado por tantos elementos del exterior. Dando como resultado una disminución en el proceso del paciente de adueñarse del método y verse minado por factores que se anudaran en sus resistencias. Etchegoyen (1986) considera que lo preferible sería cinco, ya que así el fin de semana sería un período de separación importante como elemento significativo al proceso. Considera que la mayoría justifica trabajar cuatro o tres sesiones alegando a la situación económica. Pero a él no le convence este argumento, pues dice que en tiempos de bonanza no ha visto que se incremente el número de sesiones. También piensa que los tratamientos de dos o una sesión por semana, asemeja más a una psicoterapia, pues la transferencia no se anuda lo suficiente como para poder trabajarla a profundidad.

*El tiempo de duración* de las sesiones debe de ser más o menos de los convencionales 50 minutos. Hay escuelas que trabajan con el tiempo escandido, en base a una coherencia interna entre teoría y técnica. El inconsciente es



pensado como un lenguaje, considerando esto, la sesión debería terminar no como un acto rutinario, si no como una puntuación ortográfica, la cual sería a la vez una intervención clínica. Esto parecería más como dice Etchegoyen (1987), un sistema de premios y castigos. Además de una posición privilegiada, en la que el analista lacaniano se atribuye la solides de su intervención meramente objetiva.

*Los honorarios* deben ser fijados también en este proceso del encuadre por parte del analista. Este debe sin embargo examinar varios elementos previamente antes de la fijación del costo. Estos elementos son; el material expuesto por el paciente, la situación económica actual, así como la satisfacción personal de que su trabajo será bien remunerado. Este último elemento se llega a presentar como un fuerte componente contra transferencial cuando la cuota no es bien aceptada por parte del analista. Hablar de una actitud filantrópica es muy inconveniente, hablando en primer lugar desde la propia valoración de nuestro trabajo, ya que esta es la manera en que nosotros nos ganamos la vida. Además de la continua insistencia de que la valoración del proceso tiene una relación directa con la significancia inconsciente del dinero con la sexualidad.

*La posición del analizado* durante la sesión una vez iniciado el tratamiento, es recostándose en el diván. Aunque en las entrevistas previas, es sentado cara a cara con el analista. La posición del analizante no ha sido cuestionada, la mayoría está de acuerdo en que esto fomenta la regresión (no patológica) y la asociación libre del paciente.

Hasta aquí hemos reseñado los elementos más importantes de la situación analítica, así como su concepción dentro de la práctica clínica. Para que exista un procesos debe haber un espacio en el cual transcurra, este sería la situación analítica. Esta última va a ser como lo entiende Bleger (1967), los carriles en el cual se desliza el proceso. En conceptos de Bion (1936) el encuadre sería el continente, en el cual encierra al contenido: el proceso. Este proceso como ya decíamos tiene que ver con algo que transcurre en el tiempo, y para que esto

ocurra, tiene que haber un no-proceso, es decir algo que sea fijo y constante que contraste con lo que si se mueve. De esta manera el proceso será reconocible en tanto el encuadre se mantenga fijo.

Y así podríamos definir entonces al proceso como: “un devenir temporal de sucesos que se encadenan y tienden a un estado final con la intervención del analista... fenómenos de regresión y progresión, que al estado que tienden es la cura (sea esto lo que fuere) y que la intervención del analista consiste básicamente (o exclusivamente) en el acto de interpretar” (Etchegoyen, 1986)

Hasta aquí terminamos por delimitar nuestro modelo de intervención, es decir nuestro plan de acción que enmarca nuestra investigación. Nuestro método propiamente dicho; variables y constantes del proceso terapéutico que influyeron en los resultados de la observación y la intervención terapéutica, así como en la posterior intelección de los mismos. Así como también nuestras definiciones y concepciones más personales sobre los estudios de caso, su manera de abordarlos mediante la investigación cualitativa y sus características más esenciales.

## TECNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Continuando con el desarrollo metodológico toca el momento de especificar los medios operativos, es decir las estrategias y los instrumentos utilizados para lograr los objetivos trazados. Si en el apartado anterior delimitamos el plan de acción, o sea el modelo en el cual operamos, en seguida delimitaremos los medios necesarios e indicados para llevar a la práctica dicho plan de acción.

Primero sintetizaremos los datos que fueron recabados con dichas técnicas y estrategias de intervención, así como ejemplificar una sesión propia del tratamiento. Y en un segundo momento, bastante preciso, se conceptualizaran dichas técnicas de intervención, como lo son; las preguntas en la entrevista, el señalamiento, la confrontación, el esclarecimiento, la interpretación y la construcción.

### Ficha de identificación

Nombre: Reservado. (Sera renombrada como Claudia)

Edad: 26

Estado civil: Soltera.

Ocupación: Estudiante de Psicología último semestre.

Vive. Con sus padres una hermana mayor (30) y un hermano menor (15)

Nacionalidad: Mexicana

Las variables específicas en el método empleado en nuestro caso son las siguientes:

- Se llevó a cabo dos veces por semana, lunes y jueves 3:00 y 4:00 p.m. respectivamente.
- El tiempo de las sesiones era de 45 minutos.

- El costo de las sesiones fue establecido por la institución en la cantidad de \$ 50.00
- Todo el tratamiento fue llevado cara cara.

Discurso del paciente. (Asociación libre)

“estaba platicando con ella y me dice tu eres muy seria verdad y yo le digo sí. Pero en que se basa la gente para decir que soy seria. Cuál es la definición de ser serio. Qué tanto tiene que hablar alguien o comportarse para ser o no serio. No sé. Yo quisiera saber en qué se basan las personas para decir que soy seria... que soy aburrida... enojona”

Viñeta clínica

16 de mayo 2011

**La paciente llega diciendo que su mamá se queja mucho con ella de su hermana,** *“siempre me está diciendo que su hermana hace esto o lo otro, siempre está preocupada por qué no llega temprano y yo le digo pues córrela, si tantos problemas tienes con ella échala, y ella me dice es que tú no eres madre, si no entenderías por qué no puedo hacer eso, a poco tu harías eso, yo le contesto pues sí, ya tiene casi 30 años no aporta dinero solo te causa problemas, córrela, solo viene a dormir es lo único que hace cual es la diferencia que lo haga en otro lado. Y me dice: dile tú. Yo le contesto: no es lo que tú le debes de decir. Hay ya sabes cómo se pone me dice ella. Pero es como si también le tuviera miedo tu mamá a tu hermana, y esa imposibilidad de razonar con ella que veíamos la sesión pasada.* También a mí me dice que por qué no la defiende, siempre me dice cosas de mi papá y se queja que por qué no la defiende, siempre dice que nadie está de su lado. Incluso siempre cuenta con mucho enojo que una vez cuando tenía problemas con mi papá de recién casados, le fue a decir a mi abuelito o sea a su papá y le contestó sus problemas a mí no me interesan. **Parece que tú mamá también tenía planteada esta idea de correr a**

**tu hermana de la casa, pero no lo puede hacer ella y te dice que lo hagas tú.** *Es que ella se pone como loca, de niñas siempre peleábamos, bueno ella me pegaba típicas peleas de hermanas, típicas peleas de niños. Ahora recuerdo que yo no le podía llamar por su nombre y le decía ella, así nada más, ella. Una vez un tío me preguntó por mi hermana y le dije ella, y me dice sí pero como se llama, yo no podía decir su nombre. ¿Porque?* También a veces le decía “X”, no sé por qué le puse a sí, yo he tenido varias amigas con ese nombre. Pero por su nombre no, de hecho hasta hace poco que ya le digo por su nombre, pero siempre solo le hablaba de ¡he!; pero no por su nombre. **Y por qué crees que pasaba esto de inventarle un nombre o decirle ella, es interesante como es alguien como muy importante porque solo hay un ella, y puede haber muchas “X” o por su nombre...**

*Ahora que voy a las primarias y noto a los niños muy serios apartados, me doy cuenta y me acuerdo de cómo era yo, muy seria no me juntaba con nadie, en el recreo siempre iba con mi hermana y cuando salió de la primaria, pensé, con quien me voy juntar y empecé a hacer cuentas y dije ya no vamos a coincidir en ninguna escuela juntas. ¿Y tú quisieras haber sido notada, así como ahora tú notas a estos niños? En retrospectiva sí, pero en ese momento yo creo que no. Pero esto sería como un pedir ayuda, como que alguien te pudiera rescatar, así como los brazos de la señora en la pulga que se los diste sin saber quién era. Este semestre ha sido de niños, a veces cuentan que niños muy pequeños en sesión hablan un lenguaje muy elevado y dicen ciertas frases que son difíciles de creer, y dicen cuando tengan sus sesiones lo confirmarán y unos dicen que si es cierto, pero a mí se me hace imposible de creer esto, de cómo hay niños tan pequeños que se pueden comunicar así, y yo a esa edad apenas y hablaba poco con mis compañeros...*

*Me acordé que el primer día de la escuela había muchos niños llorando y me molestaba, y yo le dije a mi mamá que ya se fuera, la corrí. ¿Y por qué te molestaba que los demás lloraran? Porque luego me iban a dar ganas...*

**¿Por qué corriste a tu mamá? No sé...**

**Creo que ese llorar en los niños es un modo de vivir la separación para después superarla. ¿Qué será en tí, un no querer vivir o negar la separación, o con el correrla es apresurar el evento y así dolerá menos? *Mi mamá me compara con mi hermana yo, soy muy fuerte y no lloro, ni siquiera al nacer.***

Algunas preguntas sobre datos específicos que fueron recurrentes a lo largo del tratamiento fueron: ¿Y qué le contestaste a tu mamá?, ¿Qué te dice tu mamá a eso? Se entenderá después por que la insistencia en la madre.

## INSTRUMENTOS DE CONCIENTIZACIÓN

El psicoanálisis se diferencia de la psicoterapia principalmente por sus instrumentos de influencia. Es decir por sus medios por los cuales la intervención clínica adquirirá eficacia. Como dice Etchegoyen (1986), la metáfora de las artes plásticas de Leonardo usada por Freud ha sido mencionada cientos de veces a la hora de hacer la diferencia entre psicoterapia y psicoanálisis. La psicoterapia tiene instrumentos de intervención como lo son; el apoyo, la sugestión y la persuasión. Analistas han considerado la valía de algunos elementos de la psicoterapia utilizados en psicoanálisis, solo en ciertos casos y si son acompañados de su posterior interpretación. Pero no ahondaremos en la interrelación de los instrumentos de la psicoterapia y el psicoanálisis; si no que nos interesa profundizar solo en los de este último. Las intervenciones se podrían clasificar en dos: 1) en instrumentos para recabar información. Y en 2) instrumentos para informar al paciente.

En los instrumentos para recabar información se encuentra la *pregunta*. Ésta se hace en diferentes momentos y con diferentes propósitos. Además de ser el arma principal en las entrevistas previas al tratamiento. Una vez iniciado este, la pregunta es utilizada para averiguar material específico que se considera necesario. Datos que el paciente omite o no recuerda, que podrían dar otro

sentido o un orden diferente a las asociaciones del paciente. Esto, “siempre que no haya elementos que nos aconsejen interpretar o simplemente callarnos” (Etchegoyen, 1986).

En la misma línea se encuentra el *señalamiento*. Aunque es de común entender el concepto de señalamiento como algo para informar al paciente. Etchegoyen considera que este es principalmente un método para obtener más información. Si bien, con el señalamiento al paciente le pudo resonar o quedar algo de información de lo señalado, además de no ser su función principal. El señalamiento está superpuesto con la observación. Es decir se señala lo que se ve. Esto con la finalidad de que el paciente observe lo mismo que nosotros y pueda proporcionar más información al respecto.

Dentro de esta exposición esquemática, el otro elemento es la *confrontación*. Esta herramienta es del orden de la contradicción. O sea se le indica al paciente dos ideas o acciones que estén en contradicción. Por ejemplo, que un paciente diga lo que le molesta mucho las personas presuntuosas o presumidas y que él, por otro lado haya tenido sucesos notados por los demás con estas características. Frecuentemente estas ideas contradictorias no son percibidas por el paciente, la confrontación ayudará a la obtención de más información respecto al antagonismo presente.

Los instrumentos para concientizar al paciente, habiendo una devolución de información de parte del analista son los siguientes; la información, esclarecimiento e interpretación (construcción).

Estos tres podrían ser uno solo, pero se distinguen por su alcance. La *información*, se podría considerar un elemento de la psicoterapia, pero esta es oportuna y hasta necesaria cuando a un paciente le puede faltar algún elemento de conocimiento. De conocimiento real, es decir, de aquel que por ejemplo le puede faltar a un adolescente que llega a sesión, y que ante su analista habla de

información errónea o faltante respecto de la sexualidad. Esta falta de información podría tener repercusiones en su actividad sexual y consecuencias perjudiciales. La información debe ser introducida como un eslabón faltante en el conocimiento del paciente. Por ejemplo informar que el sida no se transmite por besos, si esto es desconocido y mal manejado por el paciente.

“El *esclarecimiento*, busca iluminar algo que el individuo sabe pero no distintamente. El conocimiento existe; pero, a diferencia de la información, aquí la falla es algo más personal” (Etchegoyen, 1986). Aquí el paciente dice algo, pero la aprehensión de ello falta. Puede estar muy clara la información que el relata, pero no la puede captar. Por ejemplo una paciente que habla de lo molesto en el comportamiento de su madre y que no ha notado que ella hace justamente lo mismo. El esclarecimiento puede ser comprobado a veces ante las evidentes manifestaciones de sorpresa de parte del paciente. A veces lo dicen explícitamente, otras veces con su mera expresión parecen decir, “¡sí cómo no me había dado cuenta!”.

Todos los anteriores elementos tanto para recabar o proporcionar información, podrían ser preparatorios, o pasos previos a la interpretación, pero cada uno merece su distinción dentro de la técnica psicoanalítica. Su especificidad demanda la captación por separado para el entendimiento de la intervención clínica.

La *interpretación* es la información que se le devuelve y pertenece al paciente. Una de sus características es que el paciente nada sabe de esta información de vuelta. O mejor dicho no sabe que lo sabe. El concepto *Deutung* (interpretación), fue introducido para la interpretación de los sueños, es decir, para darle sentido a elementos o a la totalidad de sueño. Pero esto como dotarlo de un significado nuevo (re significarlo), esta conlleva un elemento subjetivo como menciona Laplanche y Pontalis (1996). Y como el mismo Freud lo dice en su texto construcciones: “En la técnica analítica se oye muy poco de construcciones, la



razón de ello es que a cambio, se habla de interpretaciones y su efecto. Yo opino que construcciones, con mucho, la designación más apropiada. Una interpretación se refiere a lo que uno emprende con un elemento singular del material, una ocurrencia, una operación fallida, etc.” (Freud, 1937). También cómo piensa David Maldivsky (1985); la interpretación sale sobrando en el análisis. Puesto que todo analista lo acepte o no tiene una construcción subyacente en toda interpretación (este consciente de ello o no).

Puedo concluir que la interpretación es parcial, mientras que la construcción es totalizador, aunque como vemos en la discusión estas parecen superponerse o reemplazarse en ocasiones.

El concepto de interpretación ha sido objeto de innumerables estudios, la convergencia teórica es mayor que la técnica. Así mismo, es entendida bajo el principio básico de un sujeto escindido, y que éste, no puede tener acceso a cierta información propia sino mediante el método psicoanalítico; las divergencias técnicas han sido muy marcadas, principalmente en las escuelas Freudiana, Lacaniana, Kleniana y la psicología del yo. Puesto que esto será un elemento principal en nuestro trabajo, quiero dejar puntuado lo importante que la interpretación juega en la dirección de la cura.

# Capítulo 4

## ESTUDIO DE CASO CLINICO

### HISTORIAL CLÍNICO

Este caso llegó a mediados del 2010. En un inicio las sesiones transcurrían cargadas de una fuerte sensación de enojo. Señalaba su molestia por tener que asistir, esto por una parte, y externaba su molestia hacia otra cantidad de elementos de su vida diaria.

Llegadas las primeras vacaciones, la última sesión ocurrió algo significativo. A lo que repetidamente en todas las sesiones ultimas antes de salir a un periodo vacacional aparecieron acciones o elementos parecidos, olvidar pagar, no asistir, o cancelar por ejemplo.

A casi un año del tratamiento, Claudia vivió un suceso que la frustró mucho, y por el cual se puso a tambalear su proceso. Este evento emergente ha sido también pieza importante para comprender el mundo interno de la paciente. Después de esa ocasión ella ha externado en diferentes ocasiones su deseo de ya no venir, y de no saber qué hace aquí.

Después del primer año las asociaciones estaban durante todas sus sesiones, material significativo estaba presente, sin excepción. La superficialidad con la que parecían notarse sus conflictos psíquicos era muy evidente.

Ha sido impasible y hasta indiferente para con su tratamiento. Actualmente el caso ha tenido otros matices por situaciones externas por las que Claudia ha tenido y tendrá que pasar.

Su motivo de consulta es “extranjero” a ella. En su primera entrevista platicó del por qué estaba ahí, y eso era porque en sus entrevistas de ingreso a un área de acentuación en la licenciatura que cursa, se lo sugirieron muy puntualmente, sin ser un requisito de ingreso.

Puedo concluir que no hay demanda del tratamiento explícita. Sus palabras son como una queja. “no sé por qué soy así”, “me molesta pensar todo el día en eso”, “por qué la gente dice que soy seria, aburrida, que no tengo secretos, enojona”. Ella se plantea muchas cosas por las que distingue sufrir, y que probablemente distingue como cosas a cambiar para mejorar su vida. Sin embargo por el mismo cuadro clínico aquí planteado, la demanda me parece implícita, si de ayuda y de esperanza hacia su tratamiento pero a un nivel subjetivo distinto de un tipo de demanda “clásica”

Los eventos mencionados en el resumen que hacen que Claudia se sienta inestable en su tratamiento son; la terminación de su licenciatura, lo problemático de su posición subjetiva de estudiante a futura profesionalista, y la enunciación y posterior aceptación a ser mi estudio de caso. Lo anterior ha denotado en su comportamiento dentro de las sesiones cambios significativos. Sus asociaciones han disminuido en cantidad y profundidad. Su reflexión sigue siendo constante durante todo el tratamiento: muy baja. La preocupación por el tiempo de terminación de sus deberes es recurrente en ella, así como un joven que ha sido ocupación para su mente en los últimos meses.

Por las prioridades del objetivo general y la temática a tratar en este caso me reservare el derecho de escribir posibilidades diagnósticas. Neurosis narcisista. Neurosis mixta. O una neurosis histérica grave.

## ESTRUCTURA SUBJETIVA

### FIGURAS SIGNIFICATIVAS

Claudia tiene un hermano menor de 14 años, y una hermana mayor de 29. La mayor es todo un caso, junto con la madre merecerían toda una investigación. La hermana referida trabaja en un centro comercial, Claudia muestra enojo y temor de dirigirse hacia el mismo camino que ella. Y es que para esto la hermana de Claudia estudio una carrera universitaria, pero no ejerce y desde que termino solo ha trabajado en este tipo de tiendas. La vida de su hermana le molesta a Claudia, cada situación que cuenta de ella, es como un revivir ese enojo y coraje ante las situaciones que rodean a su hermana, y seguramente su contraparte, es decir el miedo de verse en ella, y el temor a terminar como ella. A los 29 años esta hermana tiene un novio 10 años menor que ella, su grupo de amigos de igual manera son más o menos 10 años menor que ella. Cada semana desde hace varios años se compra una cajita feliz en el restaurante de la M grandota. En las peleas con su novio ella siempre termina llorando, y cuando es por teléfono, desesperada corre con su mama a decirle que hable con él. Recientemente acaba de comprar la saga de crepúsculo (serie de libros donde cuentan una historia parecida a romeo y Julieta, pero en lugar de los Capuleto y los Montesco; son lobos y vampiros); su actitud le molesta a Claudia, porque dice: "parece una niña".

Su hermana se levanta enojada con la mamá por no despertarla para ir al trabajo, y que ya no va a alcanzar a desayunar, ¡que le haga algo rápido! A lo que Claudia muy molesta en la mesa, recuerda que desde hace tiempo ella se propuso que si no se despertaba temprano, se iba a ir sin desayunar. También tiene su propia alarma, y nunca le pide a su mamá que la despierte. Le molesta que haga trabajar a su mamá mucho y que no se haga cargo de sus cosas. En repetidas ocasiones, esta hermana mayor de Claudia, aún teniendo un juego de llaves de la casa, las deja y no las lleva consigo. Para después en la noche cuando llega a las dos o tres de la madrugada, está tocando muy fuerte hasta que le abran. Claudia aunque muy molesta, no se levanta a abrirle. Su mamá enojada también replica a

Claudia porque no le abre a su hermana. A lo que Claudia le dice, “por qué no le dices que se lleve sus llaves, que se quede afuera ahí déjala”. La relación en sí con su hermana está marcada por la madre. La madre ha dicho cosas tajantes casi con la categoría de mandamientos que han operado en la mente de Claudia para diferenciarse de su hermana. “tu hermana ha sido siempre bien chillona, desde niña siempre lloraba por todo”. “y tú nunca llorabas, no lloraste ni al nacer”. El abuelo paterno según el testimonio de Claudia, abuso de su hermana mayor, lo que es un secreto. Además de este mismo testimonio, Claudia se enteró que su mismo abuelo violó a otras dos primas de la familia. Lo cual también deja la pregunta de si Claudia no habrá padecido alguna situación parecida con este abuelo. No se ha insinuado nada de parte de ella, y lo creo poco probable.

El hermano de Claudia, parece haber salido más o menos mejor librado de esta madre, que estas dos. Aunque de igual manera la madre no deja salir a este hermano ni a la papelería de la esquina, ya que ahí se juntan unos chavos muy grandes. Lo tiene inscrito en el sistema de transporte, a pesar de que la secundaria está a dos cuadras de su casa. Esto de igual forma lo hizo con Claudia y su hermana mayor, tanto primaria como secundaria los obligaba a pesar de que ellos no querían usar transporte, sin embargo iban en él de ida y vuelta a pesar de la cercanía con las escuelas. Al menor no lo deja ir a reuniones extraescolares, o sea a trabajos en equipo, o alguna actividad deportiva o académica fuera del turno de sus clases. Ya que según esta madre no la engañan “ahí no hacen nada de trabajo, ya se a lo que se juntan, solo a tener relaciones” “qué bueno que ya van a prohibir esos trabajos”. La madre le compro una computadora y no lo deja nunca que cierre la puerta de su habitación por el riesgo de que vaya a ver pornografía.

## CONTEXTO FAMILIAR

Contexto significa lo que rodea y lo que rodea aquí es una madre que apresa a Claudia y a sus hermanos. Pero a esta familia la he pensado como en una línea de tres generaciones del deseo de la madre. Es decir, los tres hijos de esta madre

incluyendo a Claudia están en un nivel muy diferente uno del otro. La hermana mayor está inmersa en la dinámica de la madre, todavía tiene a una hija dependiente y chillona de la cual esto es muy acople al su deseo. A la cual le abre la puerta, le hace el desayuno y le resuelve los problemas con el novio. Después en un segundo nivel, esta Claudia, una hija que quedo en medio, es la más enojada y frustrada de los tres. La que sabe que algo marcha mal pero no sabe cómo escapar de esta madre. A diferencia del menor, al que Claudia ha dicho “parece no molestarle tanto” lo que su madre le prohíbe. Este hermano es igual de talentoso que Claudia, pero él para los instrumentos musicales. Claudia siempre quiso un instrumento, pero su mamá nunca quiso comprárselo, cuando Claudia le reclamó por qué a él sí, la madre dijo “es que los niños son más difíciles de criar”. Con este instrumento parece que la madre busca controlar al menor, y del cual pensó que podía prescindir para la crianza de Claudia. La paciente le ha reclamado a su mamá que lo deje salir, que no tiene amigos y en silencio piensa que va a terminar como ella. Pero por el contrario, creo que este hermano encuentra una salida en esta música. Algo en donde su madre por más que lo tenga ahí a la vista, el hermano escapa de su madre sin que esta pueda alcanzarlo. El hermano de Claudia le ha invitado aprender guitarra con él, ella lo rechaza y es que Claudia tiene sus dibujos, pero ella no alcanzo a posicionarse como su hermano respecto del deseo de esta madre. Y que en un principio es imposible por la diferencia de sexo.

### ESTRUCTURACIÓN EDIPICA

La madre ha ofrecido igual que a la hermana solucionarle lo que a ella se le presente. Como por ejemplo, el centro de prácticas que le fue asignado a Claudia no es de su agrado, a lo que su mama le dice, “tu dime y tu tío trabaja en buena posición y si quieres te cambiamos”. Y Claudia muy enojada en sesión dice, “me molesta que crea que puede resolverlo todo.” Por otro lado Claudia también ha manifestado estar dependiente de su madre. Repitiendo la historia de las llaves parecida a la de su hermana, con la diferencia de que Claudia las perdió y no las tiene ahí sin usar. Entonces cada vez que iba rumbo a su casa, tenía que llamar a

su madre para que supiera que iba en camino y estuviera en su casa, algo que le molestaba mucho. Después de casi un mes en esta dinámica, se quedó en silencio, cuando le pregunte si había pensado en sacarle copias. Claudia se quedó asombrada de como ella cumple la dinámica de esta madre, de la que cada vez en avanzado su tratamiento puede ir diferenciándose y reconociéndose. La madre de Claudia la agobia con llamadas y mensajes. Esto se ha escuchado menos últimamente. Un acuerdo verbal entre ellas era el siguiente, saliendo de prácticas Claudia iría a comer a su casa, la madre mandaba como quiera siempre el mismo mensaje todos los días diciendo: “ya vienes”. Claustrofóbico. Cuando era niña Claudia cuenta una escena a sus dos años, el recuerdo se me hizo bastante completo para que haya sido a los dos años. El recuerdo es el siguiente: “ iba como en una pulga creo, cuando en esos pasillos muy grandes mi mamá me bajo y yo recuerdo que vi el pasillo, corrí y corrí, hasta que vi a una señora, la señora me extendió los brazo y yo también se los di, me cargo y en eso ya venía mis papas buscándome y diciendo es mi hija” “ se me hizo muy extraño que un niño se vaya corriendo así de sus padre y que le de los brazos a una completa extraña” dice Claudia. Podríamos pensar hasta ahora, que esa escena podría ser la huida física, la puesta en acto de una huida mental deseada.

El primer día del preescolar es tanto notable, Claudia recuerda ese día como muy normal. Veía a los niños llorar pero ella no lo hizo, lo que quería era que su mamá se fuera, una vez dejada en la puerta deseaba que su mama dejara la instalación ya. Y por otra parte le molesta que los demás niños lloraran y esperaba que lo dejaran de hacer, pues a ella luego le darían ganas también de hacerlo. Actualmente en sus peleas, son a partir de cualquier cosa, como que la madre desconecta un reloj de la cocina por conectar la licuadora, a lo que Claudia se enoja alegando que no necesita desconectarlo, puesto que a lado de ese hay otros conectores vacíos, después el reloj se desprograma. Pero esto solo es el anzuelo, después de esto vienen las peleas más fuertes y terminan peleando por otros motivos menos por lo que empezaron. La madre dice Claudia “parece muy mala” en las peleas, busca sacar cosas muy hirientes aunque nada tengan que ver



con el tema. “parece que lo hace adrede y es para hacer sentir mal a los otros” después de las peleas dice “es que ustedes siempre se exaltan y dicen malas palabras”. Claudia dice: “quisiera grabarla para que vea que es ella la que se pone así” Y apenas cuando yo o alguien le quiere contestar a lo que dice, ella dice “vez como te pones, contigo no se puede hablar”.

En otro momento Claudia cuestiona la perfección de los maestros y dice cómo alguien puede llegar a ese lugar, saberse toda la teoría y poder enseñarle a otros. Interviniendo le dije, algo seguro es que no llegaron siendo perfectos y aun ya estando en ese lugar tampoco lo son. Pero lo importante no es que vea que los maestros no son perfectos o esta amiga con la que triangulo a su novio, si no la madre. Es a esta a la que Claudia tiene que confrontar y cuestionar este lugar de semidiosa. Donde solamente ella tiene derecho a llorar, decir la realidad mental de sus hijos, como una verdadera dictadora, tú necesitas esto, y aquello, fuera de lo que yo diga no necesitas nada. La madre les prohíbe conocer a mucha gente que no sea de su familia, ya que según ella, “nadie vale la pena”. ¿Cómo llegó a ese lugar de perfección? Donde es ella una mujer cerebral. La mejor madre que siempre trajo limpias a sus hijas y nunca les faltó nada (nada que ella no quiera). Además se cura sola escuchando música.

Empecemos por describir a esta madre. La madre es una persona que se alude a ella constantemente, se define como una “mujer cerebral”. Ya que, “el sexo solo es para tener hijos, de ahí en fuera no es necesario”. Mantiene su cama en otro cuarto de la del padre. Se posiciona frente a Claudia como la única que tiene derecho a llorar en su casa ya que ella si ha sufrido mucho. Ella fue hija en una familia cuyo negocio familiar y la imposición del padre de que trabajara ahí, le impidieron disfrutar de todas las actividades que los jóvenes de su edad. Cuando en discusiones con Claudia, ella empieza a llorar, la madre dice en un tono sarcástico y burlista; “ya vas a llorar”. Lo que le da más coraje a Claudia y se aguanta las ganas. Recordemos que esta madre ha marcado a Claudia con frases como, “tú nunca lloraste, ni al nacer”. Durante estas peleas, la madre le dice a Claudia las mismas frases que parece repetir constantemente. Y son qué;

“Claudia no tiene por qué llorar, siempre le han dado todo, no le ha faltado nada, no ha sufrido nada”. Alega que siempre las trajo bien limpias a Claudia y a su hermana. Que nunca las traía en la calle y siempre estaban bien cuidadas.

Recientemente se presentó de material la relación con el nombre de Claudia y el por qué le pusieron así. Algo que nunca había mencionado antes. Claudia era una muñeca que tenía la madre, pero no era Claudia, era “claudiesita”. A esta muñeca la madre la quería mucho ya que la podía arreglar con muchos vestidos largos y unos moños grandes, la mejor parte era que estaba completamente tiesa, era de las muñecas de antes completamente duras e inmóviles. Su segundo nombre que es Alejandra; fue escogido por su abuela, y este es el nombre de una pieza de baile. Todo esto en relación con una clase en la escuela donde veían lo significativo de los nombres propios. Piensa en cómo le pondría a un hijo suyo para no afectarlo, hasta este momento solo se le ocurre el nombre que lleve su gata. “Pero qué le diría después te puse el nombre de mi gata”. La importancia no es tanto de donde provenga el nombre, si no la dinámica que hay con él, le replico. A lo que dice si ya se, “sería igual que como con mi gata, no lo dejaría salir por miedo de que enfermara y se muriera”.

La presencia del padre hasta ahora es escasa, así como del material de la paciente. La ocasión en que salió de las entrevistas para ingresar a cierto nivel en su escuela su padre pasó por ella, la vio llorando y le pregunto ¿qué te pasa? Claudia contesto que nada y todo el camino fue incómodo y silencioso. El padre le dijo: “tu mama tiene la culpa de que estés así”.

El padre es un hombre que con frecuencia va y se sienta en el parque de enfrente mucho rato, se ve pensativo, pero nunca habla de lo que le pasa con nadie de su familia. A su esposa es a la única que le cuenta, pero se van al patio trasero a platicar. Claudia recuerda que desde niña siempre se quedaba ella y sus hermanos adentro viendo la televisión mientras los papas hablaban afuera. Esto aún lo siguen haciendo, la hermana mayor a veces está presente también en el patio mientras hablan, pero Claudia sigue solo observando que hablan como de

algo importante desde adentro. Claudia es por medio de su mamá que se entera, de los problemas de su papá, y es que al trabajar en carretera ha sufrido ya varios encuentros conflictivos con delincuentes del crimen organizado que operan en las carreteras entre Monterrey y Tamaulipas. Al saber Claudia que su papá ha sido golpeado y amenazado con pistolas, ella se preocupó mucho, le molestó la reacción de su mamá al terminarle de contar esto y solo decir, “pero bueno la vida sigue”. Claudia a esto que cuenta es la primera vez que llora mucho, nunca lo había hecho así. Pero es un llorar entrecortado, como atorado, reticente, que sale a cuenta gotas, pero aun así muestra mucha preocupación por su padre. A principios de tratamiento, Claudia en sus noches de desvelos, se preocupaba mucho que su papá al salir de madrugada a trabajar, por lo adormecido que se levanta no se fuera a tropezar con algo y caer de las escaleras, por lo que observaba continuamente que no hubiera objetos tirados en ella o en el baño. Su papá dice Claudia: “nunca se enferma”. Y cuando nos ve a nosotras siempre se burla y dice “que enfermizas son”. El padre parece mantener algo de las relaciones simbióticas que llega a establecer Claudia. Y es que ella al decir un día ya se terminó el jugo. Sin ella si quiera decir quiero más, o podrías comprar más; al siguiente día el papá llegó con tres botes de la más grande presentación del mismo jugo.

#### MECANISMOS DE DEFENSA

Lo que describiremos aquí más que ser mecanismos específicos de defensa, mostrarán mecanismos globales en la personalidad de Claudia. Procesos estructurales que sirven de defensa y a la vez de restitución interna. Claudia parece que llega a formar una relación muy confusa con la mente con quienes convive. Es decir parece haber un borramiento de sujetos, en donde por un momento, por una frase, o por un sueño, ambos sujetos fueran el mismo. Claudia ha causado esto en mí y en otras varias situaciones con otras personas que describiré a continuación. Con la chava que mencionábamos del “aventón”, en estos caminos interminables y de extensa tensión por la falta de plática, en la mente de Claudia al ver con que naturalidad manejaba esta chava, se cuestionaba

si alguna vez ella ha andado en camión, si lo ha usado y para que ocasiones. A lo que enseguida la chava sin tener comentario alguno previo al tema que rondaba la cabeza de Claudia, dice: “yo nunca he andado en camión, que se sentirá”. A Claudia “le sorprendió mucho”. En realidad en el fondo, este tipo de experiencias han sido muy comunes y reconocidas anteriormente por Claudia. Yo no le creí lo de la sorpresa. Ya en tratamiento un día anterior de sus sesión, yo soñé con una niña que ocupaba la sesión de Claudia y ella estaba afuera muy molesta por no entra en su tiempo, a pesar de esto yo no hacia salir a la niña ni entrara a Claudia. Ya en el día de su sesión comenzó hablando de un sueño. Asombro el mío cuando dice: “soñé que una niña estaba en el horario de mi sesión y que sabias que estaba afuera y no me atendías”. Desconcentrado por lo que estaba pasando, dejé de pensar en ese momento que clase de experiencia clínica tenía ante mí, solo pude como buen psicoanalista ortodoxo, pedir que asocie del sueño para interpretarlo después.

Posteriormente durante el tratamiento apareció su cuerpo, pero éste estaba en la madre. Recordando que ella no va a consultar con un médico desde que inició su tratamiento en julio del 2010 (esto se escribe en noviembre del 2011). Durante una asociación enunció que cuando ella se sentía un poco enferma o cuando ya lo estaba, se dirigía a su madre para ponerla al tanto de su padecimiento. Y ya después de hacer eso, se le quitaba la preocupación por su enfermedad. Para posteriormente ser la mamá “la que va a consultar por mí”. “A mí no me gusta a ir, pero a mi mamá parece que le encanta” “Se la pasa todo el día consultando” “ella va a consultar por todos nosotros”. Durante un largo tiempo empecé a sentir un dolor cerca del corazón que cesaba si daba un leve masaje, hasta fui a consultar varias veces, al no ser tomados como serios mis síntomas por los médicos, desistí. Actualmente esta sensación en la misma zona aparece. Dos meses más o menos, la paciente comentó después de mucho tiempo mencionar algo de su cuerpo. Y tal fue mi impresión cuando dijo que tenía unos latidos molestos que le quitaban la atención antes de dormir o cuando iba a leer. Eran “unos malditos latidos”. Con toda la prudencia que es de manejar la contratransferencia, hasta

ahorita y por los elementos mencionados, considero estos dolores como el dolor de un mismo cuerpo. ¿El mío, el de Claudia o el de la madre? La madre que resiste a concebir a Claudia como un objeto separado de ella. Trata a sus hijos como si el mundo fuera la matriz de ella. Algo del goce de la madre está en Claudia. No creo que Claudia tenga cuerpo propio. En el sentido del cuerpo psíquico. El goce en cuestión que podría ser de Claudia en un orden fálico y neurótico (para por ejemplo ser una histérica conversiva), es aun el de la madre en otro orden. ¿Cuál?, ¿uno perverso?, ¿uno psicótico?

Por último esta otro sueño mío donde veo a Claudia acercándose a mí en una sesión demasiado, como seduciéndome, para esto también la sesión la estábamos llevando en un baño. Más allá de lo pintoresco del sueño y de lo perspicaz y deductivos que puedan ser los lectores de esto; al día siguiente Claudia, me esperaba en la sala de costumbre, cuando voy llegando a la puerta se pone de pie con un movimiento brusco e intrusivo a mi espacio personal y me dice que no puede quedarse a la sesión porque tiene un examen a esta hora. Temprano ese día pensando en el sueño me decía: que podría ocurrir parecido a lo que soñé, no sabría qué hacer si pasa algo similar. Y no, no paso algo parecido pensando en la seducción (¿o sí?), pero la evocación del recuerdo en el sueño cuando ella se acercó y la manera tan extraña de invadir mi espacio personal, sin duda hizo reesignificación con el sueño.

El tema de la muerte ha sido muy relevante y repetitivo en el material por ella expuesto. Y es que ha mencionado tener la fantasía consciente de tener un novio muerto, es decir sentir que tiene uno, pero que le avisan de inmediato que acaba de iniciar su relación, que este acaba de morir. También el hombre con el que le gustaría iniciar un noviazgo sería uno con el que nadie tuviera que ver, o sea que no lo conozca nadie, que nadie tuviera una posibilidad de darle referencia alguna. Ella se ve constantemente en lugares, deshabitados, ha soñado y es fan de las películas, donde hay una persona que despierta de pronto y ya no hay nadie en el mundo más que ella. Lugares abiertos, paisajes donde no haya nadie. Sin entrar a tratar de comprender esto, en pocas palabras este abismo, y este estado absoluto

de cero tensiones, tiene que ver con la pasión de muerte. Manifiesta un gusto muy grande hacia una película donde, unos chavos hacen una lista de cosas a hacer antes de suicidarse. A ella le gustaría tener una lista así. Para “sentir que si hizo algo”. Después de cuestionarle y por qué no hacer una lista nueva una vez acabada la primera”, se queda sin respuesta. Y es que ella en muchos aspectos se ha visto así, como muerta frente a su deseo. Expresa querer comprarse material para pintar, pagarse seminarios o conferencias, ir con algún terapeuta de fuera, pero todo esto es inaccesible porque no le alcanzaría el dinero, y cuando hablamos de en qué se lo gasta, dice que “se le va en nada”. Que a veces si tiene dinero pero no sabe en que se lo gasta y nunca ahorra nada, y el asunto no es de gastarse el dinero en lo que ella quiera, despilfarrando todo cuanto le llegue a las manos, si no analizar el porqué de su imposibilidad de pensar en cómo acceder a lo que quiere y desea. Creo que aquí es donde se alcanza a escuchar y ver el deseo de la madre, que quiere unos hijos solo para ella, que no deseen por ellos mismos. Ha expresado que le gustaría ir con un analista que no sea de la clínica de psicología, pero no lo hace porque tal vez yo me molestaría por dejarme sin una paciente. Vemos que en su relación con los demás hay algo más que se juega, y es el deseo de ese otro, no nada más el de ella. En los funerales de su abuelo paterno y su abuela materna no lloró. Estos trascurrieron a los 9 y 12 años respectivamente, una semana después del funeral de su abuela, se murió un pajarito que tenía, por el cual lloró mucho, le hizo entierro en su patio y todos los días lloraba por él. “parecía que lloraba como si se hubiera muerto una persona”. Su padre se molestó mucho con ella ya que le dijo “ni en el funeral de tu abuelita lloraste, y si lloras por tu mascota”. Dice siempre ser así, cuando se han muerto sus mascotas las entierra y llora mucho por ellas. El llorar solamente lo ve en situaciones de una pérdida de una persona, o cuando alguien muy cercano está muy mal, a veces quiere llorar en películas triste pero se abstiene. En su tratamiento no es la excepción. Parece seguir al pie de la letra los mandatos estilo Moisés de su madre. ¡No llores! ¡No tendrás conversaciones que disfrutes con los demás! ¡No te enfermaras por ti misma! ¡No disfrutaras o conseguirás lo que quieres! ¡Serás una muñeca inmóvil y muerta!

## MANERAS DE INTERACCIÓN

Tiene muchos problemas para comunicarse con los demás, en muchas ocasiones tiene frecuentes incomodidades por las conversaciones, la que considera como muy tonta. Se le hace a veces increíble como los demás pueden platicar con tanta naturalidad, “como para ellos es tan fácil y para mí no”. Una amiga suya de donde realiza prácticas profesionales, le propuso que saliendo de su turno se fuera con ella y con otra chava que iba rumbo a la escuela y así aprovechaban el “aventón”. Después hubo complicaciones, su amiga ya no podía regresarse con ellas, lo que dejó a Claudia y a esta conductora solas en los viajes a la salida de prácticas. Dice Claudia: “estos eran incómodos y largos; no sabía de qué platicar solo se me ocurrió cosas de la escuela”. Se cuestiona y se supervisa a posteriori de sus conversaciones con los demás. Dice sentirse a gusto en las pláticas con mamás de sus pacientes, pero después, en retrospectiva empieza a notar que dijo cosas tontas, o que su conversación fue igualmente tonta. De igual manera lo hace con sus amigos y amigas. Para después terminar concluyendo que ellos tampoco tienen la mejor conversación del mundo. El sentirse tonta o patética en su plática, también se ha visto aquí en tratamiento. Dice: “es como si me faltara algo que los demás sí tienen”. ¿Qué será lo que le falta a Claudia?

La paciente ha tenido solo una pareja. Esto fue a alrededor de los 20 años cuando estaba en medicina. Esta relación fue con características muy particulares. Esta cobraba valor solo cuando veía que a su amiga le molestaba, ya que ella quería andar con él. Ese fue el verdadero motor que la impulsó a relacionarse con este chavo. Esta amiga perfecta según Claudia, era una molestia. “No puede ser que sea tan perfecta”. En todo le iba bien excepto en eso, a pesar de ser muy bonita y que había muchos muchachos interesados en ella; siempre quería con los que no se quedaba. Siempre mandaba a sus amigas a averiguar de él, y eran las amigas las que se quedaban con los chavos. Claudia vino a entrarle a este sistema de repetición. Pero solo en estas condiciones, si la chava es perfecta cobra más valor al ver la molestia de ella “cuando nos ve juntos”. Tal como en una

fiesta que dijo; “no me gustaba estar con el ahí, solo me gustaba cuando me daba cuenta que ella nos volteaba a ver, cuando se fue ya no tuvo importancia”.

En relación con este chavo, Claudia se sentía abrumada, cuando este chavo intentaba saber de ella, quería conocer a sus padres, quería saber dónde vivía. A lo que ella le ponía muy nerviosa, y desde siempre cuando estaban ellos dos solos, solo pensaba en que quería terminar con él. Cuando una ocasión le dijo ya sé dónde vives, unos instantes después termino con él. Creo que la abruma que alguien más quiera saber de ella, cuando ella no tiene claro quién es ella y que quiere. Le reclaman un saber que no quiere buscar. Además de la relación triangular, también necesitaba a esta otra chava perfecta que mantuviera la relación. Después de esta relación no ha tenido ninguna otra. Actualmente hay un chavo llamado Alexis, que se interesa en ella. A él le parece muy interesante lo que escribe ella y sus dibujos le gustan mucho. Él no es el primero en notar esto, muchas personas le han dicho lo buena que es, si no piensa en venderlos. A lo que ella contesta que no son lo suficientemente buenos, y que no cree que habría alguien que pagara por sus dibujos.

## RASGOS DE CARÁCTER

Claudia es una joven de 26 años. Aunque en esencia parece una viejita de 80 años. Tiene un enojo exacerbado para con cualquier cosa, por ejemplo espera con ansia a que algo se ponga de moda, como un libro o una película, para odiarlo con todas sus fuerzas, y le moleste tanto la película como a quien le guste esta. Todo o casi todo es molesto, cualquier opinión generalizada lo es. Durante las primera entrevista, sentí esta acción de molesta generalizada, a lo que se me ocurrió preguntar - y bueno ¿que si te gusta? A la pregunta, Claudia hizo completo silencio y no pudo responderla. Durante el tratamiento se ha visto que si hay gustos, para los cuales siempre tiene peros y un desvalorizado aprecio. Le agrada dibujar y es muy buena, de eso me he dado cuenta porque me paga cada sesión sacando el dinero de una carpeta donde hay unos dibujos en las



portadas, los cuales me parecen de alta calidad, sin ser claro un experto en la apreciación de dibujos. Le gusta tanto dibujar que se la pasa anhelando comprar material para poder pintar en óleo, para esto ella no hace nada por conseguirlo.

A Claudia le desagrada mucho no aparentar su edad, aunque por otro lado le molesta hacerse cada vez más veja. Dice sentir que no ha hecho nada, a veces, sobre todo en vacaciones de la universidad, “se siente como parásito en su casa”. Aunque si ha tenido trabajos de medio tiempo o en vacaciones estos no han sido relacionados con su carrera o de gran valor curricular. Viste de un modo aleatorio, no en el sentido del azar, pero si como en un abanico de posibilidades limitadas. Es decir, que parece tener varios estilos, elige uno un día y veces se ve una marcada diferencia de un estilo a otro. A veces es uno muy juvenil, con lo que le señalan su juventud los demás, pero le molesta aparentar menos edad. Usando otras en los que usa pendientes grandes, anticuados, vestidos largos y formales. Pareciera que busca los gustos más imposibles de coincidir con alguien más, cuando llega a lograrlo, se emociona mucho y privilegia a la persona con estos mismos gustos.

Le gustan los libros de ciencia ficción, ha señalado sentirse muy tonta cuando alguien del área se da cuenta de lo que lee, porque seguro ellos si leen psicoanálisis y ella leyendo eso. Además de los libros, las películas de ciencia ficción son sus preferidas. En un año y medio de tratamiento tampoco ha ido a un médico. Contrariamente a su tratamiento analítico donde ha respondido de otra manera, o sea con asistencia casi perfecta y puntualidad pulcra.

## IDENTIDAD SEXUAL

En un inicio del tratamiento si una ocasión en la sesión fijaba su mirada en la mía, era mucho, dos ya era multitud. Dice molestarle mucho la mirada de los hombres, “ellos solo piensan en eso. No les importa que vayan con novia en la calle, me voltean a ver. Me molestan también los que me gritan cosas, son asquerosos. Los viejitos son los peores. En ocasiones cuando se me quedan viendo les digo ¡que! Y ya se voltean o se van, me da risa” a mi mamá cuando estábamos esperando el camión cerca de mi casa, iba conmigo y con mi hermana estábamos chicas, y

recuerdo que unos señores le gritaban cosas y ella solo dijo, “los hombres no respetan ni aun que vengas con hijos”. “Los que van en carros y pitan, que quieren”. En general después de cada situación contada, siempre deviene un que quieren, así como se los pregunta ella, ¡que! Que hay en la mirada de los hombres que le exigen o no una respuesta, pero que ella contesta con una gran pregunta ¿qué quieren?

Recuerda que cuando chica iba en la camioneta de su papá acompañándolo, cuando este al ver a una mujer en la calle le pitó, a lo que pensó “hasta mi papa lo hace”. En otra ocasión un viejito se le quedo viendo al pecho y ella le gritó ¿qué quiere? A lo que el viejito solo se fue, sin decir nada. Después se sintió muy culpable por que vio que este viejito llevaba unas libretas, tal vez para sus hijos, quizá es padre.

En otra ocasión, y en esta si me apropiare de la interpretación; dejare ver un fenómeno muy exquisito del deseo sexual humano. En un día lluvioso Claudia había tenido mucha precaución de no mojarse, se enteró por el noticiero que iba volver a llover a media mañana, por lo que salió preparada con botas y paraguas. Se reía de la gente que no lo hizo, al salir de su turno de prácticas ella, iba casi burlándose de los pobres descuidados y desdichados que no precavieron traer paraguas consigo. Al llegar a la parada del camión que la llevaría a su casa y en el cual todos los días espera, había un gran charco de agua estancada por la lluvia. Por tantos carros que habían pasado, ya tenía calculado hasta donde llegaba el salpicón de agua. Esta agua por su estancia en medicina, dijo saber que estaba llena de huevecillos y bacterias. De las cuales tenía una repugnancia desde este saber adquirido por las aguas estancadas. A tras de esta parada están unos talleres mecánicos, en los cuales siempre le gritan, chiflan o dicen piropos. El salpicón empezaba cada vez allegar más lejos, pero no quería hacerse más para atrás por los dichos talleres. A lo que se fue haciendo cada vez más hacia adelante. Al siguiente camión que paso, la baño por completo; después de un victorioso cuidado de su integridad al agua todo el día, vino perdiendo este invicto en el más simple riesgo a evitar: es decir el charco estancado. Con solo hacerse

para atrás hubiera evitado cualquier salpicón. No lo hizo por los talleres mecánicos, recordando lo asqueroso del agua y lo repugnante que le resultan estas insinuaciones y miradas de los hombres. Esto es con todas las de la ley y muy a la ortodoxa: un cumplimiento de deseo.

## EVENTOS RELEVANTES

Claudia estudió medicina durante 5 semestres, la elección de esta carrera fue porque en un principio (y todavía) Claudia tiene la curiosidad de “que hay adentro de la cabeza. Le interesaba mucho entrar a esas disecciones y el descubrimiento de la anatomía del cuerpo humano. Muy interesante si recordamos lo del cuerpo de Claudia y saber si ella tiene uno y como funciona. Tiene interés de conocer el cuerpo humano, pero no el del estudio de pacientes enfermos o cadáveres; si no el de ella. Semestre tras semestre tenía la sensación de querer abandonar la carrera, pero había algo que la hacía temblar en esa decisión, esto era para ella “perder un lugar”. ¿Cuál? Claudia no ha sabido decir exactamente qué lugar era, ni yo he entendido aun. Después se quedó un semestre sin estudiar, lo que fortaleció esas ideas en su descripción, de un parasito. Entró después a psicología, ya con la idea de “ser demasiado grande para estudiar, y hasta cuando sus papás pagarían sus estudios y a mantener económicamente” (y psicológicamente). Algo habrá entendido de su cuerpo en medicina. Pero creo sigue en busca de qué hay adentro de la cabeza humana, de su cabeza. En su segunda carrera, psicología, lo más trascendental que ha mencionado es la manera de llegar a tratamiento, ese fue también su motivo de consulta. Y es decir: “en las entrevistas me dijeron que viniera”. A esta decisión, la madre se ha mostrado renuente, no le agrada la idea de que venga a tratamiento, preguntándole en repetidas ocasiones -que hasta cuando seguirá asistiendo-. A lo que Claudia no le responde. Y es que esta madre le dice: “por qué no te curas sola como yo” “yo me curo sola escuchando música”. A diferencia de esta cabeza de la madre, creo que Claudia alcanza a entender que no es por ahí, que ella puede alcanzar un entendimiento diferente del de su madre y saber que hay

adentro de su cabeza. Además de saber cuál es la de ella, la de la madre se cura sola, pero la mía no, Claudia se empieza a separar de la madre.

## CONSTRUCCION DE CASO

### LA SIMBIOSIS COMO (DES) ESTRUCTURACIÓN

Mencionaré casos muy “extraños” que se presentaron en la práctica clínica con Claudia; los llamo extraños por nunca haber presenciado algo parecido. Y es que Claudia, en relación con el deseo de la madre de ser quien les resuelva la vida a sus hijos en colaboración con el padre - ya veremos más adelante porque de la colaboración del padre - Claudia parece que llega a formar una relación muy confusa con la mente con quienes convive. Es decir parece haber un borramiento de sujetos, en donde por un momento, por una frase, por un síntoma, o por un sueño, ambos sujetos fueran el mismo.

Claudia ha causado esto en su analista (o sea yo) y en otras varias situaciones con otras personas que describiré a continuación. Existe una compañera la cual denominaba Claudia como la del “aventón”, en estos caminos de aventón con su compañera y que ella describe como interminables, de extensa tensión por la falta de plática; la mente de Claudia al ver con que naturalidad manejaba esta chava, se cuestionaba si alguna vez ella ha andado en camión, si lo ha usado y para que ocasiones lo habrá echo. A lo que enseguida, la chava sin tener comentario alguno previo al tema que rondaba la cabeza de Claudia, dice: “yo nunca he andado en camión, que se sentirá”. A Claudia le sorprendió mucho. En realidad, este tipo de experiencias han sido muy comunes y reconocidas anteriormente por Claudia.

Ya en tratamiento un día anterior de sus sesión, yo soñé con una niña que ocupaba la sesión de Claudia, ella estaba afuera muy molesta por no entra en su tiempo, a pesar de esto yo no hacia salir a la niña, ni entrar a Claudia. Ya en el día de su sesión, Claudia comenzó hablando de un sueño. Asombro el mío cuando dice: “soñé que una niña estaba en el horario de mi sesión, y que sabias que estaba afuera y no me atendías”. Desconcertado por lo que estaba pasando,

empecé a pensar en ese momento que clase de experiencia clínica tenía ante mí, solo pude como buen psicoanalista ortodoxo, pedir que asocie del sueño, para interpretarlo después.

Esto no pudo lograrse, la poca o casi nada de experiencia ante un caso similar, nulo toda posibilidad de interpretar el sueño por su contenido, así como también anular toda opción de interpretar semejante fenómeno transfe-contratransferencial que teníamos en pleno. Las pocas lecturas o referencias que tenía sobre una tal Margaret Mahler, llegaban a mí, tratando de decirme o de orientarme que tenía ante mí un proceso parecido a lo que la teórica austriaca denomina como separación-individuación y que lo vivenciado ahí respondía sin duda a algo que tenía la vaga impresión de saber cómo Simbiosis.

Ni esas efímeras referencias lograron producir en mí alguna intervención que reconozca ahora como oportuna, o digámoslo mejor, indicada. Lo ahí expuesto se podría definir con la siguiente explicación de Mahler (1968): “El rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somato psíquica, omnipotente, con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos separados”

Fenómeno clínico de una omnipotencia psíquica de Claudia, la cual había logrado que los dos fuéramos un solo ser, el cual había tenido no dos sueños, si no uno solo, un solo sueño, es decir el mismo sueño. Cualquier analista un poco perspicaz podría poner en duda tal fenómeno y llamar a la quietud de este escrito diciendo en voz alta: mera y pura contratransferencia. Pero recordemos que llevamos dos casos en los que hemos encontrado hasta ahora este reflejo psíquico en los vínculos de Claudia. Primero, el sueño aquí contado junto con el analista; segundo, las palabras expresadas por la compañera del aventón que enuncia los pensamientos de Claudia y dice: “nunca he viajado en camión, que se sentirá”. Como si el pensamiento de ambas fuera uno solo, no hay límites corporales o psicológicos. Claudia piensa, tiene una duda acerca de su

compañera, y en contraparte esta parece escuchar y a la vez sentir la necesidad de responder a tal duda, por consiguiente expresa el sentimiento no de ella, ni de Claudia, si no el de las dos, o mejor dicho el de una misma. Ejemplo claro de simbiosis, la fusión alucinatoria o ilusoria, somato psíquica, omnipotente, en palabras de la propia Mahler.

Posteriormente durante el tratamiento en una asociación enunció que cuando ella se sentía un poco enferma, o cuando ya lo estaba, iba y le avisaba a la madre. Después de hacer eso, se le quitaba la preocupación por su enfermedad. Para ser enseguida la mamá la que vaya con el médico, en palabras de la propia Claudia dice: “la que va a consultar por mí”. “A mí no me gusta ir, pero a mi mamá parece que le encanta” “Se la pasa todo el día consultando” “ella va a consultar por todos nosotros”.

Durante un largo tiempo yo empecé a sentir un dolor cerca del corazón, que cesaba si daba un leve masaje. Hasta fui a consultar varias veces, al no ser tomado en cuenta por los médicos desistí. Dos meses después de estos síntomas míos, la paciente avanzó su tratamiento al fin menciona algo de su cuerpo. Revelemos el dato que ella no ha ido a consultar con un médico desde que inició este tratamiento en julio del 2010. (Esto es escrito en noviembre 2011. Los datos actuales del tratamiento arrojan que tiempo posterior a estas fechas fue a una visita con el médico). Y tal fue mi impresión cuando dijo que tenía unos latidos molestos que le quitaban la atención, antes de dormir, o cuando iba a leer. Eran “unos malditos latidos”. Con toda la prudencia que es de manejar la contratransferencia, hasta ahorita y por los elementos mencionados, considero estos dolores, como el dolor de un mismo cuerpo. ¿El mío, el de Claudia o el de la madre?

En realidad no son dos dolores separados, si no uno solo, el de un solo cuerpo. Pero no el que forma conmigo, si no con el que formo en una ocasión con su madre. Nos dice Mahler al respecto: “el límite corporal se amplía para incluir al de

la madre y es este límite común el que está catectizado” (1968). Ante este nuevo fenómeno que hacía aparición en el proceso analítico, ya con la atención de los eventos anteriores, interpreté esta cuestión del modo que la explicamos hace un momento. Le señale de mi malestar físico parecido al suyo, y que es ella la que provoca así como en las situaciones anteriores, fenómenos que son vividos por otra persona, pero que parten de sí misma. A lo que contestó algo exaltada y molesta, “este es mi terapia y si tú te sientes mal ve a hablarlo con tu analista”. Respuesta que a los analistas perspicaces dirán: ¡sí! ¡Ahí está! Le está diciendo que la está regando, contratransferencia con todas sus letras.

Sin embargo esta respuesta de parte de la analizante corrobora mi interpretación. Recordemos que es ella la que le dice a su mamá que se siente enferma para que sea la mamá la que vaya a consultar por ella, y no nada más por ella, si no que consulta por toda la familia. Al parecer nadie va al médico en la casa, solo la madre que en palabras de Claudia “se la pasa todo el día consultando”. Lo que muestra con esta reacción, es que me quiere mandar a consultar por ella con mi analista. Me dice ve y trátalo allá. Como si fuera algo mío, como una reacción neurótica que niega tal interpretación. Pero esta negación y decir que mi malestar es solo mío y que lo vaya a tratar con alguien más, corrobora el hecho de que quiere lo contrario, que no quiere separar su dolor del mío, sino que lo quiere mantener junto, de ahí su reacción. “cualquier situación que amenace con romper esta unión ilusoria es recibida con auténtica crisis de angustia.”(Mahler, 1968) La interpretación parece angustiarse tanto porque tiene función de bisturí en esa unión simbiótica que despliega transferencialmente. Por eso la niega, y además la niega con gran cantidad de angustia, de ahí su reacción exaltada y molesta.

Simbiosis en las explicaciones biológicas puede describirse como el que dos organismos viven en asociación funcional para su ventaja mutua. Es decir una cierta complicidad de ambos organismos ante la utilidad que se deriva para ambos. Margarte Mahler señala en su obra que la simbiosis es en cierto período normal, y hasta necesaria para el desarrollo emocional del niño en la unión con su



madre. Pero que esta unión debe irse disipando en el proceso separación-individuación; que tales fijaciones o regresiones a esta etapa simbiótica, sería conocida como Psicosis simbiótica.

Anteriormente señaladas características de la madre parece posicionarla como alguien que resiste a concebir a Claudia como un objeto separado de ella. No creo que la paciente tenga cuerpo propio. ¿Qué quiere decir esto? Bueno en el sentido del cuerpo psíquico, solo estrictamente en este sentido. El cuerpo de Claudia sería oscilatoriamente uno solo, a veces con la madre, con el analista, o con las demás personas, como esta compañera del “aventón”. Otro caso en el que llevaba una nieve en un cono, se le venía derritiendo, manchándose y chorreándose las manos con el helado ella se veía y se sentía incapaz de cómo solucionar ese pequeño desastre, a lo que una compañera de facultad que iba a su lado le limpio las manos con una servilleta. Escena bastante extraña, pero que aunque en menor medida remarca la unión de pensamiento y acción.

Agregando más, en un sueño mío veo a Claudia acercándose a mí en una sesión demasiado, como seduciéndome y diciendo unas palabras las cuales no pude recordar. En efectos del sueño la sesión la estábamos llevando en un baño. Más allá de lo pintoresco del sueño, y de lo perspicaz y deductivos que puedan ser los lectores de esto; al otro día Claudia, me esperaba en la sala de costumbre, cuando voy llegando a la puerta, se para con un movimiento brusco e intrusivo a mi espacio personal, y me dice: “no puedo quedarme tengo un examen a esta hora”. Temprano ese día pensando en el sueño me decía a mí mismo: que podría ocurrir parecido a lo que soñé, no sabría qué hacer si pasa algo parecido. La cautela estaba de sobra tomando en cuenta los fenómenos que ya había vivido con esta paciente.

Repasemos los elementos del sueño similares a lo ocurrido al día posterior. Primero ocurre una invasión que yo reconozco a mi espacio personal, segundo tiene que ver con la sesión sin duda, aunque no esté adentro, es en relación a ella

en tanto me dice que no se puede quedar. Tercero, la seducción esta invariablemente con el acercamiento corporal y tal vez menos notoria en su discurso de excusa y disculpándose por “no poder quedarse ya que tiene algo muy importante que hacer”. Bastante seductor cuando un paciente nos dice del porque no pueden venir a su sesión o a posteriori el por qué no pudieron venir. Y cuarto son estas palabras indescifrables, con un discurso aproximativo. Sin duda todos estos elementos hicieron après-coup con el sueño. Debemos mencionar que lo peculiar de la situación resaltaba para mí, porque Claudia era una paciente puntual y casi de asistencia perfecta (¿simbiosis?) sin ningún contratiempo o aviso de cancelación de este o ningún otro tipo. Estos fueron los casos más notorios de manifestaciones simbióticas, hubo otros menos llamativos que por tiempo, espacio y relevancia omitiremos en esta parte.

¿Los datos arrojados hasta aquí nos dan prueba suficiente de señalar el caso de Claudia como una psicosis simbiótica? Esta pregunta nos liga invariablemente con nuestro objetivo, que es ir delineando el diagnostico difuso de Claudia y las implicaciones que tuvo en su proceso.

## Separación-Individuación

Continuando con las especificaciones de la psicosis simbiótica Mahler (1968) nos dice de la “Inhabilidad sorprendente de parte del niño psicótico, para poder siquiera ver el objeto humano en el mundo externo, no se diga interactuar con el cómo otra entidad humana separada”. En un inicio del tratamiento si una ocasión en la sesión fijaba su mirada en la mía, era mucho, dos ya era multitud. El rehusamiento a mirarme era por lo más notable. Más allá de la renuencia de los pacientes a hacerlo en un inicio es sabido, pero ante un tratamiento ya prolongado y llevado cara a cara resaltaba más la imposibilidad personal de Claudia a poder hacerlo. Al señalar esta imposibilidad de mirarme ella solo podía decir que no podía, que se le hacía muy difícil verme. Lo más que llego a decir al respecto fue que no quería saber que caras hacia o que mirada tenia mientras ella hablaba. Lo

que revelaría la explicación de Mahler en la dificultad de interactuar con alguien más como persona separada. El ver mis posibles reacciones o mis miradas durante sus relatos pondría en escena una interacción, aunque sea gesticular, pero al fin interacción.

En las despedidas de vacaciones aparecía muchas veces un hecho distintivo que caracterizaba los cierres antes del receso. En una ocasión no pago la sesión, en otra cancelo esa última sesión, y en otro no paro de decir que no quería ir esa sesión. Era cotidiano mencionar que no quería ir, pero esa última sesión fue algo más insistente. En todas el sello característico es la negación de la despedida, es decir de la separación. Podría decirse que existe un miedo a enfrentar esas separaciones. “Estas severas reacciones de pánico son seguidas por producciones restitutivas que sirven para mantener o restaurar la función narcisista, la ilusión de la unidad con la madre o el padre” (Mahler, 1968). Al hacer esto Claudia mantiene la ilusión de la unidad, o sea no hay y no hubo separación por el receso vacacional. A esto le refuerza lo que comentó una ocasión: “a mí no me gusta deber, porque me deja la sensación de que tengo algo pendiente con alguien, me gusta dejar todo concluido”. Con no pagar la sesión lo que está haciendo es dejar algo pendiente y no concluir su relación conmigo, a modo de restituir nuestra unidad. Si yo soy la que cancelo la sesión no la pago o digo indiferentemente que no quería venir, *“yo mantengo omnipotentemente la unidad yo la controlo y además la mantengo”*.

Por ultimo veremos en las frustraciones que marcaron a Claudia como una persona bastante intolerante ante las aversiones de la vida. El reprobador una materia, además en circunstancias bastante extrañas, le puso en predicamento dejar la carrera, mencionó que iba a dejar todo, el tratamiento, la universidad, que ya no le importaba nada. A pesar de ir en un semestre bastante avanzado eso no era elemento que pusiera en balance su frustración actual. Al respecto diremos: “estas criaturas son a menudo extremadamente intolerantes ante pequeños fracasos: una caída al inicio del aprendizaje de la marcha puede ocasionar que ya

no vuelva a intentar caminar, un golpe al tomar un objeto puede producir inhibición extrema en la prensión, etc.” (Mahler, 1968).

En otra ocasión cuando tenía alrededor de quince años me comenta: “yo le pedí permiso a mi mamá para ir a una fiesta era la época en que empezaban a hacer quinceañeras mis amigas y pues todos iban, estaba cruzando la avenida cerca de mi casa el evento y mi mamá no me dejó ir, desde entonces ya no le pedí permiso para ninguna fiesta, me dije si no me dejó ir a esta no me va a dejar ir a ninguna”. Bastante catastrófico el pensamiento de Claudia, ante la frustración de un primer intento negarse a intentarlo después. Pero digámoslo, el negarse a intentarlo es a la vez para mantener la unidad con su madre. Si se aleja quien sabe si la madre este ahí cuando vuelva. Para que haya un proceso de separación el niño debe contar con el objeto intrapsíquicamente. Es de ahí que el niño con psicosis simbiótica esta físicamente y motrizmente listo para separarse de su madre pero emocionalmente no.

Volvamos a preguntar ¿Claudia con estos datos podríamos prever, diagnosticar, tratar y pronosticar nuestro tratamiento como una psicosis simbiótica? Provisoriamente diría que sí, pero les pediré que se mantengan incrédulos a la respuesta aquí expuesta.

## Prisión y deseo maternal

Pasemos a hablar en otros términos de la psicosis, que corroboraría, el anclaje de la personalidad de Claudia en una etapa muy temprana de su vida. O mejor dicho el anclaje de su conflicto. La madre de Claudia es una mujer muy peculiar, ella se dice así misma una mujer cerebral, “el sexo solo sirve para tener hijos y ya después no se debe hacer”. Le dice a Claudia cosas bastante impresionantes como: “tú no lloraste ni al nacer”, “tú nunca llorabas de chiquita”. “Siempre te traje bien limpia”. A eso sumemos la actitud actual. Siempre es y ha sido muy protectora de todos sus hijos. A la hermana mayor de 29 años, le toma el teléfono

ante una discusión con su novio, poniéndose a discutir con el muchacho sobre la relación que tiene con su hija. A Claudia le manda un mensaje todos los días, a pesar de que ya tienen acordado que saliendo de su horario escolar irá a comer a su casa, le escribe diciéndole “¿ya vienes?”. Al inicio del tratamiento la madre puso presión para que Claudia no llevara terapia, diciéndole cosas como: “por qué no te curas sola como yo”, “yo me curo escuchando música”, “tu porque tienes problemas te hemos dado todo”, “tú no tienes por qué llorar, si tú no has sufrido nada, yo sí”. Al hermano menor de 14 años lo trata igual, no lo deja salir ni a la papelería, prefiere ir ella. Ante la primera aproximación de una posible novia del hermano, ella se comportó agresivamente diciendo quien es esa “zorra”, “tu no debes de tener novia”

La madre de Claudia parece comportarse como si el mundo externo fuera una extensión de su matriz. Como si negara la posibilidad de que sus hijos pueden controlar y guiar su vida y sobre todo sus deseos. Aún más, *como si todavía fueran parte de ella, una extensión de su cuerpo que no pudieran desenvolverse por ellos mismos, si no solo a través de su deseo. “Ellos deben desear lo que yo. Ellos son yo. Si ellos se enferman yo me enfermo. Yo soy ellos.”* Unidad simbiótica perpetuada por la madre. Si pensamos un momento en la psicosis por forclusión del nombre del padre. No estaríamos lejos de ubicar esto en Claudia. Una hija que está atrapada en el deseo de su madre en donde no hubo corte o prohibición y en donde madre e hijos gozan los unos de la otra y la otra de unos en una unidad psicótica. Donde ambos cuerpos gozan de un mismo deseo, el deseo de la madre. Pero porque es prohibido es angustiante. Con esto podríamos suponer que la unidad simbiótica a la vez que se niega por prohibida, se perpetúa por la incapacidad de salir de ella.

Como una reacción de escape en la vida de Claudia una ocasión me narró un conmovedor recuerdo que pondría de relieve las ansias de una niña que reconoció la prisión deseante que aguardaba su madre para ella y quiso escapar.

“tenía como dos años y medio, iba como en un pulga creo, cuando en esos pasillos muy grandes mi mamá me bajo, y yo recuerdo que vi el pasillo y corrí y corrí, hasta que vi a una señora, la señora me extendió los brazo, y yo también se los di, me cargó y en eso ya venían mis papás buscándome y diciendo es mi hija” “se me hizo muy extraño que un niño se vaya corriendo así de sus padre, dándole los brazos a una completa extraña” dice Claudia. Podríamos pensar hasta ahora, que esa escena podría ser la huida física, la puesta en acto de una huida mental deseada. Y mencionemos que extraño que haya un recuerdo tan lucido a esa edad y con qué contenido.

## El narcisismo perdido

El caso de Claudia la mayor parte del tiempo me mantuvo una alerta si no roja, al menos siempre en ámbar. Fue un caso del cual no podía dejar de cuestionarme la función diagnóstica en un proceso terapéutico y en particular de este. Me llegaba la sensación de; “si estuviera más seguro del diagnóstico las intervenciones serían más eficaces”. Esto último lo digo con toda la firmeza y el quehacer objetivo del analista y no como un desbocado sentimiento humanitario de poder corroborar la ayuda.

Entre los rasgos simbióticos estructurales conocidos como normales, los rasgos patológicos de dicha simbiosis específicamente en Claudia y por ende la cercanía con rasgos psicóticos; me daban tarea por hacer y pensar. Bastante batalla había. Pero no solo había fuego que venía del este (psicosis) sino también del norte, y si me adelanto un poco en la exposición les vaticinio que habrá del oeste también.

Esta batalla que menciono del norte la notaba al registrar pensamientos como el siguiente: “una vez mi hermana dijo algo después de un anuncio que salía hace tiempo, que te preguntaba que quisieras ver antes de morir y ella dijo que quisiera verse a sí misma. No a través de alguien más o de algo artificial como un espejo,

si no ella misma verse”. “yo también quisiera hacer eso” Para agrandar la explicación de Claudia, sería como verse a ella misma, no a través de otra persona. Si no ella misma verse, corroborar su existencia por sí misma. Y bastante más llamativo es que quiera comprobar su existencia, el que realmente existió, justo en el momento que lo va a dejar de hacer. Como solo querer comprobar la existencia de sí misma por un instante, el instante antes de morir.

También recuerda mucho el hecho de que cuando le preguntaban en la calle como se llamaba, ella decía Sara (el nombre de su hermana mayor). Un sentimiento de falla en sí mismo es una de las principales características del cuadro narcisista. Ante tal falla la introversión de la libido es puesta en acción, retirando la libido del mundo exterior, de los objetos, y regresada hacia sí mismo. ¿Qué pudo haber originado tal falla en el sentimiento de sí mismo en Claudia, que no se reconocía por su nombre propio ante los demás, y fantasear con corroborar su existencia o tal vez experimentarla por primera vez en el momento antes de morir?

El sentimiento de sí, que es la instancia narcisista, es diferente del yo. El yo es la instancia de la personalidad más consciente, y se rige por principio de realidad. El sentimiento de sí es una meta instancia. Es decir un sentimiento de todo el ser. Esto incluiría todas las partes de la personalidad; el súper yo y al ello, aun y con las aproximaciones viscerales de los impulsos inconscientes. Como ya lo habíamos definido el sí mismo, es el sentimiento de ser un ser. Contiene tanto ese narcisismo primario, amor por sí mismo, engrandecimiento, omnipotencia; así como el narciso secundario ese que se recobra cuando se retrae del mundo exterior. Cuando se introyecta de los demás el ideal del yo, lo que quiero ser de grande, a lo máximo que aspiro y así recobrar ese sentimiento originario de la infancia; el amor propio.

En nuestro caso Claudia parece experimentar una falla intrapsíquica de su sentimiento de sí. No parece vivenciar tal sentimiento y además duda de si alguna vez lo ha sentido. Claudia hablando de lo que parece repetirse como una

dependencia a esperar a que su mamá haga cosas que bien podría hacer ella comenta: “con la ropa es algo parecido, mi mamá no se compra nada para ella, siempre nos compra cosas a nosotros, muy seguido llega y me dice mira lo que te compré. Tengo mucha ropa pero a mi casi no me dan dinero para que yo la elija, pero supongo que es lo mismo, no hay diferencia de que ella me la compre o yo, si como quiera tengo mucha.”

Alarmante escuchar en una joven de 25 años tal grado de desasimiento hacia su autonomía. Bien podrían no darle dinero para comprarse ropa, puesto que los padres pensarían “ya está grande que trabaje y se compre su ropa, o le doy para que ella se compre aunque se poca”. Pero lo interesante aquí es todo lo contrario, es mucha ropa, y ella (la madre) se la compra. A lo que Claudia no le ve diferencia alguna, mientras tenga mucha es igual si me la compra ella o yo, aunque menciona la palabra “creo” como el vestigio de duda a si acepta tal situación. Esto es sin duda una falla de independencia que nunca experimento Claudia. Durante su adolescencia recordemos el incidente de pedir permiso para una fiesta y luego no pedir nunca más. No mostró características de rebeldía o desobediencia. No sale de noche y en vacaciones se la pasa casi la totalidad del tiempo en su casa. Esta liberación del adolescente en busca de su identidad, de su reafirmación sexual, del anhelo por sus aspiraciones personales, la consolidación en los ideales narcisistas. Todo lo anterior parece no haberse manifestado de una manera hiperpotente en Claudia como en la mayoría de los adolescentes.

Lo anterior viene a acotamiento porque recordemos que las fallas narcisistas están en relación a estos ideales yoicos, o súper yoicos. El que una joven de 25 años no tenga el impulso de querer dejar notar su gusto por la ropa es de lo más peculiar. Y más allá de la ropa lo que está en juego es su decisión. Es decir, poder hablar, decirle a la madre yo tomo ya mis decisiones, son las que yo quiero tomar no las tuyas. Esta pequeña duda de “creo que no hay diferencia” es la inseguridad o la falla en el sentimiento de sí que le imposibilita cuestionarse lo siguiente; ¿yo



deseo ropa? ¿Yo deseaba esta ropa? ¿Yo tengo gustos propios? ¿Tengo los gustos de mi mamá? ¿Yo tengo decisión propia? Y tal vez la más importante ¿yo soy propia? Esa pregunta que esta de fondo y le mantiene la fantasía de saber si ella es si misma, si existe, si existió, si se llama en realidad Claudia o Sara; en fin todas estas dudas narcisistas.

Para terminar con esta línea de pensamiento en la que vemos en Claudia todas estas fallas de sensación o reconocimiento de sí, hay otro momento bastante resaltante en el que ella se siente como un celular con fallas, relacionándolo con el por qué no va a consultar al médico. “a mi celular a veces le falla la pantalla, y mi mamá me dice llévalo tiene garantía, pero se me hace que no debo llevarlo, porque a veces si jala y a veces no, se me hace lo mismo como, que débil que haya salido así descompuesto”. Lo que nos está diciendo aquí no solo es la renuencia a sentirse débil corporalmente por una enfermedad física; a la vez es la debilidad psíquica de la que nos habla. Que terrible frustración sentir que no salimos bien de fábrica. Terrible sensación también la que experimentaba ahí en su propio tratamiento al cual por cierto no faltaba, y en el cual siempre se quejaba de que no quería ir, y es que ahí también era una afrenta narcisista.

## Yo sola vivo mejor

Ahora veamos otra cara de la falla en el sentimiento de si en Claudia, este es un lado que hace girar la atención a otra gama de características narcisistas diferentes. Ella ha mencionado que cuando viaja en metro o en camión, o solo al andar en la calle, siempre lleva los audífonos de su reproductor de música puestos con el volumen más alto, así como lentes de sol. Esto esperando a que nadie le hable, y si llega a ver a alguien conocido no hablarle tampoco y disimulando que no lo vio. También ha expresado de diferentes maneras su deseo de estar sola. Le gustan mucho las películas donde se despiertan las personas y son los únicos sobrevivientes sobre la tierra, además de fantasear con estar en un desierto

grande y solo; otras veces en un paisaje pero en el cual no se veía ninguna casa o persona cerca.

En un inicio del proceso Claudia mencionó solo haber tenido un novio con el cual había andado más o menos tres meses. Al modo de iniciar la relación y otros acotamientos relevantes los veremos después. De esta relación resaltaba una cantidad de angustia despertada en ella cada vez que él le pedía conocer a su familia, o conocer su casa. Claudia explica que eso sería como si la conociera mucho y era algo que no quería. “si lo invito a mi casa en algún momento se tendrá que topar con mi mamá y tendrán que hablar, y no quiero eso”. En otro momento él le dijo ya sé dónde vives, lo que causó un suspenso muy fuerte en ella derivando que momentos después ese mismo día ella terminara la relación con él. El que alguien pudiera conocerla, saber de ella, era motivación de angustia, un disparador interno le hacía levantar torretas de alarmas. Esto significa que alguien sepa de ella, que alguien sepa de sí misma. Pero esto significara que la angustia es por; ¿Qué nadie sepa de ella misma? ¿Qué alguien sepa de ella misma además de ella? ¿Qué alguien sepa de ella más que ella misma? Y además ¿quién es ella misma, que parece abarcar a sus miembros de la familia y su casa? Como si; su sí mismo estuviera conjugado con el de sus familiares y su casa, similar a los hechos simbióticos o a los gustos y deseos imbricados respecto a la compra de ropa.

Revisando aspectos parecidos Claudia menciona no haber mantenido relación constante con sus amigas de la primaria, ni con las de la secundaria, igualmente con las de la prepa. Ellas las menciona como “personas que se van quedando atrás” a veces cuando ve que sus amigas de la facultad cuentan que se reúnen con sus amigas de la prepa o de la secundaria se le hace muy extraño ya que ella no frecuenta a las suyas. Ha contado de amigas que fueron muy cercanas a las que pareció querer mucho pero a las mismas que no ve. Si recordamos los ejemplos citados del narcisismo secundario, primero al enfermo que ante un cuadro de gripe severo olvida a amigos, pareja, trabajo, hasta que tenga fuerzas

de volver a verlos (de volver a amarlos). O el parafrenico en el cual recae toda la energía que había afuera para volcarse sobre sus delirios de grandeza o de persecución. De la misma manera Claudia parece por momentos de su vida desplegar este afecto hacia sus amigas, novio, pero después esta energía parece solo desaparecer. Desaparecer de los objetos, y no así tan visiblemente vuelta a Claudia. Conjunto a ello, la prevención a desplegar su afecto hacia el mundo es comprobable en la reticencia a establecer relaciones con gente que conoce y que no conoce por su comportamiento solitario y alejado de las personas cuando viaja en la calle. Así como sus fantasías de un mundo solo para ella, o un paraje amplio y espacioso solo para ella.

La explicación Freudiana devela en el caso de Claudia dos posibles líneas de investigación; ¿es en Claudia un problema de narcisismo primario tal vez nunca logrado, una falla sistémica que le impidió reconocer su sí mismo, o, un problema de narcisismo secundario altamente patológico en el cual ella retira toda su libido del mundo para reestablecer su equilibrio interno?

Más sería, sería la resolución por la primera opción, esto nos indicaría un cuadro de autismo psicótico parecido al descrito por Mahler. La segunda nos señalaría que es un cuadro de los llamados trastornos narcisistas, y que si, consideramos los rasgos psicóticos estructurales se conjugaría para poder decir de estos casos que se conocen como línea borde.

Esto nos liga en nuestra labor académica de este escrito a hacer un pequeño nudo intermedio en el que nos planteamos de nuevo, ¿que con el diagnóstico de Claudia, y que con esta variada gama de rasgos y que también con el intervenir clínico a todo lo anterior?

En Claudia podríamos decir que es un narcisismo perdido. Lo que tal vez sería la primera opción denotando un cuadro de ausencia de sí mismo. Pero por el

contrario, no se pierde lo que no se ha tenido; si lo tuvo y lo ha perdido, no así reencontrado.

## Reencontrando el narcisismo

En su proceso de análisis, busca reencontrarlo por sus propios medios y no del modo en que fue heredado por su madre. Su madre insistía al inicio de su tratamiento que lo dejara, que hasta cuando tenía que ir, que por qué no se curaba sola como ella, solo escuchando música ella se curaba. Si Claudia hubiera echo aprecio a las indicaciones de la madre, hubiera recobrado la “salud” del modo en que lo hacia su madre, y hubiera sido reencontrar la fusión con su madre, más justamente este tipo de cosas son las que no quería reencontrar, la madre diciéndole que hacer y cómo hacerlo, que desear y cuando hacerlo.

Cuando viene a su primera sesión Claudia me cuenta que le fue muy mal en unas entrevistas de ingreso a un semestre en su escuela; en las cuales en todas le recomendaron insistentemente que asistiera a terapia para un mejor convenio. En una entrevista se le mencionó que parecía que le era muy difícil hablar de sí misma, en ella estas palabras tuvieron un eco bastante impresionante. En ese momento y después de él seguían resonando en ella, esto fue así hasta su primer sesión en la que se seguía repitiendo “hablar de mí, hasta suena raro esas palabras, hablar de mi misma”.

Enseguida expondré un fragmento de una sesión en el que se volver a mostrar el conflicto, en el reconocimiento del sentimiento de sí.

Me dice: - tienes cara de aburrimiento.

**– y como te hace sentir eso.**

– pues tonta como si estuviera hablando sola, y no me pones atención, a lo que me digo para hablar sola mejor en otro lado.

**–pero tal vez esto que notas es porque no he hablado y sientes que estás hablando sola.**

– No se la verdad hoy no tenía ganas de venir.

– ¿por qué?

– Porque no. Los días como hoy son muy cansados tengo muy poco tiempo libre, es salir de un lado para ir a otro, también venir aquí. A veces quisiera poder dejar de hacer cosas, pero no puedo y no sé por qué lo hago.

– **Creo que el asistir aunque no querías y molestarte conmigo, también es en parte la molestia contigo por venir, de echo has volteado a verme mucho más que la sesiones pasadas, (recordemos que la renuencia al contacto visual ha sido un factor constante a lo largo del tratamiento) como si hubieras querido encontrar algo porque molestarte desde el inicio.**

– Me siento tonta por no poder decir nada, siento que debería decir algo importante pero no puedo.

– **Bueno tal vez siente eso, por querer corresponder a algo importante que digo de ti.**

Este tipo de respuestas se presentó por lo menos un par de veces más, a lo que era una interpretación de mi parte, de ella venia este tipo de palabras; “no sé qué hacer con eso”, “siento que debería hacer algo con eso” “decir algo” “suena muy lógico” “suena cierto” “pero no sé por qué no puedo hacer nada” “siento que debería hacer algo”. Este tipo de reacciones por parte de ella fue de los elementos que motivaron esta reflexión. Antes este tipo de reacciones en otros pacientes eran pensadas por mí de manera diferente y con justificada razón. Es decir, el grado de aceptación, de rechazo, omisión, resistencias, en fin todo el tipo de reacción por parte del paciente era por mí vista como parte de un proceso bastante cotidiano (neurótico). Sin embargo lo que escuchaba aquí me dejaba perplejo. No había postura interna de parte de Claudia ante el incontable número de intervenciones propuestas por mí. Y diferente a un rechazo de las mismas, en pos de una discriminación al proceso, de una notoria resistencia; en Claudia por el contrario faltaba una postura ante las interpretaciones. No fijaba postura alguna, expresaba justamente su falta de postura, “no sé qué hacer, no sé qué decir”. Pero también reconocía como algo importante lo dicho por mí. Lo que quiere decir tal vez que el reconocimiento inconsciente de mis palabras si estaba; lo que faltaba era una instancia que pudiera mediatizarlas, metabolizarlas mejor. Esa instancia es lo que venimos definiendo en Claudia como su falla sistémica, su sí mismo. Ese sentimiento de ser un ser capaz de hacer algo con ella y con su vida, hacerlo por ella misma y no que los demás hicieran por ella, como su madre. En

otro momento ella se describía como una persona que solo ve pasar el tiempo, como si fuera una espectadora de su vida.

Claudia estudió medicina antes de psicología, el motivo el por qué ingresó a esa primera opción fue: “quería saber que hay por dentro”. Pero cuando fue a las prácticas de anatomía, en donde iban a abrir cuerpos dice, “no fue lo que esperaba y me preocupaba que se fueran a quebrar”. Y claro lo que Claudia quería saber no es lo que hay por dentro literalmente, si no simbólicamente (en ella) que hay por dentro, en esa comprobación de su existencia, de su ser. Y notable cambio y hasta deductivo de su parte hacer el cambio de medicina a psicología en donde la vista de lo de adentro es radicalmente diferente (al menos en algunas corrientes). Pero la apropiación de lo por ella aprendido en clases no es diferente a lo escuchado en tratamiento. Es un no saber qué hacer con ello. A pesar de ser una paciente con conocimientos de psicología, y de psicoanálisis, no utilizaba la jerga que todo paciente sabiendo cree saber para explicarse a sí mismo. En Claudia no es una falla de inteligencia, es una joven muy perspicaz e intuitiva; lo que pasa aquí es de nuevo la falla en la apropiación de su ser, un sentimiento de sí mismo que se apropie de sí, de su vida, de su conocimiento, de sus relaciones, de su deseo. Además de mencionar el aspecto de dañar lo que hay por dentro, como si ella fuera precavida de no dañar a alguien más aunque ya esté muerto, como lo hizo su mamá con ella.

### La muerte narcisista.

Si recordamos los sucesos de Claudia que se ven acompañados de fantasías de soledad, de evitar el contacto con las personas que conoce y que no conoce, hay que agregar un elemento bastante llamativo; la muerte. Las películas que son de su agrado, éstas donde una persona despierta y es la última sobre la tierra, llevan inevitablemente el componente de muerte de los demás. Es decir, no pide estar en otro planeta, ni viajara a otra etapa del mundo donde no haya gente. Si no de un momento a otro ya no hay nadie, algo le debió haber pasado a esas personas,

y lo que pasa en esas películas si las han visto es que mueren ante un desastre de algún tipo. A eso se suma el gusto por las películas donde el novio se muere. Ella no menciona ninguna película, pero podríamos recordar una de las más famosas de ese estilo en el nombre de "Titanic". Dice: "es como haber amado lo suficiente y ya no tener que preocuparte por buscar a alguien, ese es el amor de tu vida, pero se muere y estas triste a la vez" muerte del objeto y a la vez del sujeto, lo neutro, ne-uter (Green1983).

No es un amor platónico como el de muchas solteras neuróticas, que se enamoran de alguien que nunca existió, (bueno de hecho esa es la definición de todo neurótico, se enamora de alguien que no existe) se queda amando a un artista o aun ideal, y a fin de cuentas nunca establece una relación de pareja. Claudia por el contrario no lo siente así, para ella es requisito que esté vivo, pero para que después este muerto, así como en las películas implica un asesinato, en ella implica un asesinato mental. Las personas están vivas y de pronto todas mueren. Y es que estas dos fantasías le ahorraría como dice ella, esa responsabilidad de tener que desplegar sus afectos con el mundo que la rodea. El hacer eso lo ve como una gran carga, como una gran preocupación. Aplica la frase de es mejor haber amado y perdido que nunca haber amado. Pero ese haber amado es el vestigio de esperanza en Claudia. A la vez ese elemento es la muestra de que ella también se amó, es decir narcicismo primario. La muerte del novio es una proyección de su sí mismo, o sea si me ame lo suficiente pero es mejor que así se quede mi mi-mismo; muerto. ¿Volver a amarse ella misma representaría qué?, ¿Qué es lo peligroso de volver amarse ella misma, consolidar su sí mismo y mediatizar su vida y sus relaciones, no ser una espectadora solamente?

Lo peligroso y lo tenebroso en Claudia es que si se ama, amaría también las partes introyectadas de la madre, las partes locas. Amaría también a esa madre acaparadora, posesiva, dueña de la vida de sus hijos y hasta de sus sexualidad, sería introyectar a la madre incestuosa. De cierta manera la reticencia a volver a

consolidar su sí mismo, es la precaución y a la vez la restitución de su salud. Si lo hace estarían estas partes que incitarían al quiebre o al delirio psicótico, o una fusión alucinatoria con el cuerpo de la madre, o con el cuerpo de alguien más en un proceso de autismo simbiótico y agujero del deseo materno.

La restitución de la salud por medio de la muerte es un proceso bastante narcisista, y es que he allí el rastro de las pulsiones de vida y de muerte, ahí donde se juega la máxima característica individual, la carga y descarga de mi energía vital, la vida y la muerte, el amor y el odio. Imbricación pulsional eterna, ya lo dicen los invasores de nuevo León en su canción, *“bajo mil llaves”* (1989) y Freud antes de ellos primero en *“Sobre la dinámica de la transferencia”* (1912) y después en *“pulsión y destinos de pulsión”* (1915): “el odio y el amor son compañeros”. Como explicábamos desde André Green: ¿pulsión de muerte es destrucción del objeto o de sí mismo? ¿Es para encontrar un bienestar o huir del malestar? Green (1983) sostiene que ambos movimientos siempre coexisten. La destrucción del objeto no va sin la de uno mismo. El punto del equilibrio entre del narcisismo es solo asequible cuando las influencias del objeto o del sí mismo sean anuladas. “la plenitud del narcisismo se obtiene tanto por la fusión del yo con el objeto con la desaparición del objeto y del yo en lo neutro, ne-uter” (Green 1983)

Con esto se comprobarían dos cosas; primero, que en Claudia este equilibrio buscado es para anular la influencia de ella sobre sí misma, y la de los objetos que la rodean también sobre su sí mismo. Por eso aleja las relaciones de los demás, novio, amigas, conocidos y no conocidos, y, de ella misma al alejar aquellas interpretaciones que son efecto sobre su inconsciente y que serían por ende un efecto de ella hacia su sí mismo. Por eso de su falta de postura ante las interpretaciones y señalamientos en análisis. Este narcisismo negativo o de muerte como lo denomina Green, sería como una “doble sombra del Eros unitario del narcisismo positivo, porque toda investidura de objeto, así como del yo, implica su doble invertido, que aspiran a un retorno regresivo al punto cero” (Green 1983). Y segundo, corroboraría lo ya expuesto antes al saber que si hubo en Claudia un



narcisismo primario, una instancia e instalación de su sí mismo, sentimiento de ser un ser. Un ser que existió y que sobre todo se amó. Que, porque lo que amó fue a la vez perturbador por contener el deseo materno, se defiende de eso alejando el amor de ella misma y por tanto de los demás. Conflicto narcisista completo.

Cuando Claudia habla de su madre nunca duda de lo que ella dice, no la cuestiona, la perspicacia e intuición de que lo que dice no está bien, si está presente, pero no su impulso a cuestionarla y a quitarla del lugar de dueña de ambas. En una ocasión contaba lo interesante que sería perderse, (recuerden el episodio donde de niña se va corriendo como buscando perderse), “si yo fuera a otro país seguro me perdería, aunque hay teléfonos y taxis, no sé por qué siento que no podría volver” y en otro momento hablaba de una amiga de la escuela que es foránea, la cual tiene su departamento muy limpio y organizado, para lo cual ella según “no podría vivir sola sería un caos”. De lo que nos habla aquí es de su percepción interna, su valor narcisista no le alcanzaría para valerse por ella misma fuera de casa, o específicamente fuera de la relación con su madre. Esto a la vez es anhelado, “que interesante sería perderme”, pero si lo hago no regresaría, y a la vez sería un caos. Pero un caos interno, ¿que se dispararía con esta separación, o que representa esta separación? Representa como dice Green (1983) la búsqueda del punto cero, la anulación del objeto y de ella sobre sí misma. Narcisismo de muerte que la dejaría a ella varada en un caos sin saber cómo regresar de él. Pero anhelado a la vez porque en ese varamiento, solitario, vacío e inocuo, al menos en ese espacio con todo y desastre interno podría ser ella misma.

Para terminar este análisis de la parte narcisista de la personalidad de Claudia, el norte de su proceso terapéutico; digamos de su aversión a comer animales enteros. Quiere decir que si come carne de animales, pero en piezas, “no como animales como chapulines, u otros animales que sería entero, o que podrían comerse enteros de un solo bocado”. Al preguntarle por qué, ella dice “es que te comes lo de adentro”. Esta precaución parecida al dañar lo de adentro de alguien

más, estaba presente en el cuidado del cerebro de los cuerpos cuando estudiaba medicina. Parece como si no quisiera comerse el alma de alguien más, pensando en que tal vez ella sintió que su madre se comió lo de adentro de ella. Y si no se lo comió al menos lo tiene en el congelador para que nadie más se lo pueda comer ni siquiera probar. Algo le falta a Claudia, algo le fue comido o dañado por dentro, su proyección ante los cerebros de los cuerpos o comer animales enteros denotan el cuidado y la consideración que ella esperaba tener de su mamá. Cuando dice que a ella le falta algo que los demás no tienen probablemente también siga refiriéndose a eso. Sobre todo cuando distingue en los todos los demás una facilidad para llegar y hablar con una persona conocida o no, lo cual a ella le es imposible o si lo hace le es de lo más incómodo.

Viendo la estructura relativamente organizada de Claudia en relación a su yo y su carácter, no podríamos decir que lo que le falta, es su yo. Sino, lo que está ausente es ese sentimiento de ser. Lo que conocemos ya como sentimiento de sí o el sí mismo. El narcisismo en estructura, la valencia de ser un ser potencial, con un yo ideal, con búsqueda por momentos y con apropiación por otros de sus gustos, necesidades, deseos, en fin de su vida total. Estamos ya en posición de hacer la pregunta que hace momentos hicimos; ¿es Claudia un caso de un trastorno narcisista? ¿No es ya un cuadro de autismo psicótico, o simbiosis patológica como lo previmos tentativamente antes? Como respondimos en la sección anterior. Si y sí. Las características estructurales, los rasgos y los síntomas, nos dan para validar ambos diagnósticos.

Lo que nos deja en una posición muy abierta a lo que sería el campo de acción, y más que de acción de reflexión por parte del analista. ¿Qué de la intervención clínica cambia, o debería cambiar ante tal apertura en la gama de la estructura psíquica de Claudia? El diagnóstico cada vez más está siendo nuestra incógnita investigativa.

## Neurosis-Oeste

Ya han sido varias las veces en que he mencionado puntos cardinales para referirme primero a la psicosis simbiótica y después al narcisismo. Para que quede esclarecido esto, haremos la siguiente homologación; a la psicosis es el este, lo que a la neurosis el oeste; y el trayecto de norte a sur es lo narcisista (trastornos psicósomáticos, línea borde y perversiones). La dificultad diagnóstica de Claudia motivó a esta reflexión cardinal, en donde a lo largo del proceso recibimos noticias o se podría decir vientos de todas direcciones. Primero vimos las influencias orientales de su personalidad, posteriormente en el narcisismo perdido distinguimos lo meridional, ahora es el turno de lo occidental, es decir de la parte neurótica revelada en el caso de Claudia.

De igual manera como en los aspectos estructurales anteriores, el proceso de Claudia nunca careció de material y ejemplos que pudieran dar cuenta de las teorías que el proceso iba develando. Las sesiones eran ricas en material inconsciente, pero inversamente proporcional la capacidad de hacerlo consciente por parte de Claudia. Lo que nutriría mi duda diagnóstica; ¿son resistencias neuróticas a las interpretaciones y su propio discurso durante la sesión, o son como decíamos en el apartado anterior problemas estructurales narcisistas de reconocer quien es ella misma y lo que es de ella? Veamos.

Claudia hizo referencia de un solo novio que ha tenido, con el cual duró alrededor de tres meses. Ya habíamos mencionado algo de esta situación en relación con el narcisismo perdido, pero lo interesante de esta misma situación es que se desprenden fuertes componentes neuróticos. La manera de conseguir a este novio es bastante peculiar. Cuenta que cuando estaba en la facultad de medicina, éste joven era el amor platónico de una de sus mejores amigas, veamos el fragmento de una sesión...

“ella era como que toda buena, todo rosa, me decía él me gusta y siempre le ayudaba con tareas o con trabajos ... yo nunca le hablaba a éste joven y me dice ella, es que tú no sabes ser amiga, a mí ni me gustaba, ni siquiera se me hacía guapo ni nada, el me empezó a hablar mucho, me invito a salir, y yo le dije bueno, después ya cuando andaba con él mi amiga me dejo de hablar, no sé por qué no era para tanto ... ya cuando andaba con él había otra amiga que llegaba lo abrazaba y se le colgaba del cuello, y a mí ni me daban celos por eso digo que ni lo quería... lo que me gustaba era que lo podía molestar, a veces le mandaba un mensaje bien dramático donde le decía que no quería saber nada del mundo en dos semanas, y él me contestaba muy alarmado que te pasa que tienes, y eso me gustaba que estuviera preocupado y molestarlo” En otra ocasión conto que en una fiesta solo abrazaba a su novio cuando estaba cerca esta amiga que estaba enamorada del chavo.

En toda esta entrampada relación escuchamos claros elementos neuróticos tales como los que se viven en el complejo de Edipo como estructurante; celos envidia, rivalidad, ambivalencia amor-odio, chantaje, en fin. Vemos que este tipo de elección en la histeria es muy común, no así que la mujer tenga consciente el hecho de que su elección esta echa a partir de la obtención de un hombre que está en la mirada de otra mujer. Esto último es bastante esperado, pero que Claudia tenga claro que así lo es, es decir, que lo eligió solo porque a la amiga le gustaba no deja de ser llamativo. Además el hecho de molestar como fuerza que la impulsa a hacer las cosas, ama y odia a su amiga, por un lado la quiere porque está en una relación de afecto como lo es la amistad, y por otra la molesta haciendo algo que entre las reglas implícitas de las amigas esta prohibidísimo, fijarte en el hombre que yo ya aparte aunque sea de palabra. El que haya hecho esto no quita el que si ame a su amiga, es de común que tanto hombres como mujeres cometan este tipo de acciones inconscientes para rivalizar con sus pares en la interminable carrera de la masculinidad y la feminidad. Otro aspecto que es indispensable en el análisis de esta situación es que tenemos que decir, que en Claudia la posibilidad de amar a alguien solo se vuelve posible si va ligado

estrechamente con el molestarla (odiarla), y aunque esto sea algo inherente a cualquier otra relación de pareja, lo indudablemente llamativo es que sea tan explícito en Claudia.

En una ocasión en que amenazaba que iba a dejar el tratamiento y una en particular en que se veía realmente frustrada ante un problema con una materia en sus clases, demeritaba cualquier señalamiento que le dejara ver esta otra parte transferencial por ella aceptada en otro momento, la cual era que al evitar pagar su última sesión o faltar la última sesión antes de vacaciones era signo de querer mantener nuestra relación y poder reanudarla después. A la siguiente sesión llegó diciendo:

“me quede pensando si la sesión pasada fui grosera –por que sientes eso. – pues porque tenía la intención de molestarte, la sesión pasada te veía como cualquier persona” A lo que avanzada ese día yo le comente, “bueno esto es significativo si recordamos que solo molestas a las personas que quieres, tal vez este espacio ya está siendo apreciado por ti” y ella de inmediato esbozo una respuesta algo simpática que corroboraría la posterior interpretación. “te voy a decir lo que le digo a mis amigas, no te creas tanto, tengo otras personas a quien odiar.” Para concluir de mi parte con lo siguiente: “Bueno pero si vemos que solo molestas a los que quieres, también esto significaría, no te creas tanto también tengo a otras personas a quien amar” *Lo que era transferencia simbiótica ora es neurótica.*

Existe una muy singular forma en que se manifiesta la ambivalencia amor-odio en Claudia, esta es empero la forma de sus relaciones de objeto. Esto se convertiría inmediatamente en una neurosis. Tener relaciones de objeto es decir, conflictos con tus amigos, amigas, padres, pareja, vecinos, maestros, son relaciones vinculares en la que tu deseo y el del otro se entremezclan para provocar un conflicto psíquico de repetición inconsciente de patrones mentales. Es decir, el conflicto aquí ya no es con ella misma, siendo un cuadro de narcisismo, sino una manifestación de problemas con el otro, o sea su conflicto no está ya en ella si no es del otro. El otro me causa algo que yo tengo que molestarlo, tengo que odiarlo

y también a la vez amarlo. Esto sin muchas profundizaciones es la neurosis, el eterno desvelo de nuestras relaciones interpersonales, la lágrima y el moco provocado por ese otro que nunca es (y nunca será) como queremos que sea. De aquí en adelante los ejemplos en el caso de Claudia estarán indudablemente ligados a estas relaciones de objeto y por lo tanto relaciones neuróticas.

## Edipo Rey

La relación de Claudia con sus padres es bastante espinosa, si recordamos nada más las características de esta madre devoradora con el “hocico” más grande que yo haya escuchado personalmente. Claudia refleja una gran admiración por su padre, sobre todo la parte seria y fuerte. De vez en cuando que el papá esta triste o con problemas, se va a sentar al parque de enfrente, en ocasiones a llorar. O cuando existe algún problema que hablar con la madre, se salen al patio de atrás a platicarlo. Dejando a Claudia y a su hermano menor dentro de la casa. Existe una forma de separarse si tiene problemas, donde solo él pueda sentirlos, pensarlos o hablarlos, pero dejando fuera de este círculo a Claudia. Es un padre fuerte, serio y responsable. Cuando en una de estas reuniones secretas en el patio, la madre entró muy preocupada y después de un rato le contó a Claudia lo que pasó; y es que el padre de oficio chofer se ha tenido que enfrentar en más de una ocasión a delincuentes narcotraficantes que lo amedrentan y golpean. La madre al terminar de contar le dice a Claudia, “son cosas de la vida”. Claudia ahí no expresó nada pero al venir a sesión lloró como nunca lo hizo antes ni después en dos años de tratamiento. Estaba preocupada y se sentía ahí una genuina preocupación hacia su padre; Claudia estaba sufriendo por alguien más.

En la sesión siguiente llega hablando de un libro que leía en el patio de la escuela, y del cual ocultaba con mucho celo su portada. Después llega un compañero y le pregunta que lees, y ella responde, las aventuras de Guillian. “Lo que me dijo mi amigo fue; yo pensé que era algo de psicología y me sentí muy tonta”. Enseguida a eso empieza a hablar del ruido que existe afuera, lo molesto que es, así no

puede hablar. Le digo: “otras veces también hay ruido y si puedes hablar... tendrá que ver algo con la sesión de ayer que hablaste mucho y fue muy emotiva para ti” me voltea a ver con cara de extrañeza y sigue en silencio. Continuo “parece que hoy estas escondiendo muy bien tu portada, así como allá afuera, qué estas escondiendo aquí. – No sé. Siento que es lo mismo, que repito lo mismo, y después tú me dices algo y no puedo hacer nada con eso. A veces digo que interesante y ya.

En esta situación vamos a encontrar varias cosas. Está la identificación con el padre, un padre fuerte que oculta cosas, se va al parque, al patio, en fin a donde ciertas personas no lo puedan escuchar siendo débil. Claudia hace lo mismo, esconde sus gustos en lectura porque tal vez sus amigas pensarán que tonta, no lee de psicología, lo que la haría débil en su formación como estudiante. Y después aquí en su proceso, hace lo mismo, después de haberse mostrado “débil” viene a mostrar una portada más gruesa y ruda que antes; es decir “no puedo hablar así, hay mucho ruido, todo me molesta”. Lo que le molesta realmente es haberse mostrado débil ante alguien más, igual que el papa. Si el papa no puede mostrarse débil ante ella, ella tampoco ante él.

Cuando salió de sus entrevistas de ingreso a cierto nivel de su carrera, iba limpiándose las lágrimas para no llegar llorando hasta la camioneta de su papá, éste la voltea a ver y le dice “todo es culpa de tu mamá por eso estas así” refiriéndose a su llanto y sufrimiento. Recordamos también el ejemplo del celular que no lo llevaba a arreglar, porque sentiría desagradable aceptar que el celular le salió defectuoso (débil). Después esta la transferencia hacia un analista-padre ante el cual no se puede mostrar débil llorando. Como decíamos en su largo tratamiento son muy, pero muy pocas las ocasiones que se mostró tan emotiva, y cuando lo hizo no fue ni siquiera cerca a esta sesión. Claudia encuentra dentro de ese espacio tan pequeño de metros cuadrados y de tiempo, el modo de irse a otro lado así como el padre. Si bien no hay un parque o un patio dentro del cubículo

donde trabajábamos, imaginariamente encontraba la forma de irse y no hablar conmigo de sus debilidades.

De lo anterior podemos concluir primero que encontramos otra vez la lanza de carga libidinal sobre un objeto, el padre, y sobre un segundo objeto mediante la transferencia, el analista-padre. Y segundo, que estas manifestaciones son a nuestro parecer resistencias neuróticas, o sea procesos defensivo utilizados en contra del afloramiento de material inconsciente, que en este caso sería el análisis de su debilidad interna, de la percepción que de ella se hace como alguien débil, tonta o llorona. Elementos estructurales para creer de Claudia una neurótica.

## El control obsesivo

Tendremos que estar muy pendientes de situaciones del caso que nos sirven para ejemplificar elementos estructurales distintos. Complicaciones que motivan la directriz de este estudio. Si recordamos el modo de vivir o no vivir las separaciones en Claudia como rasgos de una relación simbiótica con el analista, ahora la enfocaremos desde un ángulo diferente. Recordando la primera vez que fue al preescolar, Claudia se acuerda de lo que sintió en esa ocasión, y eso fue la fuerte sensación de llorar por ver a los otros niños hacerlo, por lo que corrió a su mamá rápido de ahí, le dijo que ya se fuera. Al preguntarle por qué hizo esto comenta que los niños le recordaban que ella también quería llorar, por lo que de cierto modo apresuró la despedida sin darle lugar al llanto que sentía por tal separación con su madre. Interesante que una niña de alrededor de los 5 años controle de esa manera la situación. En otra ocasión cuando falleció su abuela materna tenía 9 años de edad, ni cuando le avisaron, ni durante el transcurso del día había llorado, solo lo hizo cuando se acercó al ataúd a ver a su abuela, y una segunda ocasión durante una canción o un rezo en donde todos empezaron a llorar; “después de eso me fui a jugar” dice Claudia.



Queremos resaltar primeramente el carácter de recordatorio, si no es por algo o alguien que le recuerda que sufre, ella no lo hace. Parece una defensa como la del obsesivo, que maneja sus pensamientos al menos artificialmente a su voluntad y capricho. Digamos que el pensamiento de Claudia suena así: “yo no recuerdo que estoy triste, y si no lo recuerdo entonces no lo estoy y para no estarlo tengo que seguir recordando lo que no recuerdo” invito a leerlo más detenidamente y pensemos a su vez en el pensamiento obsesivo en el manejo de los afectos y de los objetos. El obsesivo que recuerda sin el mínimo de afecto, el recuerdo más doloroso de su vida, la muerte de un ser querido por ejemplo. O el pensamiento inconsciente que se demuestra en el trato hacia los demás, cuando convive con el mundo como si fueran objetos muertos que no desean, y si lo hacen solo puede ser parecido a su propio deseo, porque de lo contrario no lo podría controlar. Por lo tanto omnipotentemente niega la posibilidad de que esto pueda pasar, que los demás deseen. Entonces tiene que recordar permanentemente lo que no le gusta recordar (que los demás si desean) para que se mantenga el control de los afectos. Claudia con esta defensa obsesiva, este no recordatorio de sus afectos, es a su vez la muestra de que siempre tiene que estar recordando al menos inconscientemente que si está sufriendo; de ahí el rasgo obsesivo. Para que no se me salgan las heces tengo que estar pensando necesariamente en ellas, este es signo puntual de la neurosis obsesiva.

Ahora tomemos de estos mismos ejemplos para desarrollar otra línea teórica. ¿Qué pasa también con el tema de la muerte en Claudia? Junto a la muerte de su abuela, está el otro fallecimiento de su abuela paterna cuando ella tenía 12 años y del cual cuenta que también no recuerda haber llorado. Además de los ejemplos ya citados de desear un novio muerto, para sí haber cumplido una misión, haber amado lo suficiente y ya no tener que preocuparte por buscar a alguien pues ese era el amor de tu vida pero ya está muerto.

Una amiga bromeaba con Claudia en la secundaria preguntándole, ¿y tu novio? A lo que Claudia decía no tengo, la pregunta se repetía hasta que Claudia le

contestó una ocasión se murió. Después la amiga seguía preguntando pero ahora era ¿y tu novio muerto? Dor (1987) es de los que mejor explican esta forma de desear del obsesivo refiriéndose al lugar del muerto, a través de una ordenación totalitaria. El obsesivo controla y domina la muerte deseante del otro. No debe demandar nada, si lo hace es porque desea. Cuanto más se esfuerza por serlo todo para el otro se significa no siendo nada. No da lugar a la falta.

Esto quiere decir que la posibilidad de estar en falta ella como mujer ante un hombre, prefiere mantenerlo muerto aun antes de siquiera conocerlo, matar a este posible hombre para ella. En otra ocasión cuenta sobre una película que le gusta mucho y que trato de conseguir pero nunca la encontró. Una noche la estaban televisando lo que la puso muy contenta. Se trata de un grupo de amigos que hacen una lista con las cosas que les gustaría hacer antes de morir. Uno de ellos muere y los demás se ocupan de hacer lo que el fallecido quería hacer.

Claudia dice “a mí no se me ocurre nada que poner en esa lista” al preguntarle por qué contesta: “ya sé que vas a decir que si no pongo nada es porque estoy evitando morir” si bien tiene algo de cierta esta interpretación que ella misma se hace ya que si no pone nada en la lista pues no hay lista que hacer antes de morir y por lo tanto nunca muere. Pero al ver que ella ya había pensado en este lado le complementa con lo contrario, “estas evitando vivir”. Le pregunto: “¿Si se tiene una lista de cosas por hacer y estas se terminan por qué morir? ¿Por qué no hacer una lista nueva?” Su fantasía esta puesta en el control mortífero de su propio deseo. En cierto modo es una expresión de la obsesión bastante extrema. Si bien el obsesivo no habla de una lista de cosas por hacer, se propone las menos posibles, deseando lo mas poco, quedándose en una condición social y política de las más bajas, sosegándose ante las cúpulas del poder, en lugar de desear un cambio y hacer algo por lograrlo. A nivel personal de la misma manera para que desear tantas cosas si no gano tanto, o para que buscar un trabajo mejor si no lo voy a conseguir, yo estoy bien donde estoy. Es decir, yo controlo mi deseo, no vaya a ser que mi deseo me controle a mí.

La paciente muestra rasgos estructuralmente obsesivos extremos. Ni yo deseo, ni los demás desean nada de mí. Ni yo deseo hombres ni ellos me desean a mí, porque ya están muertos, hasta es probable que yo ya lo este. Esto último se justifica en que varias ocasiones Claudia se describe como una “espectadora de su vida”, que ve pasar el tiempo, a las personas y siente que no hace nada. Como lo haría un muerto. Fue estremecedor cuando una vez hablando de si un día la llegan a asaltar ella no correría, al preguntarle por qué ella dice, “pues si me van a asaltar es que lo van a hacer ya lo decidieron, no puedo hacer nada, si corro me van a perseguir” parecía que hablaba un muerto. ¿Quién querría asaltar a un muerto?

## Sexualidad y neurosis

El tema de los hombres no se agota en lo absoluto, la mayoría de los hombres que dice Claudia voltean a verla son hombre machistas, que le gritan cosas en la calle, le silban, se le quedan viendo ostentadamente, borrachos, viejitos, mecánicos. Siempre nota a este tipo de hombres, son los que le hablan en el metro, en el camión, se le acercan mucho y huelen feo. Además de que solo lo hacen por molestar. Una vez cuando tenía como cinco años, en una parada de camiones estaba con su mamá y su hermana, pasó un carro y le silbó a la madre. Enojadísima dice, solo lo hacen por molestar, no respetan ni porque estoy con mis hijas. En otra ocasión más o menos a la misma edad iba con su padre en su camioneta, y este le chifla a una muchacha, a lo que Claudia se queda pensando “todos los hombres lo hacen”. Pero si complementamos ambos recuerdos es: si mi papá lo hace, todos los hombres lo hacen, y si cuando lo hacen es para molestar, entonces todos los hombres lo hacen para molestar. Claudia no puede ver en la calle más que hombres molestos, y que la molestan además. Al preguntarle que si alguien que no tenga estas características le ha hablado ella dice muy decepcionada; “pues si pero yo sé que no va a pasar de ahí”. Cuando yo le pregunto si un joven que no sea un borracho, que no huela feo, y que además se dirija con respeto le había hablado, ella afirma que sí. Sin embargo no le ve futuro

a esa conversación. Al preguntarle por qué bastante segura contesta: “Tal vez porque yo no quiero que pase de eso”

En lo anterior confirmamos un aspecto neurótico deslumbrante, aquello que casi cualquier mujer no alcanza a ver y en Claudia está a la vista. No es que no haya un hombre bueno para ella, pero a los buenos no les hace caso, no los voltea a ver, ni le sigue las conversaciones. Pero a los malos sí, toda la atención, y ellos me molestan y me molesto y además los molesto. En ocasiones les contesta a estos hombres muy de frente y valentona: “qué asco” o hasta les hace alguna señal obscena con las manos. La mayoría de las mujeres se quejan y los hombres solteros también, de cómo se fijan en el más feo, en el más tonto, en el más gañán, en el menos romántico, en el más mujeriego, en todos ellos menos en los hombres “buenos”. Patrón compulsivo a la repetición, neurosis edípica, triángulo amoroso, fijaciones fálicas, en fin Neurosis. En la vida de Claudia se ejemplificaría de la siguiente manera; solo puedo ver a los hombres que me presentaron mis padres, a los groseros y que solo se fijan en las mujeres para molestarlas. Esto sin duda estará ligado al por que ella también molesta a las personas que quiere.

Con todo derecho a lo pensado anteriormente le pregunté a Claudia en una ocasión en la que hablaba del novio muerto y de la reticencia a tener uno, si era para salvarlo justamente de eso, de la muerte. Como si supiera que lo iba a molestar tanto que lo podía matar. Es decir, a la vez que lo iba a molestar (odiar) también lo iba a amar tanto, pero lo va a amar de la manera en que aprendió de su madre, de una manera voraz, total, mortal. En una ocasión le dijo a su madre “tu no me cuidabas, me asfixiabas”. O bien, tu no me querías, me matabas. Creo de igual manera que la posibilidad de tener un hijo la ve imposible, no se ve siendo madre, o estando embarazada. Esto tiene que ver con que Claudia conoce mucho su propia manera de amar, que a la vez es odiar y molestar, lo que podría dañar a alguien como una pareja o un hijo y los salva de tal destino, en sí podríamos decir que esto es un acto de heroísmo. Salva a alguien más a pesar de sí misma, aunque estos todavía no existan, o existan solo en su mente.

La identificación hipertrofiada que tiene para con su madre le ha impedido poder establecer relaciones de pareja y hasta relaciones de amistad. Ya hemos escuchado de ella su dificultad de acercarse a conversar con amigas y amigos, en una ocasión dijo “no hay hombre fácil de hablar”. Interesantes connotaciones que se pueden desprender de esta frase, pero avancemos. Existe en Claudia una imposibilidad de acercarse a ella misma como mujer, acceder a un cuerpo que identifique como suyo, identifique su sufrimiento y lo pueda llevar a un médico. Pero a la vez un cuerpo que goce, que busque este “gozamiento” -como dicen los cubanos- con una pareja o aun con ella misma pero que lo obtenga.

Comenta que a ella le es imposible verse en un espejo si hay otra mujer presente, cuando va al baño de la escuela y hay otra mujer no se mira en el espejo, “pensara que, que ridícula”. Bastante tremebundo que una mujer no pueda acceder a uno de los principios básicos de la feminidad: la vanidad. Y sobre todo la vanidad ante otras mujeres, no puede verse en el espejo por que la otra pensara; “que ridícula, se cree mujer, y sobre todo una mujer bella, “ja” y más “ja” que ridícula”. Pero esas risas no son de la otra con minúsculas. Si no de la Otra, la madre, esa madre que le ha impedido acceder a la identificación con su feminidad. Que se la tragó de una vez y de un bocado. Y que no podemos decir que no haya estrictamente una identificación para con su feminidad, se puede decir que la existe, pero existe como factor predisponente de una patología histórica, factor de enfermedad.

El nombre de Claudia fue elegido por la madre, y este fue heredado de una muñeca que tenía la madre cuando niña, esta muñeca le gustaba mucho ya que era de esas muñecas antiguas que estaban tiesas no movían ni brazos, ni piernas, mucho menos la cabeza. La traía siempre con lindos vestidos y bien peinada. Esta es la frase que le repetía a Claudia cuando creció “yo siempre te traje bien limpia”. Tan limpia que podemos decir que no la dejó ensuciarse de su propia vida, del propio deseo de Claudia por vivir. El nombre y la representación mental de este en la mamá de Claudia debe ser para cualquiera que este leyendo esto terrorífico.

Un nombre de muerte, tieso, inmóvil, no desea nada más, que lo que desea la mamá. Esto sin duda se relación más con un aspecto de unión psicótica con la madre que con lo neurótico, pero hablemos del segundo nombre de Claudia: Alejandra.

Éste fue puesto por la abuela materna, y es el nombre de una pieza de baile. Música para hacer un cierto tipo de ballet. Este nombre por el contrario está cargado de una significatividad de movimiento, de vida, de expresión, de deseo, hasta de sexualidad propia. Estas características mantenían a Claudia en este ida y vuelta de mi quehacer diagnóstico, pero sobre todo y más importante que el diagnóstico, la intervención clínica sesión a sesión. El aspecto sobresaliente y heroico por luchar contra la boca de su madre, dejaba ver los recursos que tenía Claudia para desarrollar una vida fuera de esta relación, es decir establecer nuevos vínculos, relaciones objétales nuevas. Que en cierto modo es lo que hemos ido desglosando aquí, el modo en que Claudia si despliega relaciones objétales. Obsesivas, muertas, estereotipadas, rígidas, histéricas, hipertrofiadas, ambivalentes, pero al fin relaciones objétales.

### La queja neurótica

Por último diremos del aspecto más neurótico que Claudia mostró a lo largo de todo el tratamiento; las quejas. Se quejaba y lo hacía de todo, la primera entrevista se caracterizó por eso, tanto así que una de mis primeras preguntas fue: ¿y que si te gusta? Donde hablaba de todo lo que le disgusta, todo lo que le enfurece, todo lo que no está bien. Siempre hablaba de lo que no hacía para poder lograr las cosas, decía: “nunca voy a seminarios, fuera de las clases nunca he ido a uno, siento que yo sé menos que cualquiera de mi salón” “me quiero comprar material para pintar y dibujar, pero me gasto el dinero, no sé en qué pero al final ya no tengo nada”, “quisiera aprender algo de música pero ya estoy vieja” quejas de por qué ella ya es más vieja que todas sus compañeras, protestaba de lo que la gente percibe de ella, como que es muy seria, le llaman a veces claudita,

que se ve muy joven que no aparenta su edad, etc. Todo lo anterior como buen analista hacia una de las preguntas clásicas (no por eso inútiles) y ¿tú que hace para que pase eso? Claudia no se veía responsable de lo anterior, era una reclamo lanzado al mundo, del por qué le pasaba todo eso. Sabemos que el neurótico busca siempre dejar ver su posición de víctima y de sufrimiento de lo que le pasa en su vida. Sabemos también que muchos de los problemas cotidianos se resolverían por ejemplo, ahorrando bien tu dinero, asistiendo a seminarios en lugar de estar en redes sociales, hacer dieta si quieres bajar de peso, en fin cosas muy sencillas que el neurótico por su conflicto de repetición, no puede salir de ese circuito cerrado que lo coloca en esa situación de sufrimiento.

Negar las interpretaciones del analista es otro de los aspectos que mantienen la compulsión a la repetición, el paciente dice o piensa; “este está loco, o eso no es, o, hay si como si fuera tan fácil”. Y en contraparte el analista piensa no dice: “este neurótico ya se está resistiendo”. Y si lo son, son resistencias, son mecanismos que pueden mantener al paciente en ese circuito cerrado. A las interpretaciones tanto de los aspectos simbióticos, neuróticos y narcisistas, Claudia respondía siempre con esa incapacidad personal: “suena tan lógico”, “no sé qué hacer con eso”, “y que hago con eso” “siento que debería decir algo importante”.

¿Son resistencias neuróticas, son fallas narcisistas en el reconocimiento de lo que es ella y lo que es suyo, son problemas en la relación establecida conmigo al igual que la de su madre, estrecha y en una ilusión de ser un solo ser (simbiosis psicótica)? Bueno tenemos que hacer la pregunta de los otros tres apartados, ¿es un cuadro de neurosis obsesiva severa, con rasgos histéricos? ¿Son las formas de manejar obsesivamente sus relaciones objétales y a ella misma, el modo de conseguir y no conseguir pareja, la relación en general con hombres y mujeres, las fijaciones fálicas respecto al padre y a la madre, la reacción transferencial desplegada en el tratamiento, los recursos y características de un circuito cerrado de compulsión a la repetición, elementos suficientes para señalar una neurosis?

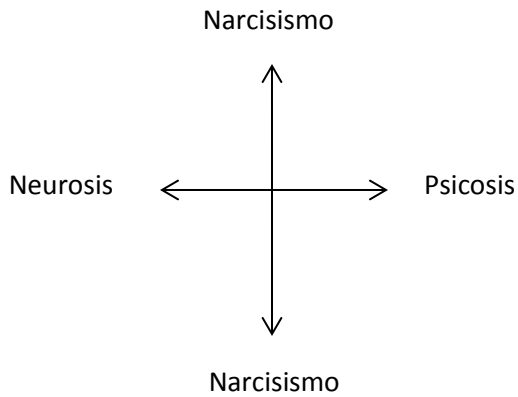
En esta parte, más para poder avanzar al último apartado tendremos que contestar que sí.

## La rosa de los vientos completa (Diagnóstico del caso)

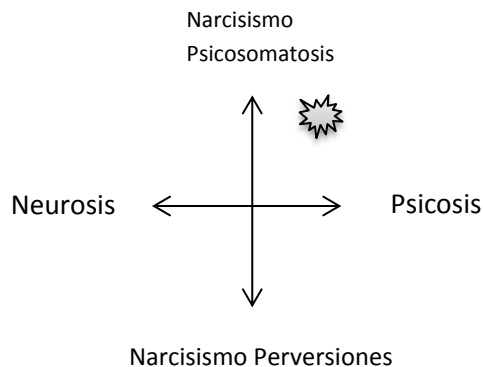
Hasta aquí hemos hecho parte de dos objetivos de nuestro estudio, primero el análisis del caso, estudiar la estructura y reconocerla dentro de la teoría psicoanalítica, y segundo, el análisis de las diferentes formas transferenciales que se manifestaron en el proceso. Ambiciosamente hay otro objetivo en nuestra investigación que requiere de también gran empeño. Ese es, una vez echo lo anterior, describir los efectos clínicos del diagnóstico echo a lo largo del tratamiento.

La dificultad de familiarizarse a ideas nuevas, o novedosas que no es lo mismo, causan problemas al lector. En esta descripción de una rosa de los vientos no hay nada de nuevo, más si de novedoso. Señalaremos a esta rosa como nuestra copia fotostática de ubicación diagnóstica. Una copia traslucida en la que en algunos de sus ejes tras un serio análisis de los síntomas, rasgos y estructuras se pueda ubicar al paciente a fin de direccionar la cura de la mejor manera. Decidimos llamar al este a la parte psicótica de la personalidad por un mero apego a la realidad fáctica, es decir que, ya que sale el sol por el este al igual que nuestra vida comienza en la psicosis. Comienza en una escisión de sensaciones y de objetos (buenos y malos), así como de una escisión (esquizoparanoide) del mundo exterior, ilusiones de unión (simbiosis) y desunión alucinatoria con la madre; unión que a la vez es causa de las angustias psicóticas provenientes del temor de muerte de quedar atrapado en esa unión (deseo de la madre). Después atravesamos un eje que es igual de largo y trascendental que las posteriores formaciones neuróticas; este eje es el narcisismo. Atraviesa de norte a sur tanto a la psicosis como a la neurosis en todo momento, y estas a la inversa también al narcisismo de este a oeste de igual forma.



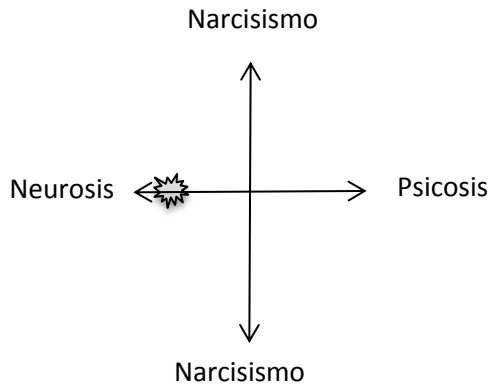


Podemos imaginar que la línea del narcisismo esta justo en el meridiano cero, podríamos llamarlo como en el uso corriente de la geografía mundial, el meridiano de Greenwich. Dentro de esta línea, están los cuadros narcisistas como lo son; los trastornos conocidos como línea borde entre neurosis y psicosis, los trastornos psicósomáticos y las perversiones\*. Pero bien podría estar ubicado algunos grados de longitud al oriente o al occidente. Pongámoslo con un ejemplo. Un cuadro de psicósomatosis es un cuadro narcisista. Este estaría ubicado en la línea que marca de norte a sur, justo en el grado cero en dirección al norte. Lo que seguiría a su ubicación mejor es que tanto al este o al oeste esta, es decir, es un cuadro más de conversión histérica orillándose hacia la neurosis y por lo tanto el occidente, o si es un cuadro desorganizado de la fantasía corporal, entonces más cercano a una desorganización psicótica. Así un cuadro de psicósomatosis con rasgos de desorganización mental extrema, alucinación de procesos corporales internos y externos estaría ubicado de la siguiente manera:



\* Las persiones requieren de una justificación del porqué de su ubicación en el eje narcisista. Si bien las persiones están anudadas al Edipo como las neurosis y psicosis, el goce perverso o en términos más conocidos los placeres preliminares tiene que ver con un placer narcisista desviado y anclado en el eje vertical. (Esto sin duda requeriría de una mejor clarificación)

Un caso de neurosis bastante clásica, anclada en las fijaciones edípicas, patrones de repetición. Síntomas y rasgos obsesivos e histéricos, problemáticas centradas en sus relaciones de objeto. Estarían aquí:



Por el contrario un cuadro de psicosis alucinatoria extrema estaría justo al otro lado de la ubicación. Y un cuadro de línea borde estaría justo en el centro de los cuatro ejes. Esos casos que muchos autores han denominado de diferente manera, personalidades como si (Deutsch, 1942) y el falso self (Winnicott, 1960) o conocidos por nosotros como “border line”, a lo que correctamente deberíamos llamar en español como pacientes en línea borde o fronterizos. Para terminar diremos que solo algunos casos muy particulares de transexualismo, necrofilia, zoofilia y pedofilia, prácticas donde se incluya mutilación o asesinato; estarían ubicados al este y al sur de nuestra rosa. Mientras que una perversión de “closet” de las más tradicionales (fetichismo, voyerismo, practicas sádicas y/o masoquistas, exhibicionismo) estarían justo al centro y al sur. Mientras que algo de lo que se ubicaría dentro de lo perverso y neurótico estaría las prácticas ostentosas de nuestro quehacer sexual conocido como “normal”; sexo oral, anal, la simple satisfacción por besos, la mayoría de los placeres preliminares antes del coito. Esto último al oeste y al sur.

Esta algo exhaustiva descripción de ubicación diagnóstica nos va a respaldar el objetivo que remarca la importancia del diagnóstico, y como lo hemos dicho antes, mucho más la importancia de la intervención después del mismo.

A Claudia, si retomamos los apartados anteriores la hemos ubicado en tres posiciones distintas en la rosa de los vientos. Y por momentos conviviendo en dos posiciones al mismo tiempo. Entrando de lleno a lo esencial: ¿Es Claudia un caso de psicosis simbiótica, uno de narcisismo fronterizo, o una neurosis obsesiva?

Para concluir tomaremos un elemento que cruza a estas tres posiciones diagnosticas posibles en Claudia. *Con esto nos referimos a su decir y hacer respecto a las interpretaciones.* Cuando había puntos bastante álgidos en la sesión parecía que estos tenían un efecto importante en la paciente. Los resultados del tratamiento los expondremos con más detenimiento después, pero en la sesión lo que desembocaba de esos momentos eran un desconcierto. Claudia decía “que hago con eso... siento que es importante... siento que debería decir o hacer algo, pero no sé qué”. De esos momentos es que deriva mi interés en hacer este estudio, a mí como terapeuta me creaba la duda de un conocimiento que yo no creía tener, algo que estaba fuera de lo conocido o leído por mí hasta ese momento. *¿De qué manera tomar esto? ¿Señalar en su momento como reacciones neuróticas de estancamiento, resistencia, o alguna interpretación transferencial del por qué existe este sentimiento de inutilidad; o, intervenir conforme a alguna técnica especializada en el sostén (Winnicott) y desenvolvimiento del sí mismo, en pro de un ambiente terapéutico distinto que pudiera intervenir en el narcisismo perdido de Claudia; o, por ultimo señalar la transferencia temprana, que develaría la relación simbiótica ahí presente, donde paciente y analista somos uno, del que ya la interpretación devuelta no es mía ni de ella, si no de los dos en tanto somos un solo ser, demostrando la simbiosis estructural de la paciente?*

El proceso vivido ahí me llevó a bastantes reflexiones, la viabilidad de las tres acciones de mi parte fueron llevadas simultáneamente dependiendo el momento de la sesión o el momento del tratamiento. Sin embargo esto no era algo que me dejara satisfecho en el que hacer del analista un caso como el que estaba ahí; este a mi parecer requería de otras especificaciones que ayudaran a marcar las

líneas técnicas a seguir durante el proceso. Como lo vimos en los otros apartados se interpretaron y se manejaron todos los aspectos dependiendo de lo oportuno que se considerara. *La transferencia simbiótica se interpretó como tal, lo mismo que el narcisismo y por ultimo las resistencias y la transferencia neurótica en relación a dos sueños - diferentes a los de los casos simbióticos- donde el analista aparece claramente como objeto transferencial.* Cada posible diagnóstico se manejó por sí mismo, pero a la vez en relación con los demás, es decir, no puedo privilegiar en este, ni en ese momento un diagnóstico por encima del otro; son a nuestro parecer una confluencia de diagnósticos. *Las fallas en percepción de sí misma, así como del valor demeritado en su ideal del yo al ser un conflicto narcisista se dirigió por momentos de parte del analista con un cuidado especial tratando de hacerle ver a la paciente que su yo y sobre todo su sí mismo estaban presentes y se hacían fuertes en situaciones que ella no notaba o no aceptaba. Era por así decir, el sostén que se vio entorpecido en su desarrollo y posibilitando un ambiente analítico más contenedor. Sin embargo a la vez en esa misma sesión o después; se señalaba la posible resistencia histérica de verse incapaz y sentirse en falta de la capacidad de actuar o decir. Pero también la relación simbiótica que podría propiciar dicha inutilidad, apego y dependencia respecto a otro ser. Confluencia de diagnósticos y por lo tanto de marco procesual y de técnica. Recordemos que todo lo que implica a la técnica en psicoanálisis implica a la ética.*

La elaboración de este diagnóstico se hizo apegándose estrictamente no solo a uno de los tipos de diagnósticos en psicoanálisis, sino a todos. Comprobado esta que en una misma sesión se interpretó un mismo hecho de dos maneras diferentes, siendo un diagnóstico de introspección. Y sería mentira decir que todo analista no privilegia el diagnóstico centrado en los síntomas o el de rasgos estructurales, el fenomenológico o aparente y el dinámico. Cada uno de ellos forma más que opciones por separado, la opción completa de elaborar un diagnóstico preciso.

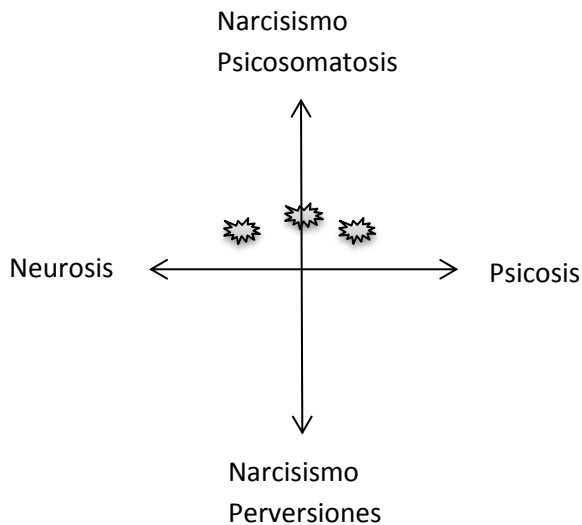
*Terminamos por considerar a Claudia un caso de neurosis mixta, concepto del cual se desprenden unos asegunes. Mixto da la sensación de aleatorio, como si algo fuera mezclado más con la intención o la opción de ser únicamente eso, un mixto. Sin un principio ordenador o regulador que establezca las leyes de dicha conjunción. Por familiaridad llamaremos al caso de Claudia como una neurosis mixta. No un caso fronterizo debido a que su movilidad diagnóstica rebasa el movimiento entre neurosis y psicosis, además de este hace un movimiento claramente septentrional. Lo que tendría más de dos movimientos entre dos fronteras, en Claudia el borde o el desborde sería entre por lo menos tres fronteras. La simbiosis psicótica, el narcisismo y la neurosis.*

Decidir por un solo diagnóstico, en deserción de los otros dos, creemos provocaría un sesgo clínico. Interpretando todo desde un mismo punto referencia no podría abarcar, ni cumplir medianamente las acciones clínicas específicas que demandaba el caso. Y lo demandaba así, por su misma especificidad diagnóstica, la propia concepción de neurosis mixta según Laplanche (1996) lo confirma; “Cada vez que nos hallamos en presencia de una neurosis mixta, se puede mostrar la existencia de una mezcla de varias etiologías específicas”. El tener varias etiologías específicas distintas, exige el modo de abordaje diferente.

No es objetivo de este texto proponer alguno. De hecho se podría afirmar que no existen especificaciones de abordaje clínico de una neurosis mixta, así como si lo hay para cada etiología por separado. Lo que queremos resaltar, es el principio ético riguroso al que se tiene que enfrentar el analista al encontrarse frente a casos como este. Tener de repertorio en el proceso terapéutico un diagnóstico que sustente el conocimiento más que menos aproximado a la realidad del paciente, debe ser tarea ineludible de todo analista; y con un grado de acentuación mayor en los casos de difícil ubicación diagnóstica como este.

La vida de Claudia fue nacer en el este, caminar hasta el centro y de ahí perderse. El caso en donde corre hacia la señora desconocida, es como el recorrido de

escape que hizo en su vida hacia el oeste, o sea hacia la neurosis, pero del cual es devuelta en ocasiones a brazos de su madre, gritando esta última, “es mi hija es mi hija”. Está en el centro y se mueve. Se traslada buscando la restitución interna, ora con un síntoma simbiótico, ora con el anhelo narcisista de ser un ser, ora con síntomas obsesivos de poder controlar su vida. Ubicamos nosológicamente a Claudia en estos tres movimientos.



El lado de la neurosis y psicosis no se alejan tanto del eje narcisista. Pues recordemos los síntomas que denotan estas posiciones son síntomas obsesivos, que en escala del desarrollo libidinal y de fijaciones no se aleja tanto del centro y respectivamente la manifestación vincular simbiótica se aleja en el sentido de restitución interna de la psicosis, acercándose al posible encuentro narcisista.

*Categoricamente Claudia se encuentra en una lucha entre narcisismo de vida y muerte (Green, 1983), anhelando hacia la unificación a la que aspira todo movimiento libidinal de preservación y la vez por su propio esquema psicopatológico, aspirando otras veces hacia la destrucción de su ser y de la vida, un movimiento libidinal de muerte, de destrucción y desorganización. Mas resumidamente moviéndose hacia la neurosis, hacia la psicosis pero principalmente ubicada -paradójicamente esto último- en un narcisismo perdido.*

El caso se tornó ríspido a mi entendimiento y encausarlo hacia una dirección en las intervenciones se dificultó. A lo largo de dos años que el caso fue llevado dentro de la institucionalidad, fue supervisado por tres personas diferentes. El primero solo fue un mes, el primero de tratamiento, y el último de trabajar con este supervisor, por lo cual no hubo tiempo de llegar a intelecciones trascendentales sobre la paciente. Recuerdo que llegó a señalar algo que ni en ese momento ni después me pareció correcto respecto a una posible homosexualidad latente en Claudia. Sin embargo en los otros dos procesos, encontré que había una tendencia a marcar los aspectos neuróticos de la paciente, lo oriental. A la vez puntualizar y hacerme meditar más de una vez en mis especulaciones respecto al diagnóstico inconcluso de la paciente. Haciéndome ver que la paciente contaba con más recursos y manifestaciones neuróticas que de alguna otra índole. El vestigio de esperanza para hacer suyas las interpretaciones, así como los alentadores contrastes respecto a la madre, el continuo entendimiento de su difícil proceso y sus ganas por mejorar. El vencer continuas resistencias a no asistir y a abandonar el tratamiento, teniendo por el contrario una asistencia muy buena y mejor puntualidad. Esto creemos era lo que inclinaba en los procesos de supervisión a señalar a Claudia como neurótica.

Tomando siempre en cuenta la enseñanza de la supervisión, enfoqué mi estudio tanto en la personalidad neurótica de Claudia, pero también en lo demás. Con este largo estudio esperamos haya quedado al menos la interrogante en los lectores de mi insistencia en ese entonces y ahora, que el proceso de Claudia era algo diferente, que exigía modos de conceptualizarlo y abordarlo diferente.

Se analizó la transferencia y sus diferentes modalidades de aparición, así como su consecuente dilucidación. Lo que refuerza nuevamente nuestra postura respecto al caso de Claudia. También como no dejar de mencionar los aspectos contratransferenciales que se presentaron como un fuerte componente de información a los fenómenos terapéuticos ahí vividos.

Dentro de los objetivos trazados, nos sentimos satisfechos de los resultados obtenidos, se resalta la importancia del trabajo intelectual sobre el diagnóstico al inicio y durante todo el tratamiento psicoanalítico. Se concluye que los objetivos planteados como el *analizar la estructura, y fíjese bien, colocar al diagnóstico en un lugar privilegiado, se cumplen*. Y es que no se hubiera podido analizar la operatividad del diagnóstico, si no se cuenta con un caso o una mejor dicho una estructura psíquica sobre cual basar un posible diagnóstico, para posteriormente hacerse cuestionar sobre la importancia de este último durante el tratamiento. Es decir, analizar la estructura de una paciente a partir del material expuesto a lo largo de su proceso, para después hacer un posible diagnóstico. Que como resultó de difícil disquisición nosográfica, se problematiza su más que necesario planteo y replanteo durante todo el recorrido.

Avanzar sin diagnóstico en casos difíciles resulta por demás negligente, a lo que podemos ligar directamente nuestro primer supuesto. El análisis del material con el repertorio psicoanalítico hubiera sido tal vez suficiente para cumplir el objetivo del estudio de caso, concluir en base al material de la paciente una neurosis mixta hubiera probablemente bastado. Nuestra ambición rebasó en cierta medida a ese objetivo para tratarse de dos. El ya mencionado. Y un segundo que se estuvo más que implícito en todo el trabajo. “la operatividad del diagnóstico en casos difíciles”.



# CAPITULO 5

## DISCUSIONES Y COMENTARIOS

Existen dos preguntas que invariablemente surgen de este escrito, y a quien ya se las haya formulado tiene toda la certeza de que son más que validas plantearse. Primero. ¿Por qué hablar en un principio de la falta de diagnóstico si en el transcurso del escrito parece por momentos lo contrario, que siempre lo hubo? Y segundo. ¿Qué lugar ocupa en nuestro escrito el diagnóstico y que lugar operacional ocupa dentro del psicoanálisis? (En cuanto a una posible discusión del caso, de acuerdo a nuestros objetivos nos sentimos satisfechos y sin intención de profundizar más).

La intención de titular así nuestro trabajo fue por el constante trabajo que sentí se desprendió de este proceso tan peculiar. Las especulaciones en supervisión no solo mías, si no también aunque en menor medida de los supervisores en cuanto al diagnóstico. Los callejones sin salida (que extranjeramente conocemos como impasse) del tratamiento. Los aspectos transferenciales y contratransferenciales que hayan sido factor del proceso. Todo esto en suma hizo que decidiera que a la vez que fue un proceso llevado bajo unas ideas diagnósticas, a la vez fue un caso sin diagnóstico. Pero no en el sentido de que no exista. Sino en el sentido de que no existe un modo de hacer diagnóstico para un caso así, al menos conocido por mí. La neurosis mixta no explica al menos conceptualmente, ni describe las características del caso expuesto aquí. Es decir estamos ante una falta de hacer diagnóstico, y no en si de una falta de diagnóstico.

No centrar el caso en las características estructurales de la paciente me resultó desde siempre mucho más provechoso. No hacer un estudio de caso donde se hace una revisión estructural de la A la Z. Y que de hecho en cierto modo se hizo ese mismo análisis estructural pero centrado en otra cosa. O sea si analizamos la estructura y el quehacer del analista con esa estructura, pero a la vez hacemos un meta-análisis. Un análisis del primer análisis. Es decir analizamos

dos o más cosas a la vez. Más provechoso y más nutritivo deductivamente hablando.

Resumiendo el proceso de Claudia, y a pesar de la desazón terapéutica que se puede tal vez transmitir en este escrito, fue un movimiento personal importante. Claudia fue encontrando en su proceso reafirmaciones personales trascendentes. La mirada que podía sostener hacia el final del tratamiento dejaba ver en ella un sí mismo mucho más fortalecido. Ahora encaraba muchos de sus mismos conflictos, con una asunción de poder. Lo que no hacía en un inicio. Terminó su proceso escolar, igual que el mío, por lo que continuamos con su proceso en la clínica privada. Duro solo seis u ocho semanas más, para interrumpir aludiendo, que estaba desempleada y que no podría seguir pagando sus sesiones.

Las dificultades que implicaba este proceso, vaticinaban que la duración del tratamiento iba a hacer largo. Ella tenía que caminar de este a oeste varias veces antes de llegar a su casa, recordemos que a ella le gustaría perderse en otro país y de cierto modo lo estaba. El que encontrara el camino a casa, y no a casa de su madre, sino a una que pudiera construir ella misma, implicaba un desgaste mayor de tiempo y esfuerzo.

Después uno de los objetivos a revisar aquí y que esperamos aclarar enseguida es; la ubicación del diagnóstico. Éste ocupa para nosotros un lugar privilegiado, ya que sin este no hay modo de acción. El viejo adagio, esto último se vuelve retorico, puesto que todos los adagios son viejos; y usar la palabra retorico es a la vez un hecho retorico. Bueno, la historia nos dice que va un señor con el herrero y le lleva un trozo o artefacto de metal. El herrero después de observarlo le da un solo y contundente golpe para decirle después son 500 pesos. (Vamos a usar moneda nacional) a lo que el cliente asombrado y escéptico dice: “500 pesos por un golpe”. A lo que el herrero le contesta: “el costo no es en sí por el golpe si no por saber dónde golpear”. De esta historia se pueden desprender dos líneas, una el valor de nuestro trabajo, pero otra menos resaltante es: el saber hacer. Siendo

que el herrero no podría haber golpeado sin saber dónde hacerlo, tuvo que estudiar premeditadamente el campo de acción. Igualmente pudo golpear una vez sin saber dónde hacerlo, o hacerlo varias veces hasta atinar con la solución. Afortunadamente nosotros en psicoanálisis no contamos entre nuestras técnicas con opciones de tan dudosa calidad ética. El psicoanalista como dice Lacan debe aprender a callarse. Y es que cuando habla debe saber muy bien de lo que está hablando; ¡y aún más! Saber por qué se está hablando.

El analista creemos debe tener los sustentos que respalden tal o cual intervención. Al menos esa es mi esperanzada y buena fe de parte de cualquier analista. Saber por qué, para qué y de qué hablas cuando le hablas aun paciente. O sea, cualquier tipo de intervención, señalamiento, interpretación y también el mero silencio.

Ahora afirmaremos algo y es que *se acepte o no todo analista tiene un diagnóstico en mente, se diga o no, se asimile o no*. Y es solo a partir de ahí que la intervención realizada tiene coherencia, y sobre todo validez al proceso. Uno no golpea sin saber por qué se hace. Aun que nos equivoquemos, y tengamos que volver a golpear, el primer golpe que fue equivocado sabemos del por qué lo intentamos de esa manera. No hay como se dice “brinco sin huarache” en psicoanálisis. Que como repito esa es mi más fehaciente postura respecto de los que desarrollamos la clínica psicoanalítica. Aunque tendré que decir que he escuchado a supervisoras en sesión, o alumnos en formación decir en pasillos frases como: “dile esto a ver qué pasa”.

Para brincar del lugar que ocupa para nosotros, al lugar que ocupa en psicoanálisis es un espacio abismal. No creo que lleguemos con el salto que vamos hacer enseguida, pero el intento se hará esperando que algún Michael Jordán nos acompañe en la lectura.

*Las posturas en psicoanálisis respecto al diagnóstico son tres principalmente. Una que creo es en la que nos encontramos nosotros, es la que ve a éste como un elemento inseparable del tratamiento y que sin la existencia de uno, ni siquiera se podría intervenir clínicamente. Otra en la que es un elemento importante, valioso, requerido solo en ocasiones como un elemento silencioso que se voltea a ver en repentinamente para ligarlo con el proceso. Y una última donde este es un elemento inocuo, estorbo, simplemente un acto médico. Este no importa pues lo que sí es el discurso del paciente, cualquier clasificación entorpece a la escucha y dificulta la apertura al material del analizante.*

Dentro de esas tres habrá sus asegunes, sus matices. Sin embargo nosotros creemos que el lugar del diagnóstico no ha sido superado en esas relaciones imaginarias con los fantasmas del pasado. La relación imaginaria con la palabra diagnóstico invita a entablar una lucha contra aquello que está prohibido, puesto que es un acto médico que enturbia nuestra escucha limpia y pura. Bastante absurdo puesto que era el propio Lacan quien nos dijo que el significante es aquello que engaña, que nos miente. El significante diagnóstico nos miente. No es un acto médico, ni un acto psicoanalítico, es más ni siquiera es un acto. Como un acto que fuera por sí mismo un hecho contra transferencial del analista. *El diagnóstico es sin más un repertorio técnico como el encuadre.*

Posturas en psicoanálisis, como lo son algunas corrientes lacanianas privilegian el discurso del paciente, sin embargo cuando hablan tiene que tener algún sustento teórico dicha intervención; y como ya dijimos se acepte o no un diagnóstico de fondo. Es decir lo acepten o no estas corrientes tienen de fondo un diagnóstico, provocando un proceso bastante irónico.

En cierto modo hacen un diagnóstico de introspección y centrado en los síntomas de sesión a sesión y de un momento a otro dentro de una misma sesión. Si nos fijamos esto no está alejado de lo que hicimos nosotros, se optó por este como por

los otros tipos de diagnóstico en el proceso de Claudia. No uno solo, sino todos en conjunto los que fortalecen la referencia diagnóstica en el proceso terapéutico.

Lo que creemos demerita la intervención clínica, es la de otras posturas extremas de despreciar al diagnóstico. Estamos seguros que en tanto disminuya la idea del psicoanalista de ser un ser de luz tocado por alguna entidad metafísica ¿Dios, Freud, Lacan? En la que su escucha es su única arma y armadura para la intervención clínica, estaremos en el canal donde la mayoría sintonicemos la práctica psicoanalítica en un apego mejor a la realidad. *Insistiremos de nuevo se acepte o no; el modo de llevar un control (¿obsesivo?), una guía, una directriz, un encuadre de nuestros procesos están presentes se acepte o no.* La supervisión en casos de los alumnos en formación es uno de los modos donde se refleja el control de la práctica en general del psicoanálisis. La creación de instituciones oficiales y no oficiales, versiones oficiales y no oficiales de figuras representativas del psicoanálisis. Escuelas, seminarios, análisis, en fin en cada elemento mencionado se permea ese elemento de control que nos dice como estudiar, entender, teorizar, afrontar, canalizar y practicar el psicoanálisis.

Este argumento aunque autocrítico lo podríamos contrastar a su vez, con los rasgos histéricos-histriónicos del maestro de psicoanálisis cuando mueve de un lado a otro las manos para explicar los movimientos pulsionales, o también con los rasgos seductores del espacio analítico, y del tono suave y profundo de explicar las teorías. Hasta algunos casos de tonos extranjeros, cuando se formaron o analizaron en otro país. Es decir, nos interpretemos o no, la posibilidad de encontrar la humanidad que no solo nos toca, sino que nos empuja y nos hace caer a todo estudioso del psicoanálisis es ineludible.

Por eso encontramos en los primeros argumentos teóricos que el diagnóstico por su factor de influencia en las intervenciones clínicas, se debe aceptar y hasta en cierto modo imponer en la práctica de todo profesional del psicoanálisis. Pero no una imposición desde afuera (que en México ya tenemos muchas), sino una

imposición individual y de convencimiento del hacer y del saber hacer hacía nuestros pacientes. O sea un hacer técnico, pero principalmente ético.

Los últimos argumentos en la aceptación de lo mundanos que somos y que el diagnóstico es un rasgo obsesivo como muchos de los demás elementos del análisis, no se debe malentender la interpretación de “obsesivo” al diagnóstico, como por ejemplo cuando lacan critica de obsesivo el tiempo de las sesiones. Cuando yo señalo lo obsesivo del diagnóstico no me refiero a una crítica sobre la coherencia o no del mismo, o cuestionar su aplicación. Si no a señalar esa cualidad, pero sobre todo calidad humana que cualquier persona estructurada en este mundo subjetivo vivió.

## CONCLUSIONES PERSONALES

Empecemos a terminar este escrito diciendo algo que nos gusta mucho decir y hemos mencionado en alguna otra parte; *la teoría y la técnica en psicoanálisis se multiplican cuanto menos se divide*. La labor organizadora de los Bleichmar (2006), de Etchegoyen (1986) es de un valor inapreciable. Su actitud participativa y de integración de las diversas corrientes en psicoanálisis respecto a lo teórico y a lo técnico es aplaudible. Además por ser en cierto modo una empresa imposible.

La demostración explicativa del diagnóstico aquí como en cualquier otro lugar tendrá el valor de adquisición teórica y hasta si se quiere moral de parte del lector. Bien podría no haber tal. Sin embargo la desavenencia es en lo personal algo que me apasiona. El desacuerdo y el debate con compromiso es lo que considero como la única actividad en común entre psicoanalistas. Ya que no podemos decir que alguien concuerde totalmente en la concepción teórica que se tiene de la subjetividad humana, y mucho menos de la técnica. Que esta última es una caja de pandora que todos nosotros guardamos celosamente hacia dentro de nuestros confortables consultorios clínicos.

Lo que estoy diciendo es que se puede concluir todo y nada. Pero no se entienda que es una ambigüedad esta conclusión. Ya que esa es la conclusión. Que lo enriquecedor es la ambigüedad, pero no la ambigüedad en sí, si no lo que se desprende de ella. El debate, la confrontación, el cuestionamiento, la investigación, el reto intelectual, la aceptación del error, la rectificación, etc. Creo inútil repetir mis conclusiones teóricas y personales en lo que ya está implícito en todo el escrito. Eso es todo respecto al diagnóstico.

Pero al contrario hay algo en lo que hay que ser muy precisos y es concluir que la actividad clínica viene siendo en los últimos años bastante diferente respecto a lo clásico estudiado. Son cada vez más los pacientes con desordenes narcisistas los que vienen a vernos. Características difusas entre rasgos histéricos y obsesivos.



Bordes de personalidad entre neurosis y psicosis. Fallas estructurales ubicables en las etapas más tempranas del desarrollo como lo son: las angustias psicóticas, simbiosis vincular, narcisismo expresado en un falso sí mismo, débil o inexistente. Perversiones nuevas o al menos no escuchadas en la clínica clásica. Que considero hay que optar por lo primero que son afecciones nuevas.

Todo esto “nuevo”, tiene su relación con los procesos sociales y culturales que estamos viviendo. El momento posmoderno de nuestra civilización sin duda es factor movilizador de procesos individuales diferentes. Características menos duraderas como lo marca este proceso posmodernista se refleja en nuestros pacientes. Donde ya nada dura, no hay procesos estables, lo que está de moda, al otro día no está, la comunicación actual posibilita todo menos la comunicación. La discriminación indiscriminadamente expuesta. La justicia injustamente repartida. La intolerancia tolerantemente aceptada.

La muerte del modernismo y con ellos de estructuras sólidas de pensamiento. Movimientos intelectuales completos y duraderos, familias organizadas bajo el faro de la constancia no hay más. Desorganización parental extrema, figuras de lo masculino y femenino revueltas como en una licuadora centrífuga. Aquello a lo que llaman acoso (bullying), que también nosotros vivíamos, ya no es tolerado ante las débiles organizaciones mentales de nuestros hijos. La frustración es vivida al máximo en nuestros tiempos. La eficiencia y la prontitud de los servicios de todo tipo son exigidas. Comida rápida, cursos acelerados, estimulación temprana, programas por competencias, en fin todo un sinfín de apresuramientos morbosos y de cuestionable fiabilidad ética. La exposición a todos estos factores seguramente crea en las nuevas generaciones esta desazón, una confusión mental que imposibilita la consolidación de un eje sólido que mantenga a su vez la organización intrapsíquica.

Los movimientos familiares que crean nuevas formas de organización a lo largo de la historia desembocan invariablemente en nuevas formas de organización

individual. Roudinesco (2002) pone en evidencia en su libro “la familia en desorden”, de este tipo de evoluciones sociales, las cuales tienen consecuencias en las tendencias de la personalidad individual.

Pacientes de éstos llegaran cada vez más a nuestra puerta, que de hecho es a nuestro celular, porque ya nos llaman o nos dejan un mensaje en lugar de ir hasta la puerta. Porque además, quien puede en este tiempo de remolino, donde lo único constante es el cambio, quedarse todo el día en su consultorio o no usar celular. (Personalmente es algo que intento dejar, así como ya la total ausencia en el uso de redes sociales).

Claudia se convierte en una paciente de este tipo, con fallas narcisistas combinadas con otras más. Atrapada en un remolino de constante cambio interno. Pero guardando exageradas similitudes con todo el cambio externo que existe hoy en día. Recuerdan el celular de Claudia del cual no quería reclamar la garantía por sentir que había salido débil igual que ella. Pues sin tener un cuadro de narcisismo tan claro la mayoría de las personas cambian de celular casi cada año, porque sale uno “nuevo-mejor”. Lo que hace al suyo uno viejo-peor (débil). Debilidad narcisista expresada a la vista. El narcisismo estructural es y será por los próximos años el pan nuestro de cada día (los que tengan pacientes todos los días).

Por ultimo quisiera concluir en el hecho de que el estudio de casos hoy, esta sobre pedido. La necesidad del psicoanálisis debe girar sobre las problemáticas sociales cada vez más y cada vez menos hacia la consulta individual. Todos parecen seguir solo uno de los caminos que nos dejó Freud. Si por un lado el estudio clínico, pero nadie parece recordar sus escritos antropológicos como; *“La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”* (1908), *“Tótem y tabú”* (1913), *“Psicología de las masas y análisis del yo”* (1921), *“el porvenir de una ilusión”* (1927), *“El malestar en la cultura”* (1930) y *“Moisés y la religión monoteísta”* (1939). *Creo que la formación de psicoanalistas debe dar un peso mayor o al*

*menos específico, a la cuestión cultural.* No me refiero a la interpretación de obras de artes, libros o películas, si no a la verdadera realidad cultural y social. El mundo real que sufre igual que un neurótico en sesión, que llora más que un enamorado no correspondido y demanda más que la transferencia de un fronterizo o un psicótico. Un mundo que reclama menos la participación del psicoanálisis hacia dentro de los cómodos sillones y habitaciones con aire acondicionado en que trabajamos los psicoanalistas de ahora; y más hacia afuera de ellos, donde intentemos ver qué pasa con el mundo que vive y sufre ese movimiento centrifugo, en el que sin darse cuenta tal vez (eso espero) muchos practicantes del psicoanálisis están cayendo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bleger, J. (1999). Criterios de diagnóstico. Revista, *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 7, 18-24.

Bleichmar, N. Lieberman, C. (2006). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica.* Paidós. México.

Cortada, N. (2008). *Técnicas de investigación científica con aplicaciones en: psicología, ciencias sociales, ciencias de la educación.* Lugar editorial. Buenos Aires.

Díaz, R. (2000). *“El dilema de diagnóstico en psicoanálisis”.* Trabajo presentado el 9 de marzo del 2002 en el XVIII Congreso de la Asociación Regiomontana de Psicoanálisis A.C. (A.R.P.A.C.)”Psicoanálisis, Psicoterapia y Psiquiatría en la Post-modernidad”

Dor, J. (2000). *Estructuras Clínicas y psicoanálisis.* Amorrortu. Buenos Aires.

Dor, J. (2006). *Estructura y perversiones (1987).* Editorial Gedisa. España.

Etchegoyen H. (1986). *Los Fundamentos de la técnica Psicoanalítica.* Amorrortu. Buenos Aires.

Freud, S. (2007). *Las neuropsicosis de defensa*. Obras completas. Vol. VII Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Sobre la justificación de separar la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Obras completas. Vol. VII Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Sobre Psicoterapia*. Obras completas. Vol. VII Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras completas. Vol. XII. Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Sobre la Iniciación al tratamiento*. Obras completas. Vol. XII. Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Introducción al narcicismo*. Obras completas. Vol. XIV. Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis y teoría de la libido"*. Obras completas. Vol. XIV. Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). Conferencia 26. *La teoría de la libido y el narcicismo*. Obras completas. Vol. XVI. Amorrortu editores. Buenos aires.

Freud, S. (2007). *Construcciones*. Obras completas. Vol. XXIII. Amorrortu editores. Buenos aires.

Green, A. (2005). *Narcicismo de vida, narcicismo de muerte*. Amorrortu. Buenos Aires

Kernberg, O. (1992). *Trastornos Graves de la personalidad. Diagnostico estructural*. Manual Moderno. México.

Lacan J. (1975). *Posición del inconsciente*, Escritos 2. Siglo XXI. México.

Laplanche, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós. España

Mahler, M. (1980). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*. Ed. J. Mortiz. México.

Mejía, P. (2010). *El arte de investigar*. Casa abierta al tiempo. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México D.F.

Nasio, J. (1996). *Como trabaja un psicoanalista*. Paidós. Buenos Aires.

Roudinesco, E. (2010). *La familia en desorden*. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.