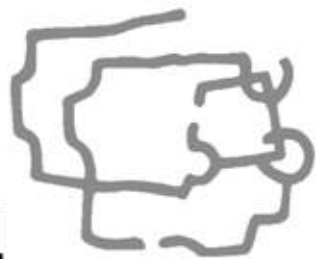


# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XI nº 47 Noviembre 2013



Monográfico  
I Premio Ángel Garma de Psicoanálisis

Portada: Eduardo Newark • Psiquiatra, psicoanalista, artista • Buenos Aires.

No veo, no escucho, no hablo.

Alude a los mecanismos de defensa del ser humano, para poder subsistir con el menor dolor posible.

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Del Rio, Francisco  
Estévez, Juan  
García-Ordás, Alfonso  
Gay, Eudoxia  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Redero, Jose María  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Sánchez, Ana  
Sierra, Deirdre  
Sureda, Catalina  
Tarí, Antonio

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Escudero, Consuelo	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Pradana, M <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Rendueles, Guillermo
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Retolaza, Ander
Aparicio, Victor	Bleicher, Tais	Levav, Isaac	Rodríguez, Beatriz
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Rotelli, Franco
Arias, Paz	Gracia, Fernando	Marqués, M. José	Sagasti, Nekane
Ballesteros, Javier	Gil, Eugenia	Marquínez, Fernando	Santander, Fernando
Blas Fernández, Luis V.	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González Brito, Natalia	Meana, Javier	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Medrano, Juan	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Català, Laura	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Chicharro, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Guimón, José	Morchón, J.	Uriarte, José Juan
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Villasante, Olga
De la Gandara, Jesús	Hernández, Mariano	Munarriz, Mikel	Ylla, Luis
De la Rica, José Antonio	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Zuazo, José Ignacio
De la Viña, Pilar	Hernanz, Margarita A.	Palacios, Antonio J.	
Desviat, Manuel	Huertas, Rafael	Pérez, Fermín	
Escalante, Carlos A.	Irurzun, Juan Carlos	Pérez-S, Pau	

- ✓ Acceso disponible en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatria.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XI nº 47. Noviembre 2013

[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

Realización y Administración:  
Ekimen-2000 • Travesía Las Escuelas, 1 - 1º iz. • 48006 Bilbao  
[norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autor de la portada: Eduardo Newark.

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida  
Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



© Copyright 2013 NORTE de salud mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

NORTE de salud mental 47. Noviembre 2013

<b>Editorial</b>	5
• Psicoanálisis hoy y Ángel Garma. <i>Iñaki Markez.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Un psicoanalista responde. <i>Emilio González Martínez.</i>	13
• La subjetividad como tercera tópica psicoanalítica. Conceptos de su metapsicología y clínica. <i>Claudio Maruottolo.</i>	16
• La función del padre vivo. <i>Nicolás Vucínovich.</i>	27
• Lógica borrosa, subjetividad posmodernista y psicoanálisis. <i>Héctor Hueso Holgado, Fanny Cuervo Díaz.</i>	31
• Sugestión. Puesta en acto del inconsciente ( <i>Agieren</i> ) y rememoración. <i>Conceptos que fundamentan la clínica psicoanalítica. Héctor Alberto Krakov.</i>	47
• Freud, Piaget y el funcionamiento psíquico. <i>Clara G. Benseñor.</i>	57
• La escisión del yo: lo curable y lo incurable. <i>Daniel E. Schoffer Kraut.</i>	67
• Trauma y repetición: La quiebra psíquica. <i>M. Carmen Rodríguez-Rendo.</i>	87
• El cuerpo y las psicosis. <i>Roser Casalprim.</i>	107
• Proceso analítico y Rorschach. <i>Margarita Artusi.</i>	115
• El trabajo pionero de H. S. Sullivan en la psicoterapia de la esquizofrenia. <i>Francisco Balbuena Rivera.</i>	127
<b>Actualizaciones. Iñaki Markez, Julene Zuazua.</b>	137
• Herencias. La transmisión en psicoanálisis. <i>Elena Wechsler.</i>	139
• Experiencias terapéuticas grupales. <i>Emilio Irazábal y Mariano Hernández (Coords.).</i>	140
• Sobre la Responsabilidad Criminal. Psicoanálisis y Criminología. <i>Luís Seguí.</i>	141
• Tiempos Difíciles. El siglo XXI y la responsabilidad del psicoanalista. <i>Ricardo Jarast.</i>	142
• Delitos Contra La Integridad Sexual. Articulaciones Psicoanalíticas. Desde las sombras del entre rejas. <i>Alicia Beatriz Iacuzzi.</i>	143
• Compulsión de Repetición. La transferencia como derivado de la pulsión de muerte en la obra de Freud. <i>Alexis Schreck Schuler.</i>	144
• Retazos del psicoanálisis con niños en la Argentina. Creaciones Institucionales, biografías mínimas y algunas curiosidades. 1940/1969. <i>Ana Bloj.</i>	145
• Unes altres veus. Una mirada diferente sobre el autismo. <i>Iván Ruiz y Sílvia Cortés Xarrié.</i>	146
• Los fantasmas de Vera. <i>Maithena Ormaetxea, Elena Vaz, Nagore Ferrero, Fermín Epalza, Ane Ortega, Eneko Egea, Eneko Oroz, Idoia Jimenez, Lander Moreno.</i>	147
<b>Agenda</b>	149

# Summary

NORTE de salud mental 47. November 2013

<b>Editorial</b>	5
• Psychoanalysis today and Angel Garma. <i>Iñaki Markez.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	11
• A psychoanalyst responds. <i>Emilio González Martínez.</i>	13
• Subjectivity as third psychoanalytical topology. Concepts of its metapsychology and clinical treatment. <i>Claudio Maruottolo.</i>	16
• The function of the living father. <i>Nicolás Vucínovich.</i>	27
• Fuzzy logic, postmodern subjectivity and psychoanalysis. <i>Héctor Hueso Holgado, Fanny Cuervo Díaz.</i>	31
• Suggestion, putting in act of the unconscious ( <i>Agieren</i> ) and remembering. <i>Concepts that underlie the psychoanalytic clinic. Héctor Alberto Krakov.</i>	47
• Freud-Piaget and the psiquis Working. <i>Clara G. Benseñor.</i>	57
• The splitting of the ego: the curable and the incurable. <i>Daniel E. Schoffer Kraut.</i>	67
• Trauma and repetition: The psychic breakdown. <i>M. Carmen Rodríguez-Rendo.</i>	87
• The body and the psychosis: current treatments. <i>Roser Casalprim.</i>	107
• Psychoanalytic process and Rorschach Test. <i>Margarita Artusi.</i>	115
• H. S. Sullivan's pioneering work on psychotherapy of schizophrenia. <i>Francisco Balbuena Rivera.</i>	127
<b>Book reviews.</b> Iñaki Markez, Julene Zuazua.	137
• Herencias. La transmisión en psicoanálisis. <i>Elina Wechsler.</i>	139
• Experiencias terapéuticas grupales. <i>Emilio Irazábal y Mariano Hernández (Coords.).</i>	140
• Sobre la Responsabilidad Criminal. Psicoanálisis y Criminología. <i>Luís Seguí.</i>	141
• Tiempos Difíciles. El siglo XXI y la responsabilidad del psicoanalista. <i>Ricardo Jarast.</i>	142
• Delitos Contra La Integridad Sexual. Articulaciones Psicoanalíticas. Desde las sombras del entre rejas. <i>Alicia Beatriz Iacuzzi.</i>	143
• Compulsión de Repetición. La transferencia como derivado de la pulsión de muerte en la obra de Freud. <i>Alexis Schreck Schuler.</i>	144
• Retazos del psicoanálisis con niños en la Argentina. Creaciones Institucionales, biografías mínimas y algunas curiosidades. 1940/1969. <i>Ana Bloj.</i>	145
• Unes altres veus. Una mirada diferente sobre el autismo. <i>Iván Ruiz y Sílvia Cortés Xarrié.</i>	146
• Los fantasmas de Vera. <i>Maithena Ormaetxea, Elena Vaz, Nagore Ferrero, Fermín Epalza, Ane Ortega, Eneko Egea, Eneko Oroz, Idoia Jimenez, Lander Moreno.</i>	147
<b>Calendar</b>	149



# EDITORIAL



# Psicoanálisis hoy y Ángel Garma.

## *Psychoanalysis today and Angel Garma.*

Quizá parezca frívolo reflexionar sobre el psicoanálisis en estos tiempos donde los informes de las instituciones supraestatales de la Unión Europea, exponen la gravedad de la situación social en nuestro continente, y el empeoramiento, llegando a situaciones donde millones de europeos van a comedores populares o reciben diferentes ayudas alimentarias (18 millones lo hacen de fondos de la UE). Miembros de la clase media han pasado a vivir en tiendas, remolques o albergues, temerosos y avergonzados de recurrir a organizaciones como Cruz Roja y otras en busca de ayuda. Hoy 120 millones de ciudadanos de la Unión Europea están en riesgo de pobreza.

España tiene cinco millones de pobres (ingresos inferiores al 60% de la media nacional); los salarios de los afortunados que aun los conservan pierden poder adquisitivo, aumentan las diferencias sociales, y observamos un brutal recorte de los servicios sociales, habiéndose reducido más de un 15% el gasto sanitario per cápita. Este empeoramiento de la Sanidad ya ha elevado el número de enfermos. Los indiscriminados recortes sociales y sanitarios a la larga incrementan los costes de la ciudadanía. Es preciso aumentar los servicios sanitarios para mejorar la salud mental, muy quebrada por las condiciones sociales de miseria que se viven diariamente.

El Consejo de Europa ha publicado un duro informe sobre el impacto social de las medidas de ahorro. Su comisario de Derechos Humanos del Consejo -Nils Muiznieks- ha emitido un duro informe sobre el crecimiento de la pobreza y su relación directa con los recortes sociales, poniendo especial énfasis en la pobreza infantil que, en España, es siete puntos más alta que en Estados Unidos, eterno país de la inequidad.

### **Psicoanálisis**

Muy al contrario del comentario callejero, las crisis económicas no llenan las consultas; al contrario estas son sustituidas por opciones nada recomendadas como son el uso y abuso

de medicamentos o el alcohol; alternativas más económicas a corto plazo pero con dependencia garantizada tras su falsa seducción. La demanda asistencial es mucha aunque quienes consultan en muchas ocasiones lo hagan como problemas de ánimo, sin señalar su situación de exclusión. Aumento de episodios de depresión, rabia, tristeza, dependencias, ansiedades y un malestar general del estado de ánimo. Los problemas psicológicos se van gestando, poco a poco. El empobrecimiento de tantos miles de hogares está pasando factura a nuestros cuerpos que expresan el sufrimiento a través de la dificultad de manejar el estrés y la ansiedad, a través de trastornos psicósomáticos, que se están disparando, y sus consecuencias pueden verse agravadas si no se toman soluciones anticipadamente.

La situación económica actual es grave, y no debiera condicionar el inicio de la cura y su continuación, deseable que no interfiera la crisis personal. La solución a los síntomas que padecemos debe prevalecer sobre cualquier crisis. El psicoanálisis manifiesta tener recursos para solucionar estos y otros problemas.

Psicoanálisis que se presenta como teoría explicativa, recurso de investigación, método de tratamiento terapéutico, manifestación cultural, expresión de estatus social o ciencia que analiza la realidad. Muchos pilares en este edificio que va construyéndose con el paso de las décadas desde hace más de un siglo. Si ya Freud supo distinguir al psicoanálisis de otras intervenciones terapéuticas, señalando un inconsciente casi inmutable, frente a otras posiciones donde el cambio está más presente, es dinámico al igual que ocurrirá con sus manifestaciones, la transferencia entre ellas. Aunque son muchas las escuelas y muchas las diferencias entre ellas, también están presentes los acercamientos y los muchos puntos de encuentro: interpretación de la transferencia, atención a la contribución del analista a la transferencia, menor énfasis en la interpretación de los sueños, mayor atención a la respuesta afectiva del analista y su contra-

transferencia, tendencias a centrarse en los significados inconscientes de la reconstrucción de lo ocurrido hoy y en el pasado... Pero ¿seremos capaces de reorientar un psicoanálisis que descansa demasiado en premisas psicologizantes y en quienes estamos acomodados? La práctica se adocena en un exceso de certezas y seguridades. Algunos han apostado por incrementar las relaciones con el saber universitario o con las neurociencias o el *lobby* académico. Sí, pero seguimos encontrándonos las *experiencias* en nuestra praxis de lenguaje mientras otros se esmeran en señalar su *experimento*.

El del psicoanalista quizás sea uno de los últimos refugios de un saber clínico que aún en la medicina tiende a desaparecer en el tsunami de la tecnología y la premura de los encuentros. Las consultas son una de las últimas posibilidades de escuchar, con tiempo. Pero eso requiere saber escuchar: la sociedad percibe bien la diferencia entre quien escucha sin ideas preconcebidas y quien lo hace desde clichés de otras épocas. El analista quizá no vuelva a gozar del fervor social, si alguna vez lo tuvo. El psicoanalista como *oidor* de una escucha inédita, como clínico ante el malestar, incluso como *sabio*, tiene futuro. Claro que eso obliga a repensar constantemente, a formarse bebiendo desde numerosas fuentes sociales, clínicas o académicas. Y evaluar a cada paso del camino si se quiere estar a la altura de lo que nuestros oficios nos exigen. Como debiera ocurrir en otros colegas y estamentos que interactúan en este amplio campo de la salud mental.

### Premio Ángel Garma al mejor trabajo de psicoanálisis

La perspectiva psicoanalítica y las actividades de la Sección de Psicoanálisis están presentes, partimos de que el psicoanálisis no está muerto, y tampoco forma parte de la memoria histórica, o no solamente. Está vivo, hay creatividad, más allá de las apoyaturas en *los grandes*, en Freud, Bion, Winnicott, Klein, Lacan, Ferenczi, Reich, Horney, Jung... Piaget, Garma, Fromm, Erikson, Fenichel, Laplanche, Kernberg, Pichon-Rivière, Althusser, Masotta, Matte Blanco... y tantos ilustres psicoanalistas, lejanos o más cercanos. El psicoanálisis puede y debe ser actual, sigue y

puede seguir en el día a día del trabajo clínico y terapéutico, de la investigación y de la creación.

El Premio Ángel Garma pretende ser estímulo de creación de nuevas producciones en el campo del psicoanálisis realizadas con diferentes formatos (artículos, conferencias, libros, investigación, programa, medio audiovisual, etc.) entre quienes han decidido adoptar esta técnica terapéutica, método de investigación, teoría explicativa psicológica y de la psicopatología llegar a ser concepción de la salud y del diálogo con las neurociencias.

Y optamos por denominar Premio *Ángel Garma*, no solo porque nació y vivió en Bilbao, donde se inicia esta convocatoria, sino también como homenaje a su persona y al significado de su obra en el psicoanálisis latinoamericano. Aquel bilbaíno, psiquiatra socio de la AEN de aquellos primeros años de existencia asociativa en los años 30, formado en psicoanálisis en Berlín, primer psicoanalista reconocido por la IPA del ámbito español, pionero del psicoanálisis argentino, cuna de tantos miles de psicoanalistas por todo el mundo. Eso sí, si bien la emigración vasca contribuyó al desarrollo de Argentina, no deja de ser curioso que este pionero del Psicoanálisis en aquel país y en el área latinoamericana, naciera en Bilbao donde tal ciencia fue casi desconocida hasta los años 70 del siglo pasado.

En la actualidad, el movimiento psicoanalítico argentino mantiene aquel impulso que le dieron los fundadores hasta ser una de las fuentes más productivas del mundo y, sin duda, foco esencial en el área hispano hablante. Hay, cerca de tres mil miembros en las sociedades psicoanalíticas argentinas o de diferentes colectivos en la diáspora americana o europea. Son el resultado del trabajo entusiasta de aquellos pioneros del psicoanálisis, entre ellos y de modo preeminente, Ángel Garma. Quien evitó participar en la guerra civil española y en la segunda guerra mundial, pero sufrió las dolorosas convulsiones de la represión de los militares en Argentina que tanto afectó también a los psicoanalistas argentinos. Aunque retirado, le tocó atravesar los duelos, paranoias, angustias de un país en decadencia, sin que se empañara su optimismo hacia el Psicoanálisis ni su fe en el ser humano.

En sus últimos años de vida, vio comprometida la producción de sus textos al padecer una dolencia neurológica que le dificultaba los movimientos y el habla. Betty y sus hijas le acompañaron con gran amor, siempre a su lado, ayudándole a vencer su resistencia a aparecer en público, acompañándole en la presentación de trabajos, congresos y reuniones, de algún modo, posibilitando que se mantuviera su presencia en el movimiento psicoanalítico de esos años. Fue muy premiada su trayectoria científica y social por numerosas entidades: la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil, el premio Konex, la Orden de Isabel la Católica, nombrado Hijo Predilecto de Bilbao, catedrático honorífico y miembro de honor de numerosas universidades e instituciones científicas.

En aquellos últimos años, en varias ocasiones había manifestado su deseo de que arrojaran sus cenizas en la ría de Bilbao -El Abra- tras su fallecimiento, ahora hace 20 años, lo que era muy simbólico y significativo. Así lo hizo Betty, su mujer, en febrero del año siguiente. Fue el último viaje de Ángel Garma a Bilbao, su ciudad natal.

Desde OME-AEN ya se formalizó y donó el año 2010 el Fondo documental a la importante Biblioteca Foral de Bizkaia. Tras aquella iniciativa, es OME y el conjunto de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) quien propone e impulsa este Premio a los mejores trabajos sobre psicoanálisis. Un premio que tiene tres categorías diferenciadas según el formato de los trabajos que optan al mismo: I) Audiovisual; II) Libro o investigación; III) Artículo o Conferencia.

Ha sido muy peculiar la variedad de trabajos presentados, relacionando el psicoanálisis con la subjetividad postmodernista y la hermenéutica, con la sugestión, la transferencia, los afectos, la cognición, las tópicas, la sexualidad, la pulsión de muerte, lo curable o incurable, la transmisión, la hipnosis, la escisión del yo, el síntoma y sus interpretaciones, la responsabilidad del analista, la metapsicología, etc., etc.

En esta publicación monográfica se recoge una buena parte de los artículos y las referencias a libros que han concursado. Por esta ocasión sin demasiado miramiento al seguimiento de las *Normas de publicación* de la revista dados los muy dispares estilos literarios y el interés por editar tempranamente estos trabajos. Salvado el debate de un único psicoanálisis, y no siempre aclarados los límites respecto a la opinión y las ideas de Freud, hemos encontrado un pequeño problema de muchos trabajos presentados, demasiado frecuente en psicoanálisis, es la escasa bibliografía revisada. El resultado es contar con muchas opiniones, al menos la de cada persona que opina y escribe.

A todos los autores y autoras nuestro enorme agradecimiento, además de la consideración de que este importante nivel de participación es un buen indicador de la fluida productividad en este campo del Psicoanálisis. Aun tenemos mucho por investigar, mucho por discutir y dialogar.

**Iñaki Markez**



**Hombre con moño y vaca** *Eduardo Newark*

Obra que alude a lo onírico. Un hombre enfrentado a una realización de deseos, y la imposibilidad de llevarlos a cabo. Pese a que la escena está preparada, la mesa está puesta, y él está vestido como para un festín, no puede comer la cabeza de una vaca (que además parece estar viva, por su expresión). Tampoco puede acceder a esa mujer, que se insinúa difusamente al fondo, como producto de un anhelo imposible de ser consumado. En este caso, el sueño expresa dos deseos, pero no los puede llevar a cabo. Queda el interrogante: ¿qué pasará luego? ¿Qué sucederá en su vida real? ¿Qué ocurrirá en su próximo sueño?



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Un psicoanalista responde.

## *A psychoanalyst responds.*

**Emilio González Martínez.**

Psicoanalista, Madrid.

*No a todo. No, quizás, lo que Ud. espera.  
Tampoco responderá si la respuesta significa  
la desgracia de la pregunta.*

A quién le interesa negar la existencia de la sexualidad infantil y, al mismo tiempo, negarle existencia a la sexualidad en la vejez.

¿A quién le interesa?

Le puede interesar individualmente a muchas personas, pero sale ganando la línea ideológica que propugna que la sexualidad quede recluida en su cuarto, al servicio, a las órdenes de los tiempos que la especie marque para su reproducción.

Pero resulta que la especie no es, en principio, un problema del sujeto psíquico. En todo caso, es -como el dinero y sus leyes- una violencia que se ejerce sobre él, y para que soporte esa irrupción, le conceden lujurias las justas y requeridas para cada ceremonia de la especie y a su mayor gloria.

Pero, aunque la cultura es algo perfectamente prescindible en el orden de la especie, resulta que los niños nacidos por y para la reproducción de la especie, también nacen a una cultura. Podríamos decir que cientos, miles de años, millones de libros, de esculturas, de músicas, acogen a esa criatura.

De manera que el niño nace mudo, más no acallado y pasa, en adelante, a ser "hijo".

Y aunque salte a la vista, según dicen, que nacen niños y niñas, esta evidencia cae sobre la ausen-

cia de representación de masculino y femenino que ostenta el sujeto psíquico. Quiere decir que hay que currársela.

Si la llamada identidad sexual es algo, es una búsqueda.

Siempre y cuando la búsqueda no se vuelva turismo sexual.

Digo esto por la extendida confusión entre sueños y geografía que nos aqueja y que lleva a la ilusión de que -con toda seguridad- un cambio de residencia o de pareja, nos proporcionará un cambio de vida.

De otra cosa de la que no tiene representación el sujeto psíquico es de la muerte.

Si, por supuesto de los muertos, diferencia que se palpa en este fragmento del Sueño de la muerte de Francisco de Quevedo:

*"En esto entró una que parecía mujer, muy galana y llena de coronas, cetros, hoces, abarcas, chapines, tiaras, caperuzas, mitras, monteras, brocados, pellejos, seda, oro, garrotes, diamantes, serones, perlas y guijarros. Un ojo abierto y otro cerrado, vestida y desnuda de todos colores. Por el un lado era moza y por el otro era vieja. Unas veces venía despacio y otras aprisa. Parecía que estaba lejos y estaba cerca. Y cuando pensé que empezaba a entrar, estaba ya a mi cabecera.*

*Yo me quedé como hombre que le preguntan qué es cosi y cosa, viendo tan extraño ajuar y tan desbaratada compostura. No me espantó;*



*suspendióme, y no sin risa, porque, bien mirado, era figura donosa. Preguntéle quién era, y díjome:*

- La muerte.

*¿La muerte? Quedé pasmado. Y apenas abrigué en el corazón algún aliento para respirar; y muy torpe de lengua, dando trasijos con las razones, la dije:*

- Pues, ¿a qué vienes?

- Por ti - dijo

- ¡Jesús mil veces! Muérome según eso-

- No te mueres - dijo ella; vivo has de venir conmigo a hacer una visita a los difuntos. Que pues han venido tantos muertos a los vivos, razón será que vaya un vivo a los muertos y que los muertos sean oídos. ¿Has oído decir que yo ejecuto sin embargo? Alto, ven conmigo.

*Perdido de miedo, le dije:*

- ¿No me dejarás vestir?

- No es menester - respondió. Que conmigo nadie va vestido, ni soy embarazosa. Yo traigo los trastos de todos, porque vayan más ligeros.

*Fui con ella donde me guiaba. Que no sabré decir por donde, según iba poseído del espanto. En el camino la dije:*

- Yo no veo señas de la muerte, porque a ella nos la pintan unos huesos descarnados con su guadaña. Paróse y respondió:

- Eso no es la muerte, sino los muertos, o lo que queda de los vivos. Esos huesos son el dibujo sobre que se labra y forma el cuerpo del hombre. La muerte no la conocéis, y sois vosotros mismos vuestra muerte. Tiene el rostro de cada uno de vosotros, y todos sois muerte de vosotros mismos. La calavera es el muerto, y el rostro es la muerte. Y lo que llamáis morir es acabar de morir, y lo que llamáis nacer es empezar a morir, y lo que llamáis vivir es morir viviendo. Y los huesos es lo que de vosotros deja la muerte y lo que le sobra a la sepultura. Si esto entendierais así, cada uno de vosotros estuviera mirando en sí su muerte cada día y la ajena en el otro, y vierais que todas vues-

*tras casas están llenas de ella y que en vuestro lugar hay tantas muertes como personas, y no la estuvierais aguardando, sino acompañándola y disponiéndola. Pensáis que es huesos la muerte y que hasta que veáis venir la calavera y la guadaña no hay muerte para vosotros, y primero sois calavera y huesos que creáis que lo podéis ser.*

La muerte y las diferencias sexuales no tienen representación en el sujeto psíquico.

Y cuando digo “sujeto psíquico” me refiero al iceberg completo, no sólo a lo poco que se ve, sino también a esa máquina ciega, no mecánica, invisible, que sabe lo suyo (aunque no lo sepa) y siempre más de lo que yo creo conocer, así duerme, así venga a despertarme con un sueño.

Qué razón tenía aquel pensador que afirmaba: “el animal es lo que es, el hombre es nada”.

Quiere decir, el animal viene con dirección asistida para todo lo que atañe a la supervivencia.

Si puede, come, si no puede, ya comerá. Si puede duerme, si no, ya dormirá, defeca cuando y donde se le viene en gana y en época de celo, a copular.

El hombre -como es nada-, hasta lo que le es dado, se lo tiene que trabajar. En todo está atravesado por un desacuerdo esencial, funciona descompuesto.

A diferencia del animal, sabe que va a morir.

Es aquello de: “Lo que has heredado, conquístalo para poseerlo”.

Te dieron un nombre y te dijeron que era tu “nombre propio”, cuando nada hay más impropio. Ahora te corresponde hacerlo tuyo, apropiártelo.

Ahora bien, en el orden de la especie, además de pasar a ser “hijo” por haber nacido, tiene un padre y una madre.

Se hace necesario aclarar aquí que son funciones y no personas, quiero decir que esto no debería estar excesivamente personificado.

A las personas se les requiere que abandonen lo infantil pero se queden con la apasionada curio-

sidad, con el afán investigador, con el placer de disparatar, que disfrutaron siendo “hijos” y se conviertan en padres o madres, dejando de ser hijos. Lo que no quiere decir dejar de saludar a los señores padres y señoras madres de cada uno.

Digo todo esto porque muchos de los conflictos familiares en las relaciones de pareja

y entre éstos y los hijos surgen de que hay hijos que se han puesto a tener hijos.

Y aquello, más que una casa con algunos sitios para los niños, se convierte en una guardería con una habitación para que se recluyan los mayores, sin demasiada intimidad.

El don de la reproducción sexuada viene acompañado de una pareja de señoritas dispares: la sexualidad y la muerte. De ninguna de ellas me salvo por no tener hijos.

Padre, madre, hombre, mujer, es mucho más que un cuadrilátero, es una sopa lógica en la que suponemos que se juega mi sexualidad.

Poder pensar que mi padre es un hombre y mi madre una mujer puede llevarme a desconcertantes conclusiones: *“¡entonces ellos también follan!”*, aunque estén muertos. Se notará que sigo hablando de funciones, de las marcas simbólicas que hago y me hacen, de camino.

La vida es el camino más largo hacia la muerte y el conjunto de fuerzas que se oponen a ella.

La muerte es un futuro que está en mí, el único irreductible.

Es lo que se repite en mí y la repetición misma. Punto.

#### Contacto

Emilio González Martínez • [emi.a.gonzalez@gmail.com](mailto:emi.a.gonzalez@gmail.com)

[www.eprivas.com](http://www.eprivas.com) • Tel. 678 554 434

# La subjetividad como tercera tónica psicoanalítica. Conceptos de su metapsicología y clínica.

## *Subjectivity as third psychoanalytical topology. Concepts of its metapsychology and clinical treatment.*

Claudio Maruottolo.

Psicoanalista y Psiquiatra.

Jefe Clínico del Hospital de Día de Avances Médicos (AMSA), Bilbao.

**Resumen:** El artículo es el resultado de la conferencia que se presentó en el VI Congreso de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, en Bilbao en Octubre de 2012. Desde el Grupoanálisis propuse establecer un psiquismo que incorpore a la subjetividad como un tercer lugar o una tercera tónica en el psiquismo humano que se estructura indisolublemente con las producciones de las otras dos tónicas y el discurso social. Este trabajo, apunta a dar una nueva propuesta metapsicológica, que por un lado será de utilidad en la clínica psicoanalítica y grupoanalítica aplicada a los grupos pequeño, grande, multifamiliar e institucional y por otro lado, será de utilidad para continuar con los múltiples intereses del psicoanálisis como constructo teórico permitiendo el análisis de los fenómenos complejos socio-culturales que afectan a los seres humanos en la posmodernidad.

**Palabras claves:** Subjetividad, tercera tónica, grupoanálisis, discurso, sujeto, cultura.

### Introducción

La noción de subjetividad se desarrolla esencialmente en la filosofía, donde diferentes tendencias y escuelas la ubican como una estructura psíquica relacionada únicamente con nociones como fenómenos de conciencia y singularidad del sujeto. También las tradiciones sociológica y antropológica la conceptualizan de igual manera, ya que se desarrollan encuadradas en sólidas jerarquizaciones ancladas en el contexto del positivismo, eje semántico en la cultura académica científica de la modernidad.

La modernidad determinó los modos de producción cultural y dentro de ésta la de producción científica. El Psicoanálisis se origina bajo este

paradigma objetivista, por tanto toda su producción originaria se desarrolló intentando adecuarlo a este modelo hegemónico. Así, siguiendo ese eje semántico Sigmund Freud decía: "...el interés del psicoanálisis ha hecho de su investigación la psique individual, pero en su labor no podía escaparle los fundamentos afectivos de la relación del individuo con la sociedad" (Freud, 1913).

El psicoanálisis en estos años del siglo XXI se ha adherido al paradigma de orden epistemológico de que "el ser humano es un ser social" con una convicción nunca antes vista. Distintas corrientes han intentado incorporarlo bajo diferentes supuestos teóricos habiendo obtenido resultados parciales y poco consistentes de cómo queda articulado. Sin embargo, el cambio se ha dado

paulatinamente en la propia forma de llevar la clínica (psicoanálisis relacional, intersubjetivo, grupoanálisis, psicoanálisis de familia y pareja, psicoanálisis multifamiliar, etc.) por lo que han comenzado a cambiar algunas concepciones tradicionales (por ejemplo nuevas formas de entender la abstinencia o la neutralidad, la transferencia, entre otras.) respetando aquello que se consideran principios básicos de la teoría psicoanalítica.

Por un lado, es necesario repensar la estructura del aparato psíquico incluyendo estos aspectos de giro paradigmático que sirvan de referencia en la práctica clínica cotidiana en los distintos dispositivos psicoanalíticos sea bipersonal, grupal en sus diversos tamaños e institucional. Por otro lado, también es necesario que el psicoanálisis como ciencia que analiza la realidad pueda reposicionarse en forma heterodoxa y transdisciplinaria en el estudio de fenómenos sociales y su impacto psíquico en el sujeto social, siendo para esto necesario un modelo dinámico que permita articular los modos en como circulan los discursos entre el psiquismo de los sujetos en los campos vincular y social en la posmodernidad.

El artículo que desarrollo es la resultante de la conferencia que presenté en el VI Congreso de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal<sup>1</sup>, en Bilbao durante Octubre de 2012. Desde ese espacio de debate se expuso esta problemática proponiendo a la subjetividad como la única manera de dar respuesta a este dilema epistemológico del psicoanálisis.

Los antecedentes remotos de esa aproximación están en el propio Freud, con distintas observaciones mostrando la indisolubilidad entre los órdenes psíquico y social<sup>2</sup>. Los postulados de psicoanalistas que van descentrando al sujeto

de análisis paulatinamente hacia el vínculo, el grupo y lo social. Así, W. Bion o disidentes en la escuela inglesa como D. Winnicott, en el pensamiento de psicoanalistas norteamericanos como Sullivan, Fromm, Kohut, etc<sup>3</sup>. O en psicoanalistas sudamericanos como en Argentina Pichón Rivière y sus discípulos posteriores. En Europa, el psicoanálisis francés lacaniano, también se estructura sobre conceptos como subjetividad y lenguaje. Los psicoanalistas marxistas como Althusser, Wilhelm Reich, Siegfried Bernfeld, Otto Fenichel, Edith Jacobson o Annie Reich intentando articular lo psíquico con los hechos sociales de sus épocas descentrándolo hacia la sociedad. En Inglaterra, Foulkes en su descripción de la teoría reticular de la neurosis, deja en evidencia su posición en cuanto a determinismos psíquicos y sociales. Dentro del grupoanálisis también, Patric de Maré y su concepción del grupo grande incorpora lo social como elemento central del quehacer terapéutico. Sin embargo, creo que las inconsistencias en una incorporación teórica desde el psicoanálisis a lo social fue proyectar a terrenos sociales visiones o marcos conceptuales que pueden ser válidos en un campo, pero no en el otro.

Entre los antecedentes recientes, el psicoanálisis de la línea francesa de Anzieu o Piera Aulagnier, retoma la idea de la intersubjetividad resaltando los procesos que el grupo primario desempeña en la vida anímica de los sujetos del vínculo. Resaltan de este grupo Cornelius Castoriadis y René Kaës, que además de sus aportes a la constitución dinámica del vínculo, exponen un minucioso análisis social de fenómenos que afectan a los sujetos en la sociedad. En ese mismo país destaca también el grupo de psicoanalistas intersubjetivos encabezados por Alberto Eiguer. En América se desarrollan distintas corrientes como la norteamericana, en donde el psicoanálisis intersubjetivo está representado entre otros por Atwood, Stolorow y Orange y desde finales de los años 90 por Jessica Benjamin. En sudamérica distintas corrientes herederas de Pichón Rivière

<sup>1</sup> Congreso que se realizó bajo la consigna "Impacto Social, Crisis y Transformación. Claves para (Re) pensar lo Identitario y Relacional desde el Conocimiento Grupal".

<sup>2</sup> Los textos más representativos sobre el tema serían "Psicología de las masas y análisis del Yo" y "El Malestar en la Cultura". En el primero señala que "En la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, el otro, como modelo, objeto, auxiliar o adversario", y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado. Entre otros aportes del mismo Freud útiles para pensar sobre el determinismo de lo social en la configuración de la mente son libros como "Tótem y tabú", "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte" o "El porvenir de una ilusión".

<sup>3</sup> Karen Horney, entre otros psicoanalistas partiendo de estudios de antropología cultural, sociología, psicología social, crean lo que se ha dado en llamar escuelas culturales del psicoanálisis. Destacan el papel de lo sociocultural en el origen y las manifestaciones de las enfermedades mentales y en los criterios, actitudes y prácticas al respecto en culturas o grupos sociales determinados.

se definían como vinculares, desde el grupo de discípulos que continuaron desarrollando el psicoanálisis operativo a los de las configuraciones vinculares de Berenstein-Puget o del psicoanálisis multifamiliar de Jorge García Badaracco. En España, el modelo analítico vincular de Nicolás Caparros destaca por la impronta pichoniana y su desarrollo posterior, también en Madrid Alejandro Ávila-Espada y, en Cataluña, Joan Coderch por el psicoanálisis relacional. En el País Vasco la técnica grupal dinámica intensiva y breve continuadora del grupoanálisis, del psicoanálisis grupal operativo y del psicoanálisis multifamiliar que venimos desarrollando junto a José Guimón, Norberto y Andrés Mascaró desde hace ya más de 10 años, son variantes de un psicoanálisis grupal que toma en cuenta la subjetividad también como elemento de cambio (Maruottolo, 2012).

Por todo lo antedicho, en ese honorable Congreso y desde el Grupoanálisis propuse establecer un psiquismo que incorpore a la subjetividad como un tercer lugar o una tercera tópica en el psiquismo humano que se estructura indisolublemente con las producciones de las otras dos tópicos y el discurso social.

El grupoanálisis como ninguna otra disciplina psicoanalítica ha desarrollado desde su origen distintos dispositivos. Esta postura sobre la subjetividad y su lugar en el psiquismo surge de mi experiencia clínica en la coordinación y observación de esos dispositivos con sus distintas dinámicas puestas en acción terapéutica. Este trabajo, apunta a dar una nueva propuesta metapsicológica, que por un lado será de utilidad en la clínica psicoanalítica y grupoanalítica aplicada a los grupos pequeño, grande, multifamiliar e institucional y por otro lado, será de utilidad para continuar con los múltiples intereses del psicoanálisis como constructo teórico que permita en el análisis de los fenómenos complejos socio-culturales que afectan a los seres humanos en la posmodernidad.

Si se pretende dar a la subjetividad una categoría de tercera tópica se debe adecuar a la teoría psicoanalítica, esto es demostrar en primer término, en forma dinámica, tópica y económica su participación en los fenómenos psíquicos y en segundo término, su utilidad en la práctica clínica de distintos dispositivos psicoanalíticos.

## De la Genealogía de la subjetividad

La inscripción de la subjetividad como tercera tópica debe ser pensada por el actual giro paradigmático del psicoanálisis que se viene dando en la pragmática de los discursos sociales en términos de cambios transicionales entre modernidad y postmodernidad.

Desde esta perspectiva se describe por qué se ha ido cambiando progresivamente la idea de la modernidad en torno a lo “medible, controlable, neutral y abstinentes” de lo objetivo y la revalorización de lo subjetivo en la postmodernidad, al menos desde algunas corrientes psicológicas en general y psicoanalíticas en particular. En este sentido, hemos ido observando el giro paradigmático psicoanalítico de cuestionar la supuesta neutralidad o abstinencia del analista en la práctica clínica, y las consecuentes lecturas de sentido (salvo posturas ortodoxas dogmáticas) en las distintas corrientes psicoanalíticas de la actualidad.

Nos situamos y, por consiguiente, también a nuestras prácticas sociales, en una época que denominamos posmodernidad<sup>4</sup>. El término es controvertido pero, de alguna manera observo que, desde distintas corrientes del pensamiento se supera la idea de objetividad, propio del pensamiento de la modernidad, por el de complejidad determinando cambios en la manera de producción de la subjetividad y la socialización de los seres humanos en la posmodernidad.

Para algunos pensadores de la realidad social son tan sólo cambios cuantitativos de la modernidad, y por lo tanto hablan de hipermodernidad<sup>5</sup> o sobremodernidad<sup>6</sup>. Para otros, entre los que me cuento, son cambios cualitativos y cuantitativos de un proceso de transición y paulatina consolidación de un nuevo paradigma socio-cultural. Si bien en principio coincido con las críticas pesimistas que se realizan sobre las relaciones

<sup>4</sup> Se toma el concepto como proceso cultural observado en la condición humana existencial determinada, según Lyotard desde finales del siglo XX e inicios del siglo XXI.

<sup>5</sup> El sociólogo de la Universidad de Grenoble Gilles Lipovetsky representa con este término al conjunto de fenómenos sociales que caracterizan la postmodernidad.

<sup>6</sup> Bajo esta expresión Marc Auge de L'École des Hautes en Science Sociales de París conceptualiza una antropología de la posmodernidad.

de producción en la sociedad postmoderna, una característica optimista, a mi modo de ver, es la preminencia de lo subjetivo de la postmodernidad sobre el objetivismo de la era moderna, donde la “objetividad” detentaba el saber y por lo tanto el poder hegemónico en las relaciones socio-culturales.

Por lo tanto, el primer escollo es resolver el lugar de la subjetividad en la era posmoderna para luego sí adecuarla al modelo psicoanalítico.

Lo que en general se conoce como método científico puede asimilarse al conocimiento de la sociedad moderna expresado desde las aludidas antiguas certidumbres que dieron razón instrumental sobre el funcionamiento de la sociedad. La Ilustración había establecido una sólida relación entre saber y poder, dando una consolidación progresiva al discurso hegemónico positivo<sup>7</sup>. Todo esto implicaba la consolidación definitiva del paradigma de la razón metódica, la neutralidad axiológica y la abolición de todo modelo teórico alternativo. Bajo el posestructuralismo, deconstructivismo y diferentes teorías relativistas de los comienzos de la posmodernidad, se promovieron no sólo la abolición radical de la razón como orden instrumental, sino también de la razón crítica de todo posicionamiento subjetivo emancipador, lo que determinó un discurso social caracterizado por la sobreabundancia de significantes vacíos (Laclau, 1996), y simultáneamente, por la hegemonía de un discurso único conservador en un contexto de dilución de pluralidad dialéctica sin fuerza de convicción de posturas contrahegemónicas.

Como observamos de lo antedicho, lo subjetivo a lo largo de la historia de la filosofía y la ciencia adquiere una cualidad de inferior, de debilidad, de individual frente a la objetividad positiva. En este sentido, el psicoanálisis no fue la excepción y las contribuciones de muchos intersubjetivistas actuales se limitan a esas cualidades discursivas.

Desde finales del siglo pasado la subjetividad ha sido motivo de reformulación en la sociología crí-

tica tanto desde su versión intersubjetiva, primero de Jürgen Habermas y luego de Axel Honneth, como desde la llamada subjetividad colectiva de José Maurício Domingues<sup>8</sup> (Domingues, 2003). Algunas de estas teorías han comenzado a ser incorporadas por algunos autores al psicoanálisis.

La propuesta de configuración tomada por mi perspectiva de la subjetividad es un retorno a la dialéctica hegeliana donde el par afirmación/negación no son opuestos sino complementarios necesarios para la existencia uno del otro, en una constante retroalimentación de negación/afirmación y viceversa. Hegel presenta la ley de la negación de la negación, donde el negar no implica la inexistencia sino que lo negado permanece como sustrato de lo nuevo, de lo afirmado. Desde esta posición se podría enunciar que la subjetividad está configurada por este par en lo discursivo y representacional. Así, la subjetividad constituida por el par subjetivo /objetivo representacional y discursivo, no son negaciones una de la otra sino formas complementarias que se incluyen y se reproducen mutuamente en el saber instrumental de la propia posición subjetiva en relación con el objeto, estando presentes al mismo tiempo en conflicto. Esta particular conformación de las representaciones y discursos, al que denominaré “procesos discursivos de la subjetividad” (PDS) y que continuaré profundizando a lo largo del presente trabajo, son subjetivadas por las transformaciones que intra, inter y transubjetivamente vamos produciendo complejamente con el resto de nuestro psiquismo y en relación dialéctica con la cultura.

Como se observa desde la perspectiva que presento, el psiquismo debe ser pensado en forma compleja no lineal, ni reduccionista, ni disyuntora de sus dinámicas, relacionando la subjetividad con las fuerzas externas e internas que determinan al sujeto en situación, por un lado con otras formaciones psíquicas subyacentes y, por otro, por la cultura de un tiempo y un lugar que configuran el contenido discursivo que conforman la personalidad.

<sup>7</sup> Ejes de los estudios de la primera generación de la Escuela de Frankfurt, encabezados por Horkheimer, Adorno, Marcuse, entre otros.

<sup>8</sup> Doctor en Sociología por la London School of Economics and Political Science, Universidad de Londres. Profesor adjunto e investigador del Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro. Quien desarrolla el concepto de subjetividad colectiva.

## De la subjetividad en la complejidad de la Cultura

Para Freud, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX la cultura es el conjunto de las normas restrictivas de los impulsos humanos, sexuales o agresivos, exigidas para mantener el orden social. Aunque en el mundo cultural hay un sinnúmero de valores, estos provienen de una sublimación, y en general, de una renuncia a la satisfacción de las pulsiones libidinales que provocan siempre una búsqueda de su descarga.

Desde la perspectiva que presento, la subjetividad emerge en la intersección de la cultura (conformada por las estructuras discursivas de la cultural familiar edípica y de la cultural pública) y las motivaciones inconscientes de los sujetos. Estas dos fuerzas se encuentran en relación dialéctica y de conflicto permanente. El poder subjetivador de la sociedad es por lo tanto una resultante dada por la configuración particular y única que en cada subjetividad conforman la estructura discursiva del sujeto<sup>9</sup>.

En los contenidos de la subjetividad encuentro necesario establecer dos componentes de esta tópica como PDS (lenguaje connotativo), que va en el sentido del *habitus*<sup>10</sup>, y los procesos terciarios (PT) o creativos<sup>11</sup> íntimamente relacionados con el sujeto y su cultura<sup>12</sup>. Este PDS se va

<sup>9</sup> En este punto la postura althusseriana del Estado como controlador de las instituciones es reinterpretada por la de mediador de las dinámicas sociales que determinarán el modo de producción cultural. Es el mediador político en las tensiones y disputas del poder subjetivador de distintos sub-conjuntos o grupos sociales con sus cosmovisiones. La trama que emerge de este hecho social en lo cultural no sólo sostiene, sino que configura y coloniza, determinando las condiciones de existencia de los sujetos en la sociedad.

<sup>10</sup> “los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia que producen *habitus*, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras predispuestas para funcionar como estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines” (Bordeau, 1993)

<sup>11</sup> Término desarrollado por Hector Fiorini, y reubicado desde la perspectiva que presento en la subjetividad. Así mismo, encuentro diferencias en cuanto a la relevancia no solo del resto de la personalidad del sujeto (primera y segunda tópica), sino a la superlativa determinación en la relación dialéctica que se establece con la cultura en los procesos terciarios.

<sup>12</sup> Existe en esta propuesta un tercer contenido representado por los procesos cognitivos (lenguaje denotativo) que no será objeto de análisis en esta presentación.

reestructurando dialécticamente cuando entra en crisis, dando como resultado cambios, a partir de los procesos terciarios, que producen un nuevo PDS.

Por lo tanto, la subjetividad debe ser asociada a la producción de sentido en la acción sea en forma de relatos, sea en otras formas de movilización social. Por medio de las instituciones, y fundamentalmente desde el Estado, es desde donde ideológicamente se determinará el tipo de cultura hegemónica que se instaurará en la propia sociedad (pública y privada) teniendo la cultura como organizador de la subjetividad y el Estado. Asimismo, éste último representa la Institución de mediación entre los distintos relatos que intentan construir sentidos subjetivantes dominantes<sup>13</sup>. Aquí es donde entran en acción las distintas instituciones y dispositivos de poder para garantizar la producción y la reproducción de los discursos que configuran la subjetividad. El terreno cultural, como advertía Antonio Gramsci, se transforma en un campo de conflicto y visiones del mundo del sujeto en situación y que concuerda con las ideas de Vygotski de que la cultura se va apropiando del sujeto en una relación dialéctica y el sujeto de la cultura.

La subjetividad es, al mismo tiempo, singular, grupal y colectiva, guardando una relación de productor y producido con los objetos significativos y a través de ellos dialécticamente con la cultura. La subjetividad y el conjunto de identificaciones que la sostienen, determinan la identidad del sujeto, en cuanto semántica de los discursos y representaciones de pertenencia y alteridad (C. Maruottolo, 2008).

En base a esta definición, vemos cómo el sujeto y su núcleo de pertenencia, con su identidad familiar, posee una estructura discursiva de ese mundo externo pero a su vez privado, con los contenidos de pensar, sentir y hacer en el mundo que marcan sus cuerpos de determinadas maneras. A su vez, ese espacio familiar de lo privado se relaciona dialécticamente con el espacio social de lo público con sus resistencias y cambios en la manera de situarse culturalmente.

<sup>13</sup> Generándose un círculo de regulación del sujeto en situación social: Cultura-subjetividad-Estado de fuerzas instituyentes.

## De la subjetividad en la complejidad del psiquismo

El concepto de las múltiples dimensiones de la mente que desde algunos años desarrollamos permite acercarnos al devenir del sujeto desde un triple registro psíquico: como individuo biológico y como sujeto psicológico y social<sup>14</sup>.

La personalidad definida como las formaciones bio-psicológicas integradas, con niveles de organización (consciente e inconsciente: primera tónica) y jerarquización dinámica que determina la estabilidad, consistencia, y coherencia en la forma (Ello, Yo, Superyo: segunda tónica) y los contenidos discursivos (subjetividad: tercera tónica) que determinan la compleja particularidad proactiva del pensar, percibir, sentir y comportarse consigo mismo y con los otros a fin de lograr la mayor adaptabilidad al ambiente cultural a lo largo de la vida (Maruottolo, 2012).

La subjetividad otorga cierta respuesta fija a las experiencias en la cotidianeidad determinadas por PDS. En momentos de crisis e incertidumbre el sujeto tiene la posibilidad de incorporar nuevos elementos discursivos que permitan reestructurar los PDS a través de los procesos PT<sup>15</sup> por medio de apertura y creatividad adaptándose frente a la nueva experiencia.

Esta integración de la subjetividad al aparato psíquico configurando tres tónicas interrelacionadas en forma compleja, es necesaria para comprender cómo queda el sujeto sujetado al mundo indisolublemente y siempre inevitablemente en conflicto. Sólo nombraré las dos primeras, la primera tónica de la existencias de tres sistemas con sus dinámicas consciente, pre-consciente e inconsciente y la segunda tónica determinada también por tres sistemas: el Ello, el Yo y el Superyo. La subjetividad que presento quedará incluida como tercera tónica con sus tres sistemas: Intrasubjetivo o subjetividad narcisista, Intersubjetivo o subjetividad vincular y transubjetivo o subjetividad colectiva.

El sistema intrasubjetivo o subjetividad narcisista se caracteriza por su unidireccionalidad, ya que se irradia predominantemente desde el Yo hacia lo externo. Estaría sostenida, anclada y apuntalada en formaciones biopsicológicas temperamentales y representaciones de sí mismo, del Yo corporal, de fantasías originarias e imagos. Todo su erotismo y energía libidinal es auto dirigida, y el mundo exterior no estaría reconocido. Sus componentes, como la pulsión de autoconservación o la necesidad de supervivencia dan paso al deseo narcisístico primario, que signa la incapacidad para reconocer al objeto, es decir, en este sistema es incapaz de reconocer un mundo distinto a sí mismo. Toda la producción representacional y discursiva intrasubjetiva es parcial, preconflictual y omnipotente adecuada a intereses propios de apropiación cosificante a sus necesidades. Para el individuo en su subjetividad narcisista, el otro y el mundo exterior son desconocidos en su alteridad y autonomía, siendo éstos los resabios o huellas mnémicas de la pulsión de autoconservación. En palabras de Pichón Rivière sería que la necesidad antecede al deseo<sup>16</sup>. Estas motivaciones inconscientes dan la configuración discursiva a esta instancia de la subjetividad, que deberá vincularse dialécticamente con las que emerjan de la cultura familiar edípica y con su resultante: la subjetividad vincular.

El sistema Intersubjetivo o subjetividad vincular se caracteriza por su bidireccionalidad, puesto que el sentido ya no provendría desde el mundo interno primigenio hacia los otros, sino que vendría de objetos internalizados y estaría configurado por el grupo interno desde la relación dialéctica con los otros. Se determinan así dos sistemas en conflicto. Por un lado, el intrasubjetivo del individuo para sí con el intersubjetivo del sujeto sujetado a los vínculos que necesita y que, por consiguiente, desea ser reconocido y que en esa escena resuelve su necesidad identitaria al grupo familiar y a otros grupos de intersubjetividad. Por otro lado, el conflicto con el registro transubjetivo del espacio público que determina su identidad colectiva y que intenta colonizar dialécticamente el espacio intersubjetivo.

<sup>14</sup> Mascaró Masri, N.; Maruottolo Sardella, C. "El grupo multifamiliar: abordaje simultáneo de la dimensión individual, familiar, y social de la mente". Seminario realizado en la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar, 2007. Bilbao.

<sup>15</sup> " como capacidad de crear en diferentes ámbitos de la cultura, el trabajo, los vínculos, la vida cotidiana". (H. Fiorini, 2006)

<sup>16</sup> El vínculo que Pichón Rivière conceptualiza como ningún otro hasta ese momento lo articula con la necesidad material dialéctica.

Lo intersubjetivo se apoya, apuntala y queda anclado a estructuras subyacentes que conforman el vínculo, primero mediante el holding materno, primera investidura del sujeto a un otro y, luego, en la trama triangular familiar-edípica. El ingreso a lo social se produce en el momento en que el infante vincula la pulsión de autoconservación a la obtención de placer con su madre, la cual representa toda la tradición cultural de una determinada sociedad en la que aquel se inscribe<sup>17</sup>.

En ese contexto intersubjetivo, la interfantasmaticización en el vínculo vehiculiza la inscripción de pactos y acuerdos inconscientes preexistentes en el grupo familiar, incluso antes del nacimiento, sustentados por las tramas de necesidad, deseos, amor y poder<sup>18</sup>. Los mitos e ideologías familiares y sociales (trasladados por la familia en forma de creencias compartidas) actúan para organizar esta estructura intersubjetiva desde los órdenes consciente e inconsciente y ejercen ese objetivo instrumental. Por lo tanto, la representación inconsciente del vínculo es el campo de los otros dentro del psiquismo, surgida de las identificaciones primarias y secundarias del vínculo. Se configura así el pasaje conceptual del grupo interno a los otros del vínculo y viceversa. La necesidad hace que el Yo se adapte sujetándose a objetos que serán significativos, primero para la supervivencia y, luego, para la obtención del placer. Diría Freud: (...) “donde hay un ello debe

advenir el yo”. Frente a esto pienso que “donde hay un individuo debe advenir un sujeto”. Este es el paso paulatino del proceso inevitable que transforma al individuo en sujeto.

El sistema intersubjetivo se configura en la emergencia de la trama dialéctica de discursos y representaciones de sí mismo y de su grupo cultural familiar, que son posibilidades parciales de representar la realidad. Esas primeras ideas serán el retoño de la transubjetividad que se determinará en un periodo posterior. El contenido de los discursos se adquiere en este espacio altamente determinante de la subjetividad por las condiciones de existencia y medios de producción atados a los deseos de los otros del grupo primario<sup>19</sup>.

Para Pichón Rivière, el aparato psíquico está “implicado” en el vínculo, haciendo referencia a la segunda tópica freudiana: el Yo, el Ello y el Superyó. Con cada una de estas instancias psíquicas el sujeto establece una relación de objeto, de tal manera que el vínculo del sujeto con el Yo es más operacional o tiene más sentido del manejo adaptativo de la realidad vincular. De aquí enuncio que, cuando se dice que la intersubjetividad está implicada en el vínculo, debe referirse a *una parte* del vínculo, constituida por los contenidos investidos de discursos y de representaciones que configuran cada uno de esos tres sistemas y que conforman la subjetividad, posicionando discursivamente al sujeto en situación. Por lo tanto, la subjetividad se manifiesta a raíz de metas pulsionales, constituidas por discursos y representaciones que se van a investir (PDS), convirtiéndose en objetos libidinalmente cargados. El proceso de cambiar las metas pulsionales sobre otros discursos cargándolos libidinalmente (PDS) lo denomino procesos terciarios o creativos.

El sistema transubjetivo, o subjetividad colectiva, concibe un registro psíquico que con su prefijo trans nos ubica “al otro lado” de la relación intersubjetiva que representa el mundo externo de lo público y del campo cultural-social. La defino como el conjunto de contenidos representacionales y

<sup>17</sup> Dice Freud: “Naturalmente, en el influjo de los progenitores no sólo es eficiente la índole personal de estos, sino también el influjo, por ellos propagado, de la tradición de la familia, la raza y el pueblo, así como los requerimientos del medio social respectivo, que ellos subrogan. De igual modo, en el curso del desarrollo individual el superyó recoge aportes de posteriores continuadores y personas sustitutivas de los progenitores, como pedagogos, arquetipos públicos, ideales venerados en la sociedad. Se ve que ello y superyó, a pesar de su diversidad fundamental, muestran una coincidencia en cuanto representan los influjos del pasado: el ello, los del pasado heredado; el superyó, en lo esencial, los del pasado asumido por otros. En tanto, el yo está comandado principalmente por lo que uno mismo ha vivenciado, vale decir, lo accidental y actual”. (Freud, 1940)

<sup>18</sup> De la satisfacción de las necesidades para la reproducción de la vida aparecen otras más complejas, del orden simbólico que se configura dialécticamente en el vínculo. Junto al lenguaje y la complejización del vínculo se van configurando los contenidos discursivos, descritos por Piera Aulagnier y su pacto narcisista o el denegativo de René Kaës. Es importante observar, a mi modo de ver, cómo estas cualidades se configuran según los procesos discursivos de cada época de la producción cultural en la historia de la humanidad.

<sup>19</sup> Describir lo intersubjetivo no puede ser aislándolo del concepto de vínculo que Pichón Rivière instaura como ninguno hasta ese momento articulándolo al psicoanálisis y al concepto de necesidad material.

discursivos donde el sujeto queda posicionado en la cultura de lo público. Se apuntala, por un lado, en las representaciones y discursos del vínculo intersubjetivo primario, inicialmente indiferenciado, signadas en la trama familiar-edípica, representante de la cultura privada<sup>20</sup>, y constituyendo las primeras etapas del desarrollo de la subjetividad.

Por otro lado, el Yo, el Superyó y el Ello junto al grupo interno con sus producciones fantasmáticas, son sustrato del espacio cultural-social<sup>21</sup> que organiza la subjetividad colectiva, al ingresar el sujeto paulatinamente en el espacio público de la organización institucional<sup>22</sup>. Se configuran así los contenidos discursivos y de representaciones donde la subjetividad colectiva determina dialécticamente las condiciones del sentimiento de pertenencia al ámbito público, influyendo en las creencias de lo diferente, el intercambio económico, la expresión artística, los medios de producción y la dinámica de gestión científica y tecnológica que colonizan el mundo de la vida de los sujetos en la sociedad.

En base a esta estructuración de la subjetividad, vemos cómo el sujeto produce PDS desde su lugar de pertenencia y en base a su condición de existencia, con su identidad familiar que no se agota en el vínculo intersubjetivo sino que se estructura dialécticamente en lo transubjetivo cultural del espacio público. Así mismo, el sujeto tiene la capacidad potencial de crear nuevos marcos referenciales subjetivos por medio de los procesos terciarios que determinarán cambios en estructuras subyacentes a la subjetividad y en el medio cultural<sup>23</sup>.

Esta mente ampliada y abierta a la cultura queda configurada indisolublemente por la subjetividad, incluida a la estructura de las otras dos tónicas, que a través de la complejidad de su emer-

gencia, otorga al individuo su transformación en sujeto social recategorizándolo como sujeto en el Mundo.

### **La utilidad clínica de reconceptualizar la subjetividad como tercera tónica**

Como se observa de todo lo antedicho, la reconceptualización e incorporación de la subjetividad como tercera tónica permite que se continúen abordando los múltiples intereses del psicoanálisis transdisciplinariamente y en forma heterodoxa analizando las dinámicas sociales (arte, conflictos sociales, conflictos de género, entre otros) y sus efectos sobre la psiquis de los sujetos emergentes de la cultura bajo los principios del psicoanálisis.

En este apartado señalaré únicamente su utilidad en la clínica psicodinámica en los distintos dispositivos terapéuticos. En este punto conviene contrastar los rasgos específicos de los distintos dispositivos psicoanalíticos sean bipersonal, del grupo pequeño, el grupo grande o el grupo multifamiliar.

El psicoanálisis bipersonal está centrado en el sujeto en relación con el analista que, en primera instancia, se focaliza en las dinámicas intrapsíquicas inconsciente del paciente y en el holding que se va estructurando con el terapeuta. El contexto socio cultural ocupa un lugar relevante, pero está centrado entre otros en el complejo de Edipo, esclarecer los conflictos inconscientes reprimidos (o escindidos según el tipo de paciente) y cómo se estructuran el Yo, el Superyó y el Ello, proporcionando los recursos para permitir el proceso de redesarrollo de la personalidad. El análisis de la transferencia, de los mecanismos de defensa y de las resistencias, es el medio para el cambio bajo las reglas del encuadre. Las intervenciones técnicas del terapeuta se basan en distintos abordajes, siendo la interpretación el elemento que moviliza y hace consciente los conflictos inconscientes, y evita la tendencia a la repetición. El paciente trae un material de la realidad social y el terapeuta lo analiza en función de la estructura de personalidad subyacente a la subjetividad y en cómo actúan esos discursos sociales, sin trabajar directamente sobre ellos. Los cambios que ocurran durante el proceso terapéutico, permitirán no sólo redesarrollar la

<sup>20</sup> Por eso ese polo indiferenciado solo permite incorporar a ese registro una parcialidad del mundo que es punto de partida de la cultura particular del grupo familiar.

<sup>21</sup> Determinando su poder de subjetivación.

<sup>22</sup> En la estructura social de la Comunidad Terapéutica (Maruottolo, 2012), en *Teoría y práctica grupal psicoanalítica*, 2(2): 282.

<sup>23</sup> No es el caso de las interdependencias patológicas, que van a ofrecer resistencias ante lo novedoso, ante los conflictos, ante las experiencias críticas que tiendan a desestructurarlas, en las que se observa la tendencia a la repetición (Maruottolo, 2008).

forma de pensar, sentir, percibir y conducirse (segunda tópica) sino también sentar las bases para una reflexión subjetiva (tercera tópica) de los contenidos representacionales y discursivos preexistentes.

El grupo pequeño es el representante simbólico del grupo familiar, todas las interpretaciones están dirigidas a él o hacia alguno de los sujetos del mismo. En este caso, el grupo presenta una matriz con la posibilidad de trabajar sobre las transferencias múltiples y la disposición en que quedó fijado el sujeto en la relación edípica. El material traído por el paciente de contextos sociales es también interpretado desde la estructura del vínculo primario del que el paciente procede y de la configuración que va tomando en el propio grupo. Se actúa analíticamente, por tanto, sobre dinámicas intrapsíquicas y vinculares intragrupo o intergrupales. Como vemos, también aquí se trabaja terapéuticamente sobre la primera y segunda tópica, sabiendo que los logros de redesarrollo en estos lugares del psiquismo repercutirán en cambios en los contenidos discursivos y representacionales de la subjetividad. Al igual que en la psicoterapia bipersonal, en el grupo pequeño las técnicas empleadas serán las tributarias de la interpretación a fin de hacer consciente el material inconsciente.

En el grupo grande grupoanalítico salimos de lo personal y lo familiar y encontramos al sujeto en el ámbito de lo sociocultural, en donde podemos analizar cómo “Una persona puede ser tan inconsciente de sus supuestos culturales como de su inconsciente” (...) “El grupo grande nos permite observar mejor que otros dispositivos nuestras subculturas y nuestros supuestos macroculturales” (de Maré, 1983). La organización subjetiva entrará en conflicto con la estructura social, pudiendo así mostrarse las ramificaciones que pueda tener con lo cultural. Es fundamental tratar como cruciales los supuestos culturales encubridores que determinan nuestras representaciones y discursos sociales, que particularmente suelen manifestarse como una conspiración del silencio como señaló Paulo Freire. Por lo tanto, el grupo grande es un dispositivo donde los discursos y representaciones sociales se despliegan en actos de habla entre subjetividades colectivas contrapuestas, conformando subculturas grupales que se posicionan dialécticamente a fin de

desmitificar esos implícitos sociales. El trabajo terapéutico sobre las dinámicas subjetivas que se producen en este setting modifica indirectamente las estructuras subyacentes, habida cuenta de que los ideales culturales aportados por el sistema Superyoico movilizan a través del Yo contenidos que inciden en los contenidos discursivos de la subjetividad. El convocador es el responsable de permitir el marco de diálogo plural agonal entre las partes a fin de posibilitar el reconocimiento mutuo en la ética del diálogo para así redescubrir los fenómenos alienantes de la cultura y alcanzar, de este modo, las máximas potencialidades de libertad de las acciones de habla del grupo y de los sujetos para su redesarrollo en el marco social. Es por tanto la matriz de una microsociedad que rehabilita al sujeto alienado por esa misma sociedad. Por lo tanto, es a la vez un medio para Humanizar la sociedad y Socializar al sujeto del grupo.

El grupo multifamiliar psicoanalítico es también un grupo grande, representando simbólicamente también una microsociedad, pero en este caso, las subunidades sobre las que fundamentalmente se interviene son las dinámicas vinculares y cómo la sociedad las condiciona. En él concurren las familias junto con los pacientes, pero también acuden parejas o sujetos solos. En mi experiencia, las personas que asisten concurren con su campo psicológico vincular presente y todos los abordajes irán dirigidos a los supuestos culturales que lo determinan. Las representaciones y discursos sociales son cuestionados y reinterpretados en un marco de creatividad y libertad que permite a los grupos familiares reposicionarse intersubjetivamente frente a los mitos, ideologías y otros determinantes sociales que alienan a las familias. Aquí también se observa que en la medida en que los ideales culturales aportan el Super-Yo contenidos que inciden en la dinámica psíquica de los individuos, estos lo vierten al vínculo de la propia familia presente. Así, la posibilidad de una reflexión intersubjetiva de esos contenidos transubjetivos permite también, indirectamente, modificar las estructuras subyacentes. En palabras de García Badaracco “Es lo que se parece más a la vida cotidiana de los individuos en la familia y a las familias en el contexto social” (García Badaracco, 2000). Es en este dispositivo terapéutico hipercomplejo donde las experiencias enriquecedoras serán necesarias

para redesarrollar procesos de subjetivación/socialización en los participantes a través del vínculo (Maruottolo, 2009).

### A modo de conclusión

Al incorporar la subjetividad como una tercera tónica, se reconceptualiza todo el aparato psíquico. En primer término, coincido con Janine Puget (Puget, 2007) y René Kaës (Kaës, 1996) en la existencia de tres registros. Sin embargo, creo necesario reubicar los lugares en que residen los contenidos mentales y cómo operan desde las múltiples dimensiones de la mente, dado que si mejoramos la conceptualización de cada uno de estos sistemas, podremos actuar mejor sobre ellos tanto en el estudio de su complejidad como en la clínica. En segundo término, la categorización de tercera tónica de otros autores merece una mención especial en este apartado. Dentro de ellas, la más difundida es la de Ruben Zuckerkfeld (Zuckerfeld, 1992), que incorpora el mecanismo de escisión y lo declara como universal y estructurante del psiquismo. Sin embargo, si bien el hallazgo es significativo, está incluido dentro de la segunda tónica y por lo tanto de una tónica ya existente. La otra propuesta que se puede citar es la de César Merea (Merea, 2003), quien determina como tercera tónica la intersubjetividad. En este caso, la idea de tercera tónica converge en un planteo que va en el sentido de este artículo, pero encuentro que queda limitado a un solo espacio y no discrimina entre intersubjetividad y el resto de la constitución del vínculo.

La subjetividad desde la perspectiva que presento, es el sitio que recibe las tensiones internas y las externas. De las internas, las provenientes del Yo directamente y las que también provienen directamente del Ello superando las contrapulsiones del Yo y del Superyo en forma de lapsus, sueños, realización de deseos o las propias fantasías del Yo. De las tensiones externas, provenientes de la cultura que no solo sostiene, sino que también configura, organizando la subjetividad desde la dialéctica de la cultura familiar edípica, de lo privado y de la cultura pública, de lo social en su idea más amplia y global.

La subjetividad es la resultante dialéctica de las demandas pulsionales y las demandas de la

sociedad. La subjetividad se estructura por los paradigmas discursivos subjetivos, permitiendo dar continuidad y cotidianeidad a las experiencias humanas. Las crisis dan paso a los procesos terciarios o creativos, siendo momentos de discontinuidad necesaria para la apertura y el cambio de los discursos del sujeto posicionado.

En base a todo lo expuesto, se concluye: que nadie puede no hablar desde algún lugar. Cuando encarnamos un discurso lo hacemos desde nuestra subjetividad que siempre está posicionada y que se manifiesta a raíz de una meta pulsional, constituidos por discursos y representaciones investidos (PDS), convirtiéndose en objetos libidinalmente cargados.

La posibilidad de trabajar cotidianamente en el psicoanálisis en sus diversas formas, sea bipersonal, de grupo pequeño grupoanalítico, del grupo grupoanalítico grande y el grupo de psicoanálisis multifamiliar, inmerso alguno de ellos en una Comunidad Terapéutica de orientación grupoanalítica que dirijo junto a importantes psicoanalistas con los que hemos venido realizando diferentes investigaciones y publicaciones (Guimón, Maruottolo, Mascaró, 2012), me permite inferir que a medida que el *setting* se complejiza, cambia el lugar de acción del abordaje terapéutico, y si bien los efectos se verán en todas las estructuras que conforman el aparato psíquico, se trabajará más sobre unas que sobre otras. Así, en el análisis bipersonal y en el análisis en el pequeño grupo (se incluye en este la psicoterapia del grupo familiar) se trabaja más sobre las dinámicas intrapsíquicas, como la primera y segunda tónica, e implicancias del vínculo. La técnica corresponderá a las tributarias de la interpretación. En el grupo grupoanalítico grande, en el psicoanálisis multifamiliar y en el tratamiento institucional de orientación psicoanalítica se trabajará terapéuticamente más sobre la tercera tónica o subjetividad, dado el carácter eminentemente social de su configuración, y la técnica será la conversación, el aprendizaje desde la experiencia sociodinámica que tendrá como centro el sujeto o el vínculo, según se trate.

**Contacto:**

Claudio Maruottolo • Avances Médicos (AMSA), Bilbao  
cmaruottolo@avancesmedicos.es

**Bibliografía**

- Freud, S. (1913). Múltiple interés del psicoanálisis. *Obras Completas*. Tomo 5. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- Maruottolo, C. (2012). Comunidad terapéutica de orientación grupoanalítica. Experiencia en la técnica grupal dinámica intensiva y breve. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*. Vol 2, N° 2.
- Domingues J. M. (2003). Collective subjectivity and collectivity causality. *Philosophica* 71 (23) PP 29-38.
- Laclau, E. (1996) “¿Por qué los significantes vacíos son importantes para la política?”. *Emancipación y diferencia*, Buenos Aires: Ed. Ariel.
- Maruottolo, C. (2008). Crisis e identidad. Aportes psicodinámicos para su intervención analítica grupal. *Avances en Salud mental relacional*. Vol 7, N° 8.
- Bourdieu, P. (1993). Estructuras, habitus, prácticas. *El sentido práctico*. Madrid: Ed. Taurus.
- Fiorini, H. (2006). Los procesos terciarios: arquitectura del Movimiento. *Teoría y clínica de procesos terciarios*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica. Madrid: Alianza Editorial. 1991.
- De Meré. P. (1983). La historia del grupo grande y sus fenómenos en relación a la psicoterapia grupo analítica. *Textos escogidos*. Campos, J., Mir, P.; Martínez, O. Barcelona: Cegaop. 2010.
- García Badaracco, J. (2000). Consideraciones generales sobre el contexto multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós.
- Maruottolo, C. (2009). El psicoanálisis multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo. *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol. 8, N. 2.
- Berenstein, I y Puget, J. (2007). En busca de nuevas hipótesis psicoanalíticas. *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaës, R. (1994). La categoría del intermediario y la articulación psicosocial. *La intervención psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo.
- Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Editorial Vergara.
- Merea, C. E. (2003). El psiquismo extenso. *Parejas y familias. Psiquismo extenso y psicoanálisis intersubjetivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Guimón, J.; Maruottolo, C. Mascaró, N. (2012). La psicoterapia grupal dinámica intensiva y breve. *Psicoterapias Dinámicas en los Trastornos Límites de la Personalidad*. Madrid: Ed. Eneida. 2012.

# La función del padre vivo.

## *The function of the living father.*

Nicolás Vucínovich.

Psicoanalista, Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental “Oriente”, Sevilla.

**Resumen:** Nuestra intención es analizar, en este caso de psicosis, los tres momentos clínicos diferentes que se esbozan, y las coyunturas que los determinan: el momento previo al desencadenamiento y los elementos que le aportaron cierta estabilidad en su vida al paciente; el momento del desencadenamiento y la peculiaridad de lo que él nombra como “el trauma”; y por último su estabilización y la propuesta final del paciente: poner en marcha mecanismos previos suspendidos.

**Abstract:** Our purpose is to analyze in this case of psychosis the three different clinical times: the previous phase to the break out and elements that bring some stability to patient’s life; the break out phase and the peculiarity that the patient calls “the trauma”; and finally his stabilization and his final proposal: to start with previous interrupted mechanisms.

### El caso

Cuando Roberto llega a verme al equipo de salud mental, está asustado: dice estarlo desde hace algunos meses: “es como si me estuvieran haciendo un mobing por internet”, aunque él mismo nunca ha utilizado un ordenador y no sabe qué es internet. Continúa: “cuando vamos por la calle escucho que me insultan”. Estas vivencias causan un retraimiento casi total en su casa, por lo que no ha vuelto a trabajar en su taxi. Todo le angustia y lo sobrepasa: “cualquier cosa que tenga que hacer me angustia: soy impotente para todo”. Se muestra desconfiado: nunca antes había estado con un psiquiatra y no está seguro de ser eso lo que necesita. La certeza en torno a ser objeto de estos insultos es absoluta.

Comienza con estas sensaciones un año atrás. Coincidiendo con dos eventos que asegura han sido muy duros para él: la muerte de su padre

y el diagnóstico de cáncer de útero de su mujer. Aunque con gran resistencia y desconfianza, acepta tomar un tratamiento que le permita dormir por la noche. Lo cito a la semana siguiente.

Acude a la siguiente entrevista más tranquilo. Ha dormido mejor. Le pido a su mujer que me deje con Roberto. Desde entonces las entrevistas las tengo a solas con él. Al preguntarle por los sucesos que lo han estresado, explica que la relación con su padre se complicó en los últimos años a raíz del engaño de su mujer (infidelidad), y sobre todo después que el paciente la perdonara para poder seguir viviendo juntos: “Fue algo muy fuerte, la encontré con otro en la cama, pero yo pensaba que eso podría haberme pasado a mí, y decidí perdonarla... mi padre era muy antiguo, no entendía que pudiera perdonar a mi mujer”. Cree que la ansiedad y la desconfianza pueden deberse a “un trauma” por la intolerancia del padre frente al perdón del paciente. Los insultos que

escucha cuando sale a la calle le hacen suponer que todos en su ciudad saben sobre el engaño de su mujer: “Cornudo! Cabrón!”, le gritaron al pasar frente a un grupo de adolescentes. En los últimos meses, en la parada de taxis, los comentarios y alusiones a sus cuernos eran constantes, sutiles e indirectas, pero definitivamente dirigidas a él, no le cabe duda. Acepto la hipótesis del trauma propuesta por el paciente, diciéndole que es interesante la relación que establece entre estos sucesos y su malestar, y que seguiremos trabajando sobre esta idea.

En la siguiente entrevista dice estar durmiendo mejor. Se pregunta cómo puede ser que lo conozca tanta gente por internet. Su hijo, con el que convive, es el que conduce el taxi ahora. Ya no se muestra desconfiado: me da las gracias afectuosamente por escucharlo, y cree que el tratamiento le ayuda, aunque le produzca aumento de peso.

A la siguiente entrevista muestra un retroceso en su evolución: tras haber mejorado hasta el punto de volver a conducir su taxi durante un mes, vuelve a consulta angustiado, y repitiendo la frase con la que se presentará a partir de entonces: “tengo fobia a todo, doctor: fobia a la vida”. Suplanta el término “miedo” por el de “fobia”, quizás más acorde con su posición asumida de paciente. Nombra entonces como fobia la inquietud que le causan los comentarios de extraños y de antiguos compañeros del taxi. También nombra como fobia la dificultad extrema que encuentra para responder a cualquier contingencia: está desbordado, explica. Durante la entrevista, dice bajando la voz: “ve doctor, esos dos que están hablando en la sala de espera, están hablando de mí!”. Continuamos la entrevista unos minutos, en voz baja, hasta que le propongo llamarlo por teléfono en una semana y que me diga qué tal ha ido con el ajuste del tratamiento.

Tanto por teléfono como en la siguiente entrevista dice estar algo mejor, aunque sigue diciendo sufrir “fobia a todo”. Ya no hace referencia a Internet para explicar que todos lo conocen, y esta misma sensación parece comenzar a acotarse al círculo de los taxistas: cree que su ciudad es pequeña, y que todos los taxistas se conocen, aunque sea indirectamente. Antes de la muerte de su padre ya percibía él comentarios sutiles entre

sus compañeros, comentarios que aludían sin ninguna duda a su condición de engañado. Sin embargo no le resultaba difícil, mediante “muchas bromas”, cambiar el rumbo de la conversación. Esta misma “diplomacia” la utilizaba en los encuentros con su padre. Desde que su padre supo acerca del engaño de su nuera, sólo podían “hablar de tonterías, hablábamos de fútbol... hablábamos menos, nos distanciamos, teníamos que evitar el tema”. Si veía que no podía reconducirlo, le decía: “bueno, hasta aquí llegamos”, y se retiraba. Tras la muerte de su padre dice haberse vuelto “totalmente impotente” para maniobrar frente a la irrupción de estos “insultos”. La impotencia aparece entonces directamente asociada a su capacidad para moderar los insultos. Le digo entonces que parece ser su capacidad “diplomática”, su habilidad para maniobrar sobre el tema de conversación, su manejo de “las bromas” lo que echa en falta ahora. Asiente, y dice haber sido siempre muy bromista.

Otro ejemplo que ilustra esta habilidad: Explica que en los últimos años, su padre vivió separado de su madre: “tuvimos que separarlos con mucha diplomacia, porque chocaban todo el tiempo: temíamos que cualquier mal comentario de mi madre desatara una agresión de mi padre hacia ella”. Describe a su padre como un hombre “machista: con las parcelas claras: las mujeres tenían que trabajar en la casa, y los hombres fuera... cada uno en su sitio”. Él dice no ser un machista como su padre, y adolecer de esta rigidez en relación a la separación de las parcelas del hombre y de la mujer “colaboro en casa con todo, y si mi mujer tiene que trabajar fuera, yo ayudo”. Sí asegura haber heredado de su padre el “ser estructurado: soy un hombre de hábitos: sota, caballo y rey”.

### Reflexiones y articulaciones sobre el caso

Resulta ejemplar en este caso, por la claridad con la que se presenta, esta función del padre vivo, como interlocutor, para el paciente. El padre resume, con su imagen de radical intransigencia, la diferencia entre los hombres y las mujeres como “parcelas separadas”. Tras la infidelidad de su mujer, parecen haber precipitado en este padre imaginario los reproches por su “cornudez”, y tras su muerte haber estallado este insulto a su alrededor. Hay, tras la muerte del padre, una des-

localización del insulto, haciéndose presente la voz injurianta, desde entonces, en todas partes.

Es significativo en este caso cómo el paciente relaciona su trauma, no con el engaño de su mujer, a la que dice haber comprendido tras intentar “ponerse en su lugar”, sino con la respuesta de su padre. Parece haberse roto entonces un cierto equilibrio pacífico que pudo haber mantenido con él. Desde entonces esta relación ha discurrido al borde del insulto, y el paciente ha maniobrado con habilidad para evitarlo, para conjurar el goce de estos otros, su padre y sus compañeros.

En su seminario sobre las psicosis, Lacan desarrolla la constitución subjetiva como un efecto de retorno desde el Otro, donde lo que retorna es su propio mensaje invertido. Es el efecto de lo que Lacan llama “la palabra verdadera”: tanto el “tú eres mi mujer” como el “tú eres mi amo” comprometen al sujeto en su posición, como hombre y como esclavo. En el Seminario sobre las psicosis, dice Lacan: “Diciéndole a alguien *Tú eres mi mujer*, implícitamente le dicen *Yo (je) soy tu hombre*, pero primero le dicen *tú eres mi mujer*, vale decir que la instituyen en la posición de ser reconocida por ustedes, mediante lo cual podrá reconocerlos” (2) (página 79). ¿Qué pasa en este caso de psicosis con el “tú eres mi mujer”, cuando lo que parece encontrar, tras balbucear esta palabra verdadera, son los rotundos “Cabrón! Cornudo!” que le retornan desde todas partes? Digo balbucear, porque en el momento de su enunciación se manifiesta un descreimiento primero, una forclusión, en relación a que el “tú eres mi mujer” pueda concernirlo en algo, en algo en cuanto a lo que significa ser un hombre. Creo que el descreimiento, el no comulgar con el padre en cuanto al ordenamiento que éste le ofrece de los hombres y las mujeres como parcelas rígidas en las cuales situarse, ordenamiento que el paciente rechaza, tienen el valor en este caso de lo *verworfen*, lo forcluido. Como en el caso de “Vengo del fiambrero – marrana” (2) (pág. 69), podemos decir que este “Cornudo! Cabrón!” nombra lo innombrable para el paciente: retorno en lo real de lo que lo nombra junto a una mujer.

Haciendo referencia a la figura del padre en las psicosis, dice Lacan en “*De una cuestión preliminar*”: tras hablar de la conveniencia de atender

al lugar que “*la madre reserva al nombre del padre en promoción de la ley*”, continúa: “*Aun más allá, la relación del padre con esa ley debe considerarse en sí misma, pues se encontrará en ello la razón de esa paradoja por la cual los efectos devastadores de esa figura paterna se encuentran con particular frecuencia en los casos en los que el padre tiene realmente la función de legislador o se la adjudica, ya sea efectivamente de los que hacen las leyes o de los que se presentan como pilar de la fe, como parangón de la integridad o de la devoción... todos ellos ideales que demasiadas ocasiones le ofrecen de encontrarse en postura de demérito, de insuficiencia, incluso de fraude, y para decirlo de una vez, de excluir el nombre – del – padre de su posición en el significante*” (3) (pág. 560 – 561). En la página siguiente, hablando esta vez del padre de Schreber, dice: “*no nos asombrará que el niño, a la manera del grumete de la pesca célebre de Prévert, mande a paseo (verwerfe) a la ballena de la impostura, después de haber traspasado, según la ocurrencia de este trozo inmortal, su trama de padre a parte*” (3) (pág. 562-563). Este parece haber sido el destino del orden en el mundo de los hombres y las mujeres propuesto por el padre del paciente, un ordenamiento fallido y rechazado, que no dice nada del deseo sexual, que no lo orienta en la significación fálica del deseo.

La deslocalización del insulto, daría cuenta en este caso de la diferencia del superyó en la psicosis y la neurosis: cuando dice Freud en “*Introducción del narcisismo*” (1) (pág. 92) que el paranoico no se equivoca al sentirse observado, juzgado y censurado por sus semejantes, y que este sería el equivalente desamarrado de lo que en el neurótico se encarna en el superyó, como función que controla y compara al yo con su ideal. Podemos suponer entonces que la figura del padre encarnaba y circunscribía en la realidad, para este paciente, esta instancia censora, al señalarlo como “cornudo y cabrón”. Esta localización en el padre perseguidor le permitía maniobrar para desmarcarse de él.

Suponemos entonces que los elementos que han permitido sostenerse en la sociedad a Roberto fueron, primero, y como desarrollamos arriba, la localización de la injuria en la figura del padre. En segundo lugar, el haberse podido sostener junto a su mujer como hombre, aunque en una posición



no dialectizable con respecto al deseo de aquella, por fuera de cualquier metáfora paterna (no existe esta función para el paciente) que lo signifique a él en función de la X del deseo de su mujer. El tercer elemento para sostenerse socialmente es su habilidad para maniobrar frente a las injurias mediante el sarcasmo y la diplomacia.

La maniobra para él consiste en emplear la broma y el sarcasmo como defensa. Este rasgo “diplomático” y “bromista” del paciente han marcado su estilo de relación hasta hace un año, y son los artificios que parecen haber vestido y servido al paciente, la imagen que él ofrece a los otros y sin la cual parece no poder solventar con diplomacia sus agresiones. ¿Cómo alentarlo para

retomarla? Esta impotencia parece ser la clave de su encierro. Este “ser diplomático y bromista” parecen haberle dado cierta consistencia, suficiente para él, en su relación con los otros, a modo de un nombre por medio del cual se sostiene socialmente.

Parece haber recogido mi señalamiento en relación a la importancia de poner en práctica nuevamente esta habilidad social: en sus últimas entrevistas plantea, dentro del recorrido de una posible recuperación y de lo que para él significa “volver a ser como antes”, el iniciar una ronda de charlas, de encuentros amistosos con familiares, primero, y después con antiguos amigos, siempre en pequeños grupos, para practicar y afilar su diplomacia.

#### Contacto

Nicolás Vucínovich

Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental “Oriente”, Sevilla

C/ Ximenez de Enciso 35, Bq. 3, 1º A • 41004 Sevilla

comansemichave@yahoo.com • Tel. 685 895 199

#### Bibliografía

Freud: “*Obras Completas*”, tomo XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires 2003.

Lacan: “*Seminario 3: Las Psicosis*”. Paidós. Buenos Aires, 2002.

Lacan: “*Escritos 2*”. Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires, 2002.

# Lógica borrosa, subjetividad posmodernista y psicoanálisis<sup>1</sup>.

## *Fuzzy logic, postmodern subjectivity and psychoanalysis.*

**Héctor Hueso Holgado.** Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental de la Vera-Icod (Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife) y Psicoanalista Asociado de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis (IPA y FEPAL).

**Fanny Cuervo Díaz.** Pediatra. Médico del Servicio Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Cháves Hernández. Santa Cruz de Tenerife.

**Resumen:** El título de este artículo involucra la interacción de las ciencias naturales y las sociales. Dos aproximaciones que no sólo deberían ser complementarias, sino insuficientes por separado. La lógica borrosa, como parte de las matemáticas, está más ligada a las ciencias naturales, aunque entiende que los hechos no son ciertos o falsos del todo, no son verdades absolutas, sino polivalentes y en cierto modo relativas. Por otra parte, el posmodernismo y la hermenéutica son relativistas y comprenden que la verdad tiene varias posibles interpretaciones, dependiendo del observador, de sus prejuicios, de su situación y de su momento histórico; pero aun sin que exista una única realidad, es posible aproximarse a cierto grado de veracidad.

**Palabras claves:** Lógica borrosa, psicoanálisis, psicoterapia, posmodernismo, subjetivo, filosofía.

**Abstract:** The title of this article involves the interaction of the natural and social sciences. Two approximations that not only must be complementary, but insufficient separately. Fuzzy logic, as part of the mathematics, is more related to the natural sciences, but believes that the facts are not true or false at all, they are not absolute truths, but somewhat polyvalent and relative. Moreover, postmodernism and hermeneutics are relativistic and realize that the truth has several possible interpretations, depending on the observer, on his prejudices, on his situation and on his historical moment; but though there does not exist the only and exclusive reality, it is possible to approximate a certain degree of veracity.

**Key words:** Fuzzy logic, psychoanalysis, psychotherapy, postmodernism, subjective, philosophy.

## Introducción

Si este artículo tiene un propósito fundamental es destacar la imperiosa necesidad de que los profesionales de la salud mental no queden atrapados, ni en discursos totalmente subjetivos y

escépticos que hacen pensar que cualquier grado de veracidad es inalcanzable -y de allí creer que “todo vale”- como tampoco encasillados en una empobrecedora fascinación con la técnica y la especialización, tan común en esta “civilización del espectáculo” (como la ha llamado

<sup>1</sup> Una versión resumida de este artículo fue presentado en el Simposio de apertura de las XIII Jornadas de Actualización en Salud Mental de Gran Canaria. *Posmodernidad y Enfermedad Mental*. 22-11-2012.

Vargas Llosa). Especialización que al volverse científicista (que no científica) en no pocos casos conduce a una subestimación despectiva de todo el acervo cultural que durante milenios han aportado pensadores desde fuentes diversas para la comprensión de la inabarcable complejidad de lo humano. Esta forma reduccionista de ver la ciencia llega a pensar que lo más verdadero es lo más recientemente publicado y que el autor más reciente hace prescindible a los anteriores, como si realmente el conocimiento nuevo fuera descartando siempre al anterior (idea de progreso modernista a la que con razón se oponen los posmodernistas como Vattimo, independientemente de que podamos discrepar en otros aspectos), en vez de reconocer que las visiones novedosas aportan aproximaciones distintas al conocimiento y, sobre todo, que como afirmara el filósofo español George Santayana: *“Quien no estudia el pasado, está condenado a repetirlo”*.

Con esta idea en mente, comenzamos por señalar que el pensamiento ha evolucionado entre los polos del objetivismo y el subjetivismo, y entre ellos se ubican tanto el perspectivismo como la lógica borrosa (también conocida como difusa, multivalente o fuzzy) cuyo razonamiento es que los hechos suelen ser multivalentes, pero objetivables y cuantificables, lo que no significa que sean más verdaderos ni más exactos, sino sólo que son probables.

En este espectro se encuentran distintos enfoques que podrían encuadrarse dentro de la subjetividad posmodernista. Enfoques que sin desconocer la existencia de un mundo externo a la persona, consideran que sólo es accesible por medio del sujeto “situado” y en su “contexto”, de forma que no hay posibilidad de verdad universal sino sólo mediada subjetivamente y, para muchos posmodernistas, sólo por medio del lenguaje.

Teniendo en cuenta estos dos polos, y tal como lo venimos desarrollando en trabajos anteriores (1), (2) y (3), consideramos que podemos plantearnos un “saber objetivo sobre la subjetividad”, como lo llamó André Green (4). Saber que por una parte comparte algunas características de las ciencias naturales y tendría aspectos más objetivables, en los que podría ser de ayuda las matemáticas de la lógica borrosa y el diagnóstico dimensional. Y, por otra parte, aspectos subjeti-

vos, intersubjetivos o discursivos (por ejemplo, en el contexto de la sesión terapéutica) que no son cuantificables e incluso son particulares para cada dupla paciente-terapeuta y difícilmente valorables, verificables o refutables desde un contexto externo al de la propia relación terapéutica.

La diferencia tajante entre ciencias de la naturaleza y del espíritu tiene cada vez menos vigencia, como han señalado epistemólogos como Thomas Kuhn o los filósofos estadounidenses Hilary Putnam y Richard Rorty. En tal sentido, Rorty (5), apunta que la rencilla entre ciencia y religión del siglo XIX ha evolucionado hacia la rencilla contemporánea entre la gente que en California se denomina coloquialmente los <<techies [técnicos]>> y los <<fuzzies [borrosos o difusos]>>. Los techies serían realistas de espíritu científicista, y los fuzzies idealistas soñadores y románticos. Este debate, precisa Rorty, es una lucha acerca de qué área de la cultura nos proporciona una explicación precisa de cómo son las cosas <<en realidad>>, pero cree que con el paso de los años evolucionará, como lo hicieron religión y ciencia, hacia una coexistencia pacífica.

Partiendo de la pugna entre “técnicos” y “borrosos”, iniciaremos la discusión con la lógica borrosa y su relación con lo subjetivo, para luego referirnos al posmodernismo en general y su influencia en las psicoterapias y, particularmente, en el psicoanálisis actual.

### Lógica borrosa y subjetividad

En lógica clásica, toda proposición es verdadera o falsa y ninguna proposición es verdadera y falsa simultáneamente. Estos principios pretendían excluir la ambigüedad pero el mundo no es blanco o negro, verdadero o falso, y muchas veces una proposición puede ser parcialmente verdadera y falsa simultáneamente, lo cual es el ámbito de estudio de la lógica borrosa. Ésta trata de la realidad que no es blanca o negra y que no se mide de manera binaria como 1 o 0, aunque sí es cuantificable por medio de complejas ecuaciones que dan cuenta de lo que el iraní Lofti Zadeh en la Universidad de California, llamó conjuntos borrosos. Estos son conjuntos de bordes poco definidos a los que sólo se pertenece en parte e incluyen nociones ambiguas como, por ejemplo: ‘alto’, ‘la mayoría’, ‘fuerte’, ‘nombres de colores’, etc.

El ingeniero y filósofo Bart Kosko, en su libro "Pensamiento Borroso" (6) ofrece un sencillo ejemplo que ilustra lo que es un conjunto borroso: primero pide a su audiencia que levanten la mano los hombres; luego que lo hagan las mujeres. Muestra que el conjunto de los varones queda claramente separado del de las mujeres, de modo que continúa siendo válido el *A o no A* de Aristóteles. Pero luego pide que levanten la mano los que están satisfechos con su trabajo. Unos cuantos que están seguros extienden bien los brazos, otros no los levantan, pero la mayor parte hacen algo intermedio con el brazo semiflexionado. De esta manera se definen conjuntos borrosos, o sea, conjuntos que se intersecan.

Kosko señala que el sistema borroso puede aprender reglas por medio de las llamadas "redes neuronales" y así tomar decisiones futuras. En base a ello se fabrican los chips borrosos, con los que un climatizador puede "decidir" modificar la temperatura, o se diseñan ascensores, equipos fotográficos y de sonido, diversos electrodomésticos, metros, automóviles, aviones y robots para la guerra. Así, las redes neuronales "imitan el razonamiento y la forma de tomar decisiones de los humanos", hasta llegar a evolucionar hacia el Terminator II en la película de dicho nombre.

Sobre los alcances informáticos de la lógica borrosa, Enric Trillas (7), catedrático de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial, quien en los años ochenta fuera presidente en España del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, señala que se está trabajando en desarrollar la capacidad de los ordenadores para hacer conjeturas y de ese modo lograr, por ejemplo, que los buscadores de Internet sean capaces de hacer "búsquedas" más complejas que la sola sumatoria de palabras sueltas, para lo cual deberían poder crear inferencias inductivas y deductivas, así como hacer búsquedas semánticas.

El uso de lógica borrosa se está ampliando a las ciencias sociales, por ejemplo, con la escala de Likert que valora niveles de acuerdo y desacuerdo con una serie de preguntas -por lo general cinco- que van desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo", o "algunas veces" hasta "pocas veces"; o también la técnica de la rejilla de Kelly para constructos personales.

También se utilizan las llamadas "etiquetas lingüísticas" de Takagi Sugeno o las de Mamdani.

En el enfoque de Mamdani un experto ha de especificar su conocimiento en forma de reglas y etiquetas lingüísticas que van a describir los estados de las variables. El comunicador social venezolano, Andrés Moreno (8) lo ejemplifica aplicándolo a un restaurante. Dice: "... *podríamos quedarnos con el siguiente conjunto de reglas: 1) Si el servicio es pobre o la comida es mala, entonces la propina será poca; 2) Si el servicio es bueno, entonces la propina será media; 3) Si el servicio es excelente o la comida es deliciosa, entonces la propina será generosa*". Y continúa diciendo "*Si diéramos significado matemático a las variables lingüísticas, tendríamos un sistema de inferencia borrosa completo*".

En ésta línea, Kosko (9) explica los llamados "Mapas Cognitivos Borrosos" (MCB) que dibujan imágenes causales que permiten predecir la interacción de fenómenos complejos y aporta ejemplos como los MCB que ha desarrollado Rod Taber para problemas médicos y sociales, como el del mercado de cocaína. Así, el MCB de Taber predice que el suministro de cocaína disminuiría acentuando la intervención policial, sin embargo, Kosko aclara que las pruebas de los MCB respaldan las afirmaciones pero no pueden demostrarlas. En otras palabras, señalan una posible relación causal pero no demuestran que sea la única, ni que quedé probada su veracidad.

Confesamos nuestra ignorancia ante las complejas formulaciones matemáticas de la lógica borrosa, como por ejemplo la de la siguiente teoría axiomática de la probabilidad de Ferrán (10):

"Definimos los espacios de probabilidad por tres factores: Conjunto no vacío de los resultados ( $\Omega$ ), conjunto de sucesos o eventos como parte de  $\Omega$  (a) y una función (p) en el intervalo [0,1] que verifica":

- a)  $0 \leq p(A) \leq 1$  para todo  $A \in a$
- b)  $p(\Omega) = 1$  y  $p(\Phi) = 0$
- c)  $p(A) \leq p(B)$  si  $A \subset B$
- d)  $p(A \cup B) = p(A) + p(B)$  si  $A \cap B = \Phi$

Pero esa misma ignorancia, asombro y admiración ante la complejidad de las matemáticas, puede

resultar en una idealización como la que ejerce cualquier fenómeno complejo sobre el lego, el ignorante, el niño o el “primitivo”. Ello se presta a que suceda lo que dice Kosko en el citado libro: *“Cuantas más matemáticas meta un autor en un problema, menos lo entenderá su auditorio y más lo respetará”*.

Siendo la lógica borrosa parte del cuerpo de conocimientos de las matemáticas, aunque se asemeje más a la realidad difusa de los fenómenos mentales, sigue siendo cierto que la mayoría de lo que compone la intersubjetividad terapéutica es intransferible a categorías cuantificables, y es por ello que hemos señalado que: *“El peligro de la borrosidad sería olvidar su significado y tratar de usarla como excusa para esa tan ansiada búsqueda de la verdad última”* (2).

Efectivamente, para utilizar las matemáticas de la lógica borrosa no se puede evitar el tener que manejar variables aisladas que puedan ser objetivables y manipulables, desvirtuando en buena medida la complejidad psíquica, lo cual podría constituir lo que se denomina una “falacia de reificación”, es decir, la tendencia a convertir entidades abstractas de difícil cuantificación y con cualidades lógicas de difícil determinación, en entidades lógicas ajustadas a un determinado esquema conceptual.

Como señalan Trillas y sus colaboradores (7), la lógica borrosa pueda ser muy útil para que los expertos en computación realicen, cada vez con más frecuencia, experimentos con textos sobre el significado de frases condicionales (del tipo “si X, entonces Y”), analizando su consistencia contextual y haciendo interpretaciones a las que puede aplicarse la lógica borrosa. Sin embargo, la mayor parte del discurso humano no consiste en frases condicionales de éste tipo. Además, en ejemplos como el del restaurante o el de la escala de Likert, aunque la lógica borrosa hace más justicia al lenguaje “difuso” que habitualmente usamos los humanos y que no suele ser binario ni del tipo todo o nada, aun así continua viéndose obligada a encasillar en conjuntos (por más borrosos que estos sean) y, lo que es peor, a simplificar mucho las opciones, empobreciendo el diálogo, con su mezcla de verbal y no verbal, de simbolismos, de interacciones entre signifiicante y significado, de sentidos metafóricos,

metonímicos y gestuales difícilmente reducibles a rangos de una escala. O sea, excluyendo toda comunicación no verbal y gran parte de la verbal.

Como ejemplo de ciencia sensata que reconoce lo subjetivo, Zimmerman y col. (11) publicaron en 2012 en el Journal of Clinical Psychiatry, un estudio en el que aproximadamente la mitad (77 de 140) de los pacientes diagnosticados de Depresión Mayor, que tenían puntuaciones por debajo de 7 en la escala de Hamilton para depresión (HDRS), no se percibían a sí mismos en remisión, a pesar de ser éste el nivel por debajo del cual se suele considerar que la depresión está en remisión. Señalan algo obvio que suele olvidarse: *“El cuidado basado en mediciones puede guiar la atención clínica pero no es un sustituto del sentido común”*. Éste estudio ilustra varios problemas: la subjetividad con que se delimitan los conjuntos para un estudio (incluso en lógica borrosa, como antes vimos); la disparidad entre los criterios subjetivos de valoración entre sujetos, y entre estos y el investigador; así como la disparidad entre la “objetividad” de lo medido por una escala y la subjetividad de la experiencia de los sujetos a los que le fue aplicada.

Algo parecido es a lo que se refirió el recientemente fallecido psicoanalista francés, André Green (12) cuando duda de que la realidad psíquica pueda ser conocida por medio del estudio de funciones aisladas, como es el procedimiento habitual de la ciencia. Green opina que, *“intentando apegarse a cierto tipo de metodología considerada auténticamente científica, lo primero que hacen los investigadores es reducir los síntomas a categorías que se puedan registrar y hacerlas conceptualmente manipulables”*, pero con lo cual proporcionan una imagen caricaturescamente simplificada de la realidad mental.

Coincidimos con Green y otros pensadores en que los estudios longitudinales prospectivos con control experimental pueden estar forzando variables medibles que desvirtúan la complejidad psíquica y para ejemplificarlo nos remitiremos a unos trabajos publicados en 2011 en Biological Psychiatry sobre el valor predictivo de la dilatación pupilar a la respuesta al tratamiento con Terapia Cognitiva (TC) (13) y (14) (aclarando que la intención, más que cuestionar el artículo en sí, es utilizarlo de manera genérica para exponer la crítica a éste modo de ver la ciencia).

Pues bien, el Dr. Siegle (profesor de psiquiatría de Universidad de Pittsburg) y colaboradores, en un trabajo previo habían realizado Resonancias Magnéticas Funcionales que mostraron que los pacientes depresivos tienen mayor dilatación pupilar cuando son confrontados con tópicos emocionales, y en el presente estudio, “demostraron” que aquellos pacientes que respondieron a la TC tuvieron menores respuestas pupilares que los que no respondieron. Concluyen que medir la dilatación pupilar cuando se nombran palabras con connotación emocional, como “muerte y culpa”, es una buena forma de determinar aquellos pacientes que pueden responder a la TC y añaden algo que, siendo parcialmente cierto, es alarmante. Citamos: “*Los tratamientos más efectivos para la depresión, incluyendo la TC, sólo funcionan en la mitad de los pacientes. Siendo capaces de predecir aquellos individuos que puedan beneficiarse más probablemente de dichos tratamientos, ahorraremos tiempo y dinero, y eliminaremos el uso de tratamientos inefectivos*” (14).

Esta <eliminación> de pacientes costosos al sistema tiene bases científicas y éticas bastante cuestionables, aunque no podemos negar el hecho de que la sobrecarga de la salud pública, además de la proliferación de diagnósticos y la psiquiatrización de los problemas de la vida, conduce a que muchas veces descartemos pacientes para psicoterapia con razones discutibles y muchas veces personales, pero al menos asumiendo la responsabilidad de dicha decisión. Aunque este es un tema que excede el propósito de este trabajo, la solución no pasa por dejar que decida la máquina y “eliminar” a ojo de buen cubero (nunca mejor dicho) a todo aquel que no se le dilate la pupila lo suficiente cuando oiga las palabras muerte y culpa.

De hecho, los autores plantean una solución práctica y barata. Dicen: “*Queremos hacer que esta tecnología sea asequible a cada clínico. En vez de tener un pupilómetro de investigación, con un software muy caro, estamos en proceso de hacerlo funcionar con el tipo de hardware y software que todo psiquiatra puede tener en su oficina. Hacia ello estamos trabajando*” (14).

No en balde Ricoeur (15) advertía del peligro de lo que llamó el “sueño tecnológico”, o sea, que

la fe científico-técnica pudiera llegar a una concepción de la realidad humana manipulable, que promoviera un tratamiento impersonal y cosificador de la identidad. Es a este futuro, por el que Siegle y colaboradores “están trabajando”, al que se anticiparon novelistas como Orwell con su “Gran Hermano”, o Harry Harrison con su novela “¡Hagan sitio!, ¡hagan sitio!” (llevada al cine con el título “Soylent Green” y traducida como “Cuando el destino nos alcance”) que muestra un futuro en el que para “hacer sitio”, los seres humanos son “eliminados” para fabricar con sus cadáveres el Soylent Green con el cual alimentar a los (aun) no eliminables.

¿Se han detenido los autores a pensar lo que pueden significar palabras como muerte y culpa en distintas culturas, personas, en distintos momentos de su vida y dependiendo de sus experiencias previas al respecto? Pero aún más, ¿es que se ha considerado el contexto en el que son dichas y frente a un aparato y un proceso selectivo? O sobre ¿cómo podrían ser interpretadas por cada oyente, dependiendo de quién y cómo le sean dichas, y de lo que les evoquen en ese momento “dentro” de una mente que no puede ser vista a través de la pupila ni por Resonancias Magnéticas?

Cientificismo como éste (que no es lo mismo que ciencia) pretende que ser objetivo es prescindir de la “mirada” subjetiva, del “ojo clínico” del terapeuta, mientras paradójicamente fija su atención reduccionista en la pupila del paciente. Quedando su pretensión de veracidad fijada a la superficie literal del ojo, al creer que la persona y su experiencia mental puede ser “leída” en la fisiología colinérgica de su pupila.

En un artículo muy interesante Federico Menéndez (16) (cuyo título incluye la sugerente frase: “De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos”) pasa revista a la diferencia entre ciencia y cientificismo, citando a varios neurocientíficos actuales cuya visión es muy distinta y obviamente menos reduccionista, ya que hoy en día se considera que el sistema nervioso es plástico y cambia de forma dinámica, de modo que los actos que lleva a cabo el cerebro modifican al cerebro mismo. Por ejemplo, Menéndez aporta una cita contundente de A. Damasio, que ilustra cómo ve la neurociencia no reduccionista



al ámbito de lo psíquico: *“reducir la depresión a una afirmación sobre la disponibilidad de serotonina o norepinefrina, en general, es inaceptablemente tosco. Se establece una relación entre las sustancias, los circuitos, los receptores, las neuronas y el sentimiento, pero no nos dice nada de cómo se pasa de unos a otros. Comprender la neurobiología de los sentimientos requiere comprender estos últimos...”*. Con similar tenor, refiriéndose a la forma no reduccionista de ver al cerebro, Menéndez cita a S. Rose (biólogo molecular; neurocientífico; director del grupo de investigación del cerebro y la conducta de la Open University de Londres) quien señala: *“el que se haya descubierto el modo de actuación y eficacia del alguno de los fármacos antidepressivos o ansiolíticos, que actúan a nivel de los neurotransmisores con los que interactúan, y deducir de ahí, que sean los déficits de los sistemas neurotransmisores las causas de los trastornos psiquiátricos por los que se recetan, es un paso pequeño y aparentemente lógico, pero no exacto (exjuvantibus). Es como si alguien tiene dolor de muelas y toma aspirina que le alivia el dolor, no debería llegar precipitadamente a la conclusión de que la causa del dolor sea que tiene poco acetilsalicílico en el cerebro... La aspirina puede bloquear la sensación del dolor y la clorpromazina o las benzodiazepinas pueden mitigar la ansiedad, sin revelar nada sobre el agente causal... una correlación no es una causa...”*.

Como ha señalado Rorty (5), cada vez más filósofos analíticos se han mostrado de acuerdo con Hilary Putnam: *“Putnam nos apremia a que renunciemos a la idea de que las ciencias naturales tienen un <<método>> distintivo, un método que convierte a la física en un mejor paradigma de la racionalidad que, por ejemplo, la historiografía o la jurisprudencia. En este llamamiento lo acompañan filósofos de la física como Arthur Fine... Tanto Fine como Putnam ridiculizan la idea de que el discurso de la física está de algún modo más cerca de la realidad que ningún otro ámbito de la cultura”*.

Para una ciencia entendida como lo hacen estudios como el de Siegle y col. son prescindibles tanto el mirar subjetivo del terapeuta como el insight (visión interior o introspección), ya que no son cuantificables ni verificables. Por otra parte, la citada imitación por ordenador de razonamien-

tos y toma de decisiones, ¿nos permite imaginar a un Terminator con auténticos pensamientos, sentimientos y creatividad?

No deberíamos cerrarnos a posibilidades informáticas futuras, como les sucedió a los que creyeron que los libros de Julio Verne eran sólo ciencia ficción. Sin embargo, a pesar de lo fascinante que resultan estos desarrollos y de que ya hay ordenadores que pueden interpretar partituras y “copiar” el estilo de un músico, es difícil pensar que creen verdaderas obras de arte que requieren una creatividad que va más allá de hardware y software. Al preguntarle a Rorty por la biología de la evolución y la sociobiología, respondió (17): *“La biología nos dice algo sobre el hardware, pero no sobre el software. Sobre la base de un mismo hardware puede funcionar una infinita multiplicidad de programas, y un mismo organismo puede quedar marcado por una diversidad infinita de culturas”*. Lo antes dicho no significa que no sean útiles los aportes de aquellos que consideran que el estudio de la relación entre hardware y software puede arrojar luz sobre la relación entre mente y cuerpo, pues la verdadera ciencia actual (no el cientificismo) acepta la relatividad de sus hallazgos y que estos son sólo aproximaciones parciales, no definitivas, al conocimiento, y acepta las aproximaciones desde otros vértices.

Por otro lado, hay considerar si todo avance científico es un progreso realmente y cuál es su costo ético, que es precisamente lo que cuestiona el posmodernismo. De modo que por fascinante que sea la aplicación de la lógica borrosa en la informática y en la robótica, no hay que olvidar el conflicto ético que la ciencia conlleva. Sería bueno recordar que la etimología de la palabra robot se vincula al uso que le dio el dramaturgo checo Karel Čapek a la palabra checa *robota*, que significa servidumbre o trabajo forzado (18). De modo que el riesgo es que pasemos nosotros a ser los siervos del robot y de quienes los controlan.

No planteamos que carezcan de interés y utilidad estos hallazgos (como cualquier avance científico) y, de hecho, podrían servirse del uso de la lógica borrosa. Lo que cuestionamos son sus conclusiones y la aplicación que se les pretende dar, así como la insistencia en la búsqueda del sustrato neurofisiológico último. Pues pareciera

que pasar del estudio del neurotransmisor, al del receptor y de allí al segundo y tercer mensajeros intraneuronales hasta llegar a los genes, nos llevará a la auténtica verdad. Esto equivale a la búsqueda de la “cosa en sí”, ampliamente cuestionada por Kant y por el mismo Popper.

En no pocos casos, el uso de tecnología sofisticada esconde la frustración y la impotencia de no poder comprender al paciente o no saber cómo ayudarlo. De modo que un test, un estudio de neuroimagen, una estadística o un ordenador, pueden servir para esconderse impersonalmente detrás de una fachada pseudocientífica ante la demanda abrumadora.

Es por razones como estas que creemos que aunque para algunos estudios podría resultar de utilidad la lógica borrosa (como forma de aproximación a la objetivación de la subjetividad), nos inclinamos a dudar de su aplicabilidad a la mayoría de los ámbitos del psiquismo, la comprensión del humano y sus relaciones intersubjetivas. Pensar que la lógica borrosa es “la solución” para lograr la objetivación científica de lo mental es cometer de nuevo el viejo error de subestimar lo subjetivo y, más aun, no entender que el ser humano va más allá de lo objetivable. Es desconocer en el humano los ámbitos de lo ético, lo espiritual y religioso, de lo simbólico, lo artístico, lo relacional, del odio y el amor, de la envidia, de lo poético, del drama y la comedia. Es olvidar lo que han dicho pensadores como Edmund Husserl, el fenomenólogo que ponía en duda que el mundo descrito por las ciencias fuese la auténtica realidad. En sus palabras: *“Meras ciencias de hechos hacen meros hombres de hechos [...] En la miseria de nuestra vida - se oye decir - esa ciencia no tiene nada que decirnos. Elude por principio aquellos problemas que son precisamente los más candentes para el hombre, el cual, en nuestros tiempos tormentosos, se encuentra a merced del destino: los problemas del sentido y del sinsentido de la existencia humana en general [...] La verdad científica, objetiva, es exclusivamente una constatación de lo que el mundo, tanto el físico como el espiritual, de hecho es. Pero, en realidad, ¿pueden el mundo y la existencia humana tener sentido alguno si las ciencias sólo admiten como verdadero lo que es objetivamente constatable?”* (19). O como dijo Wittgenstein, quien, a diferencia de los neopositivistas, le interesaba

lo que la ciencia no puede decir: *“Sentimos que aun cuando todas las posibles cuestiones científicas hayan recibido respuesta, nuestros problemas vitales aun no se han rozado en lo más mínimo. La ciencia calla sobre lo que nos es más importante: la ética y la religión”* (20). Pese que su maestro, Bertrand Russell, dijo del segundo Wittgenstein que parecía haberse cansado de pensar seriamente, un pragmatista como Rorty piensa que justamente el segundo Wittgenstein se superó a sí mismo (17).

Con esto hemos llegado a otro propósito de éste artículo: el abordaje del posmodernismo y la hermenéutica (entendiendo hermenéutica, de manera general, como la interpretación de textos, tanto escritos como verbales), pues precisamente los posmodernos hacen patentes los límites de las ciencias modernas en cuanto a la generación de conocimiento verdadero, acumulativo y de validez universal. Ellos se dedican a todo aquello que no es cuantificable, no porque crean que no hay un ámbito de lo cuantificable, sino porque piensan que corresponde a las ciencias naturales, más que a las sociales, humanas o culturales.

### Concepto de Postmodernidad

La modernidad dio paso a la ciencia de Galileo y Newton, que creía posible la certeza inductiva y la verdad empírica única, con lo cual se hizo fuerte el positivismo. Pero entre el siglo XIX y el XX, fueron duramente cuestionados muchos ideales y, tanto Nietzsche como el psicoanálisis y los movimientos heterogéneos de los estructuralistas y los posmodernos, cuestionaron la existencia de un sujeto dado de una vez y definitivamente y, en cambio, consideraron que éste y el conocimiento están en continuo cambio por la historia, las instituciones y las luchas de poder, como habían propuesto Nietzsche y Foucault.

Foucault (21), fue uno de los que más insistió en que el conocimiento se caracteriza por relaciones de dominación y de poder, cosa que también han apuntado Bart Kosko desde el ámbito de la lógica borrosa y Thomas Kuhn desde el de la epistemología. Kuhn ha señalado que pocas veces los científicos actúan en base al criterio de falsacionismo de Popper y según él, la ciencia avanza a través de los “paradigmas” que son teorías

científicas universalmente aceptadas (e incluso paradigmas metafísicos) que durante un tiempo determinado brindan un modelo de problemas y soluciones. Para Kuhn son múltiples las razones que producen el cambio de paradigma y no siempre racionales ni científicas, por ejemplo, pueden depender de idiosincrasias autobiográficas y personales, de la nacionalidad o la reputación previa del innovador y de sus maestros, pero en todo caso la decisión de abrazar un nuevo paradigma, dice Kuhn, sólo puede tomarse con base en la fe (22). Otros epistemólogos como John Watkins y Lakatos no están de acuerdo con la noción de paradigmas de Kuhn, y para Lakatos la ciencia es una competencia entre programas rivales de investigación, pero no podemos extendernos en estos aspectos.

Siguiendo el curso cronológico de la historia, puede parecer obvio que la posmodernidad es la corriente que sigue a la modernidad. Sin embargo, ésta ubicación histórica entra en conflicto con lo que proponen los filósofos posmodernos, quienes rechazan la idea de que exista un curso del pensamiento y una historia que sean progresivos y que vayan superando etapas anteriores, como aun supone la filosofía moderna, para la cual -como dice Vattimo (23)- se considera que lo valioso es sólo lo nuevo, la técnica y la información.

El psicoanálisis, los estructuralistas, los posmodernos y los hermeneutas han aportado ideas fundamentales para entender la mente del ser humano, entre otras: que el discurso de la persona no es comprensible como algo literal y único, sino que el lenguaje crea literalmente la verdad; que no hay una verdad absoluta sino plural, y sólo una aproximación que depende de quien la observa, según su época, su sociedad, sus ideales y sus ineludibles marcos de referencia. Al respecto, en el prefacio del libro “De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento”, del etnólogo y psicoanalista, George Devereux, dice sobre él La Barre (24): “*Devereux, un personaje claramente detestable, ha planteado la alarmante posibilidad de que la etnografía de campo (y con ella toda ciencia social), tal y como se practica en la actualidad, pudiera ser una especie de autobiografía. Allí donde el antropólogo de pelo en pecho pudiera suponer que penetra en el campo cabalmente exento de ideas, motivaciones, teorías o cultura aperceptiva propias,*

*nos vemos ahora invitados a discernir el antropólogo al mismo tiempo sapiens y portador de cultura y persona, así como la posibilidad de que su simple “ciencia”, si no está disciplinada por la conciencia de la contratransferencia, sea una rama regalona de poesía lírica que nos cuenta en qué forma proyectiva siente él lo desconocido”*. Al igual que sucede con el antropólogo, el acento que se ponga a lo proveniente del paciente o del analista dependerá de las teorías que el analista suscriba y estas a su vez de su modo de interpretar el Mundo y, por tanto de su propia mundo interno y sus disposiciones transferenciales.

El movimiento posmodernista, como ya señalamos, es heterogéneo. Pero si bien es tuerca una ciencia que excluya lo subjetivo, también lo son las posturas subjetivistas posmodernas extremas, como el deconstructivismo francés de Jacques Derrida, quien negaba la posibilidad de alcanzar alguna verdad objetiva, con lo que renunció a cualquier búsqueda de una lectura más “verdadera”, si se nos permite la expresión. En este sentido, Mario Vargas Llosa en su excelente libro “La civilización del espectáculo” (25) ha descrito ampliamente el daño que puede hacer un subjetivismo extremo a la cultura, la moral, la educación y la política.

Por otra parte, al relativismo exagerado de algunos franceses se opusieron filósofos alemanes, como Heidegger, Gadamer y Habermas, que no estaban de acuerdo en que cualquier interpretación o cualquier narrativa tuviesen igual valor e insistieron en que el método consiste en reconocer los propios prejuicios y la propia subjetividad; la propia ubicación hermenéutica del intérprete, para poder contrastarla con el otro (que en nuestro caso es el paciente).

Habermas (quien durante un buen trecho de su carrera pretendió apoyar su visión sociológica en el psicoanálisis) consideraba que Nietzsche y sus sucesores estaban más interesados en la autonomía personal que en la utilidad social y por eso quiso sustituir esta tradición por una reflexión que ofrezca un mayor provecho social: la denomina una “filosofía de la intersubjetividad” y consideró que lo decisivo de dicha filosofía es una práctica característica de las sociedades liberales: tener por verdadero únicamente aquello que es susceptible de consenso en la libre discu-

sión. Para Rorty (26) *“en esta filosofía se politiza la teoría del conocimiento: en la búsqueda de la verdad se trata de encontrar lo determinante más bien en las condiciones sociales -y particularmente en las políticas- en las que tiene lugar esta búsqueda, y no en la naturaleza interior y más profunda de los sujetos que la emprenden”*. Aunque Habermas considera que Heidegger y Derrida exploran las profundidades de la privacidad del sujeto en lugar de abrirse a lo público, Rorty no concuerda en éstos lo vieran así.

En resumen, todos estos pensadores lo que han ido señalando no es que no existan verdades anteriores o independientes al ser humano, como serían los continentes o los dinosaurios, sino que sólo podemos aproximarnos a ellas con nuestro pensamiento, con sus leyes lingüísticas y con nuestra insuperable subjetividad situacional. Y son estas ideas las que han ido influyendo también en las psicoterapias narrativas, cognitivas, fenomenológicas y psicoanalíticas, como veremos a continuación.

### **Psicoanálisis: Entre la subjetividad y la objetividad; entre Ciencia y hermenéutica**

Freud diferenció al psicoanálisis de otras terapias diciendo que el primero actuaba “per vía di levare”, o sea destapando o desenterrando como lo hace el antropólogo. Este concepto parece presuponer un inconsciente hasta cierto punto inmutable que podría ser desenterrado como quien desentierra una vasija o un fósil. Sin embargo, una serie de autores - entre los que nos contamos - discrepamos de esta forma de ver el inconsciente al que, por demás, Freud consideraba dinámico. De modo que si el inconsciente se modifica y es dinámico, igualmente lo debe ser una de sus manifestaciones como es la transferencia.

Hay que tener en cuenta que la teorización freudiana sobre la transferencia (cuya interpretación es una de las principales diferencias técnicas con respecto a otras terapias) es inseparable de su teoría del desarrollo, ya que para él la relación de objeto completa se produce como expresión del complejo de Edipo, así que la transferencia sólo podía expresar deseos y fantasías edípicas, aunque con frecuencia a través de versiones regresivas alteradas. Pero, además, para Freud, y

aun para muchos psicoanalistas, la transferencia es un fenómeno universal no producido por el análisis y esencialmente intrapsíquico. En otras palabras, la transferencia se produciría “dentro” de la mente del paciente por efecto exclusivo de sus patrones infantiles, de modo que el analista sería un observador no participante en la producción del fenómeno que solamente lo interpreta, ya que si participa en su génesis es porque es producto de su contratransferencia, lo cual evidenciaría que su propio análisis era insuficiente.

Los alemanes Thomä & Kächele (27) explican que la insistencia de Freud en la espontaneidad de la transferencia se debió a la necesidad de enfrentar la objeción de que era creada por el análisis para subrayar que era un fenómeno natural y poder darle al psicoanálisis unos fundamentos científicos, descartando que fuera un producto artificial creado por el mismo. Dicho en otras palabras, para Freud la transferencia está en la mente del paciente y pre-existe a su relación con el analista, así que el proceso psicoanalítico sólo la pone de manifiesto. Freud desarrolló progresivamente este concepto enfatizando siempre en el aspecto intrapsíquico y repetitivo de la misma, ya sea al servicio del Principio de Placer (en su comprensión inicial), como al servicio de la pulsión de muerte (en su conceptualización de 1920). Sin embargo, no hizo una revisión de la teoría de la transferencia ni de la contratransferencia a la luz de los conceptos de la pulsión de muerte, ni de la segunda tópica, ni de la segunda teoría de la angustia, por lo tanto prevaleció el concepto topográfico de inconsciente de la primera tópica, que considera a este como una serie de procesos y fenómenos que están allí en la mente del analizado, con características de atemporalidad y al que el analista se acerca para descubrirlo.

Pero hacia finales de los años 20 y principios de los 30, se produjeron una serie de aportes teóricos y técnicos que ampliaron el conocimiento de la influencia de los mecanismos de introyección, proyección e identificación proyectiva sobre la transferencia. A partir de éstos aportes, hacia finales de los años cuarenta, Racker y Heimann, de manera casi simultánea e independiente, desenterraron el concepto de contratransferencia, que hasta ese momento era vista casi como un pecado, rescatándola como instrumento complementario



que permitía entender la transferencia a través de los propios sentimientos y ocurrencias contra-transferenciales del analista.

Consideramos que muchas de las divergencias en el psicoanálisis actual se basan en la disputa entre los que consideran que existe una realidad intrapsíquica en la mente del paciente suficientemente objetivable e independiente de la relación analítica; y los que se adscriben al relativismo postmodernista de una realidad intersubjetiva y creada por la relación, pasando por los que tenemos posiciones intermedias. Así, apoyados en las conceptualizaciones de varios analistas, en un trabajo anterior (1) planteamos la siguiente definición de transferencia: *“La transferencia no sólo es repetición de patrones o modelos, sino una actividad organizativa, una función yóica estructural y una forma de crear sentido. Es un mecanismo mental esencial y necesario que contiene elementos inconscientes repetitivos de la historia personal, pero que también adquiere elementos del contexto interpersonal y relacional actual, de manera que estos dos grupos de elementos se retroalimentan e interactúan y, por tanto, confluyen mundo externo e interno. Podría decirse que confluyen lo intrapsíquico y lo extrapsíquico, sin embargo, aunque el polo repetitivo de la historia personal podría considerarse más intrapsíquico, hay que tener en cuenta que su formación se produjo (y se produce) en la interacción con los objetos y el mundo externo. Así mismo, aunque el polo interpersonal y relacional podría considerarse extrapsíquico, hay que tener en cuenta que las relaciones actuales son subjetivamente interpretadas y su sentido creado en función de la matriz intrapsíquica repetitiva e inconsciente, almacenada a través de la historia del individuo, en especial de los primeros años. Por tanto, hablar de intrapsíquico y extrapsíquico o interpersonal e intersubjetivo puede resultar engañoso”*.

Es interesante notar cómo influyen en el desarrollo de la ciencia factores geopolíticos, sociales y migratorios como los producidos por la Guerra Mundial o la muerte de un líder como Freud y los subsecuentes conflictos entre sus discípulos. En tal sentido, una de las influencias sobre el pensamiento psicoanalítico provino del estudio de la historia que previamente era considerada como un relato de hechos que se suponían recorda-

dos objetivamente, pero que fue superada por el giro historicista que consideró que los hechos eran contruidos. Este cambio influyó también en algunos psicoanalistas, en particular de Norte América, como Spence, Schafer o Viderman, que influidos por el postmodernismo, primero, y después por los nuevos descubrimientos sobre el funcionamiento de la memoria, han restado importancia al reencuentro de una “verdad histórica”, que permanecía en el inconsciente como el hecho imborrable de la vasija enterrada, y, por tanto, han enfatizado menos en la reconstrucción, destacando más bien la construcción de una “verdad narrativa”. Sin embargo, si bien Freud y los psicoanalistas que le sucedieron, cónsonos con su contexto histórico y científico, dieron relevancia a la recuperación y reconstrucción de la verdad histórica del pasado infantil, no es menos cierto que consideraron tanto más importante la verdad de la fantasía inconsciente y su influencia en la interpretación tanto del pasado como del presente, como aun se sigue considerando.

Los diversos factores antes mencionados condujeron a que en el psicoanálisis -como en el resto de la ciencia- a partir de los años setenta a ochenta se fuese perdiendo la confianza en la verdad positivista y se produjera lo que Stephen Mitchell -padre del psicoanálisis relacional- ha llamado “crisis de la metateoría”, lo que ha llevado a vincularlo a la fenomenología, la hermenéutica, el constructivismo -como lo señala en su excelente libro Coderch (28). Así como también con estudios empíricos con muestras de pacientes y con estudios observacionales, como los del apego y la relación madres-infante.

Además, todas estas aproximaciones a la filosofía, al psicoanálisis y a la concepción de ciencia actual, han conducido a que haya discrepancias sobre la naturaleza científica y/o hermenéutica del psicoanálisis. Por ejemplo, André Green y Jorge Ahumada no tienen duda de su carácter científico. Tampoco la tiene el psicoanalista norteamericano Owen Renik (29), quien se declara seguidor de la filosofía pragmática de Rorty y considera que el psicoanálisis es una ciencia y no una disciplina hermenéutica, porque, aunque de modo imperfecto, podemos evaluar los significados que construimos por medio de su capacidad predictiva. Aunque Owen cree que

el trabajo analítico consiste en construir nuevos significados en vez de revelar los antiguos reprimidos, no lo considera una disciplina hermenéutica. Siguiendo el criterio pragmático, señala que evaluamos la validez de nuestro entendimiento sobre la base del consenso con el paciente y de la eficacia terapéutica pues, como en el resto de la ciencia, lo que es verdad es aquello que funciona. Owen no ve una contradicción entre la irreductible subjetividad psicoanalítica y su objetividad pragmática, pues dice que cuando el analista toma en consideración el hecho de que su subjetividad es una condición absoluta, en vez de pretender que la subjetividad puede ser minimizada, es cuando verdaderamente es objetivo. Cuando reconoce que en el análisis, como en todo, las observaciones de la realidad son constructos, formados en relación a intereses específicos subjetivos.

En el otro polo, otros psicoanalistas, como Roy Schafer, lo ven como una ciencia hermenéutica. Mientras otros coincidimos con Habermas y Ricoeur, como lo ha destacado Phillips (30), en considerarlo una disciplina mixta y complementaria entre la hermenéutica y las ciencias naturales, en la que la interpretación puede corresponder tanto a la búsqueda de causas múltiples y la movilización de nuevos mecanismos de defensa (y en esto parecerse más a la metodología de las ciencias naturales) como a desentrañar una compleja red de significados verbales, no verbales y afectivos (en lo que se asemejaría más a una hermenéutica). Por ejemplo, Ricoeur, en su intento de desarrollar una hermenéutica que evitara el relativismo, destacó que el psicoanálisis, al coordinar la interpretación y el manejo de las resistencias, requiere una teoría en la que la psique sea representada tanto como un texto a ser interpretado, como un sistema de fuerzas a ser manipuladas (31).

Pese a las diferencias entre escuelas, en las últimas décadas se observa, como señala Otto Kernberg (32) un cierto acercamiento en aspectos como serían, entre otros, los siguientes: interpretación temprana de la transferencia y mayor atención en la contribución del analista en la misma; menos énfasis en interpretación de sueños y recuperación de recuerdos; una tendencia incrementada a centrarse en significados inconscientes del aquí-y-ahora y tardía de reconstruc-

ciones del pasado, junto a un cierto acuerdo con lo que Sandler, diferenció entre un “inconsciente presente” versus un “inconsciente pasado”; mayor atención hacia la exploración de la respuesta afectiva del analista y de su contratransferencia (utilizando los conceptos de Racker de “identificaciones concordantes y complementarias”); así como la consideración del predominio de la investidura afectiva como punto más apropiado para la intervención (con menor énfasis en aspectos pulsionales en algunas de las escuelas, pero no todas).

Volviendo al psicoanálisis relacional, como ya señalamos, un grupo heterogéneo de analistas norteamericanos que utilizaban conceptos provenientes de la psicología de yo y de las relaciones objetales, e influidos por estos desarrollos filosóficos posmodernistas, desarrollaron varias escuelas cuyas diferencias no siempre están del todo delimitadas (como la constructivista, la relacionista y la intersubjetivista). Sin embargo, para aquellos que piensen que el relacionismo es una cosa nueva, debemos recordar que estas corrientes se apoyan en los desarrollos de esas primeras tres o cuatro décadas del siglo XX. Fundamentalmente en las teorías de Sullivan, Balint, Winnicott, Kohut y tiene antecedentes en los escritos de Heimann, Bion, Rosenfeld y otros de la escuela de las relaciones objetales.

El filósofo hermeneuta, Hans-George Gadamer, no dedicó mucha atención al psicoanálisis pero habló de la “fusión de horizontes”, según la cual lo fundamental es el diálogo, no como imposición, aunque sí como defensa y apuesta por la opinión propia, pero permitiendo una dialéctica en que los asuntos de ambos interlocutores se conviertan en uno común (5). Es por ello que sus ideas son en muchos casos usadas por los teóricos vinculados al psicoanálisis relacional o la “two-person-psychology” que como Gadamer, cuestionan lo que llaman la “one-person-psychology” y privilegian el diálogo consensuado. Entre estos está Stolorow (33), quien en un libro recientemente publicado y apoyándose en la filosofía existencial de Heidegger, dice que su enfoque los ha llevado desde lo intrapsíquico a lo intersubjetivo. Stolorow (34) señala que el primer uso explícito de la palabra “intersubjetividad” “*apareció en un artículo (Stolorow, Atwood & Ross, 1978), el cual Lewis Aron (1996) acreditó*



como el que introdujo el concepto de intersubjetividad en el psicoanálisis norteamericano". Artículo en el cual conceptualizaron el interjuego entre transferencia y contratransferencia en el psicoanálisis como un proceso intersubjetivo que refleja la mutua interacción entre los diferentes mundos organizados subjetivamente del paciente y el analista.

En dicho libro, Stolorow (34) considera que su teoría abarca a la epistemología perspectivista; dice: *"insistimos en que el entendimiento analítico es siempre desde una perspectiva formada por los principios organizadores del interrogador. Por tanto, no hay análisis neutral u objetivo ni percepciones inmaculadas (Nietzsche, 1892), ni la vista del ojo de Dios (Putnam, 1990) de nada ni de nadie"*. Así mismo considera que son las relaciones y los afectos (más que las pulsiones) los que evolutivamente dan lugar a principios ("patrones temáticos", "estructuras de significado") que inconscientemente organizan las experiencias emocionales y relacionales. Dichos principios organizativos son inconscientes, no en el sentido de ser reprimidos, sino en ser prereflexivos, y ordinariamente no entran en el dominio de la concientización reflexiva de sí mismo.

Las ideas de Stolorow y otros intersubjetivistas están bastante relacionadas con las de otros autores, pese a que Stolorow (34) diga que *"Nuestro uso del término intersubjetivo nunca ha presupuesto la consecución del pensamiento simbólico, ni del concepto de uno mismo como sujeto, ni de la relación intersubjetiva en el sentido de Stern (1985), ni del de reconocimiento mutuo como lo describe Benjamin (1995). Tampoco hemos confinado nuestro uso al reino de la comunicación afectiva no verbal inconsciente, como Ogden (1994) parece haber hecho"*. Sus teorizaciones no nos parecen muy distintas, por ejemplo, a las de Ogden (35), quien ha acuñado el concepto de "tercero analítico" (relacionado con el de "objeto analítico" de André Green) para referirse a la realidad intersubjetiva creada por la interacción de las realidades subjetivas de analista y paciente.

Otto Kernberg (36), en la conferencia del 22 de Octubre de 2010 en la Sociedad Española de Psicoanálisis, destacó las siguientes características técnicas comunes a las diversas orientaciones

del psicoanálisis relacional: *"una perspectiva constructivista que considera que la verdad es co-creada intersubjetivamente por el paciente y el analista; una actitud del analista de empatía, autenticidad, igualdad y reciprocidad en la comunicación, que permite al analista ser espontáneo en su interacción con el paciente y revelar su contratransferencia (Renik); el foco de atención del analista se centra en la relación entre paciente y analista (psicología de dos personas) y, especialmente, en las rupturas de la comunicación intersubjetiva entre ambos, en los fallos empáticos del analista (incluido el reconocimiento mutuo de esas rupturas y fallos) y en la actualización en la transferencia de las experiencias traumáticas del pasado del paciente"*. Características similares son la que señala Glen Gabbard (37) y (38) para estas corrientes, sin embargo, en su opinión, la cual compartimos parcialmente, los constructivistas han puesto un énfasis exagerado en la situación actual entre paciente y analista, mientras han subestimado el impacto acumulativo de una vida con determinado tipo de interacciones con objetos, así como las fantasías intrapsíquicas relacionadas con dichas interacciones. Estas experiencias y los significados de sus relaciones ya están en el paciente antes de ir al analista, de modo que los significados intrapsíquicos son alterados hasta cierto punto, pero no radicalmente reescritos de nuevo a causa de la subjetividad del analista.

Desde la filosofía, Rorty (26) coincide con algunas ideas de los intersubjetivistas, rechaza la idea de que las personas poseen un núcleo central -interior- que se resiste al condicionamiento externo y dice: *"habría que distinguir entre la afirmación de que el inconsciente del individuo es un <<mundo privado y único que choca con el mundo socialmente instituido>> -que en cada uno de nosotros hay un <<sello oculto>> que no tiene nada que ver en particular con <<procesos de aprendizaje>> socializadores- y la afirmación de que <<psique y sociedad están entre sí en una especie de oposición metafísica>>. No hay razón para suponer que tengamos que elegir entre Dewey y Derrida, es decir entre la resolución de problemas públicos y la lucha por la autonomía privada"*.

Las ideas posmodernistas, así como la lingüística, la hermenéutica y el estructuralismo, tam-

bién influyeron en la historia del psicoanálisis francés, vinculada con Lacan desde los años sesenta, tal como lo muestra Roudinesco (39) en su amplia revisión histórica. Pero, tal como hizo notar Foucault, en la historia del conocimiento influyen notablemente las circunstancias, el prestigio del autor, sus simpatías o antipatías y las luchas de poder. Y esto no sólo se da entre filósofos o psicoanalistas, sino que puede observarse en distintos campos de la ciencia y, sin ir más lejos, entre quienes han participado en las redacciones de las distintas clasificaciones psiquiátricas. Así que, al igual que Freud tuvo enfrentamientos con sus disidentes, Lacan no sólo rompió con la Asociación Internacional de Psicoanálisis, sino con los filósofos a quienes por turno aproximó sus ideas. Primero se sintió descontento con las posiciones de Merleau-Ponty respecto a su relevo estructuralista, entonces buscó otro apoyo filosófico en Paul Ricoeur, a quien invitó a su seminario. Ricoeur, que estaba preparando su libro sobre Freud, acudió a los seminarios de Lacan y a los del otro bando, Lebovici y Diatkine, para que le explicaran la técnica psicoanalítica, pero no entendía a Lacan. Después de un seminario, Lacan le preguntó qué le había parecido y Ricoeur respondió: “justamente estaba pensando que encuentro impenetrable lo que dice”. A la ruptura de Lacan con Ricoeur siguió la de Derrida en el congreso estructuralista de Baltimore, cuando Lacan narró como propia una anécdota de éste.

Un aspecto negativo frecuente en muchos de los pensadores de esa época, sobre todo franceses, es que idealizaron el lenguaje hasta el punto de considerar que nada existía fuera de éste, y utilizaban un discurso tan rebuscado, que Foucault lo llegó a llamar “oscurantismo terrorista”. Discurso también criticado por Jean-François Revel, así como por dos científicos (Alan Sokal y Jean Bricmont) que denunciaron el uso de conceptos científicos inexactos y hasta fraudulentos por parte, entre otros, de Lacan, Kristeva, Baudrillard, Deleuze y Guattari (25). Así, si Ricoeur encontró incomprensible a Lacan, Grünbaum acusó a Ricoeur de usar un discurso enrevesado y “palabras de comadreja” (40). Y uno de los más cuestionados ha sido Derrida, del que Vargas Llosa ha dicho que su prosa oscura y asfixiante le ha hecho sentir que pierde el tiempo leyéndola (25).

Ahora bien, para la teoría y técnica psicoterapéutica es relevante determinar si sólo debe considerarse como psíquico al lenguaje, como lo sostienen algunos. Pero si lo psíquico y lo hermenéutico se reduce a la consciencia y al lenguaje se pierden los aportes, no sólo del psicoanálisis, sino de la reciente investigación neurocientífica, de la teoría del apego y del desarrollo del recién nacido (41) y (42), las cuales apunta hacia que los patrones interactivos entre los infantes y sus cuidadores, crean cambios duraderos en las redes cerebrales y conducen a estilos de apego y patrones afectivos, que se forman antes del desarrollo de la memoria explícita (o sea, de forma implícita y presimbólica) y tienden a permanecer durante la vida. Como ya dijimos que, desde la óptica del psicoanálisis intersubjetivo, también señalaba Stolorow (34).

En tal sentido, el común denominador de los más importantes investigadores de la temprana infancia, como Meltzoff, Trevarthen, y Stern, es señalar que las formas simbólicas de comunicación están construidas sobre formas presimbólicas que se inician desde el nacimiento y tienden a ser implícitas. Formas de comunicación en parte innatas y en parte adquiridas, y basadas en parte en las “neuronas espejo” (43).

Por tanto, para los psicoanalistas el lenguaje es parte de lo psíquico pero no lo único que lo es. Por ejemplo, el psicoanalista e investigador, Daniel Stern (44) ha llamado “sintonía afectiva” a un emparejamiento de sentimientos, tanto antes como después de la adquisición del lenguaje, que es básica en su teoría de la comunicación entre infante y madre, como también lo será después entre adultos. Este modo de comunicación también se ha estudiado en perros, delfines y primates.

Son modos de comunicación muy relacionados son los llamados “enactments” (que puede ser traducido como “puesta en acto” o “en escena”) que son patrones relacionales y emocionales codificados neurológicamente de modo implícito en las relaciones tempranas y que después se activan automática e inconscientemente en las relaciones durante la vida (41). Modos de comunicación que en la psicoterapia producen cambios que no son debidos sólo a las palabras, sino a los intercambios intersubjetivos



que Stern y sus colaboradores en Boston, han llamado “momentos de encuentro” en los que el encuentro produce sucesos mutativos; un “algo más” que no se registra simbólicamente y que por tanto son de difícil traducción en términos hermenéuticos (44). Idea bastante similar a la de Stolorow (34), que como ya vimos, trata de diferenciarse de Stern.

Como puede apreciarse, todas estas conceptualizaciones reúnen y hacen compatibles teorías anteriores, al mostrar como el individuo, desde antes de acceder al lenguaje, va construyendo unos patrones afectivos, cognitivos y relacionales con los que interpreta el mundo y que luego constituyen sus transferencias automáticas. Así, la interacción con distintas personas puede reactivar estos “patrones temáticos” o “estructuras de significado” (como las llamó Stolorow), así como activar ciertas transferencias -y no otras- que caracterizan el mundo intrapsíquico de cada persona. Con esto queremos decir que aunque, debido a la compulsión de repetición, existe una tendencia a repetir patrones y transferencias, independientemente de lo que haga la otra persona en la interacción (sobre todo en pacientes más graves), también puede observarse que dependiendo de lo que al analista haga o no haga, el paciente activará en mayor o menor grado ciertas transferencias (lo cual no quiere decir que estas dependerán del analista que le toque en suerte -o al menos no del todo- sino que predominarán en ciertos momentos de su análisis). Además, esto permite que, desde el punto de vista terapéutico, el reconocimiento de estos patrones y transferencias, como su manejo técnico (tanto interpretativo como interaccional) pueda,

hasta cierto punto, ofrecer nuevas experiencias relacionales, nuevas narrativas y nuevos modos de codificar de forma distinta lo vivido.

## Conclusiones

Consideramos que el concepto que hemos tomado de Green de alcanzar un “saber objetivo sobre la subjetividad” debe ser entendido, no como un intento de doblegar a la subjetividad para hacerla pasar por el aro de la objetividad (sobre todo para aquellos que anacrónicamente creen que sólo las ciencias naturales y, en especial las matemáticas, son objetivas y científicas), sino como la aceptación de que hay distintas formas de acceder a un conocimiento y no todas son compatibles.

Para cierta parte de la comprensión del psiquismo pueden utilizarse herramientas de las ciencias naturales, como los estudios experimentales, en los que la lógica borrosa puede aportar formas de investigación más acordes con su complejidad y polivalencia. Pero debemos aceptar que hay aspectos en que las ciencias naturales pueden incluso desvirtuar lo observado, por lo que se requieren de las aproximaciones de las ciencias del espíritu o sociales, con las cuales se puede alcanzar una objetivación diferente. Es decir, no creemos en un relativismo absoluto, que en el fondo es una cómoda renuncia a buscar lo mismo que buscan las ciencias naturales, esto es, un conocimiento parcial, relativo y sólo temporal. Por ello creemos en la ineludible multivalencia y subjetividad que también caracteriza a la lógica borrosa.

### Contacto

Héctor Hueso Holgado • hhuesoh@hotmail.com

Unidad de Salud Mental de la Vera-Icod

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria de Tenerife • 38001 Santa Cruz de Tenerife

Fanny Cuervo Díaz • facudy@hotmail.com

Servicio Urgencias Pediátricas • Dr. Jaime Cháves Hernández • 38001 Santa Cruz de Tenerife

## Bibliografía

1. Hueso, H. Transferencia. La dialéctica de lo intrapsíquico versus lo intersubjetivo. Referencia: <http://caibco.ucv.ve> VITAE Academia Biomédica Digital. Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. N° 38 Abril-Junio 2009 <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=71&n=3950>
2. Hueso, H. Lógica borrosa y epistemología psiquiátrica. A propósito de la transexualidad. Revista electrónica VITAE. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Enero-Marzo, 2011 N° 45. Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo\\_pdf&n=4303&rv=98](http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4303&rv=98)
3. Hueso, H. y Cuervo, F. Saber objetivo sobre la subjetividad en psiquiatría, desde la filosofía y el psicoanálisis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013, 273-287. Doi: 10.4321/S0211-57352013000200004.
4. Green, A. Desconocimiento del inconsciente (Ciencia y psicoanálisis). En: Dorey, R., Castoriadis, C., Enriquez, E., Thom, R., Ménéchal, J., Fridman, W., Berquez, G. y Green, A. *El inconsciente y la ciencia*. Amorrortu Editores. 1991, 167-257.
5. Rorty, R. <El ser al que puede entenderse es lenguaje>. En: *Filosofía y futuro*. Editorial Gedisa, 2008, 121-134.
6. Kosko, B. Matices de gris. En: *Pensamiento borroso. La nueva ciencia de la lógica borrosa*. Edit. Crítica (Grijalbo Mondadori S.A.) 1995, p. 17-30.
7. Trillas, E., Renedo, E. y Guadarrama, S. La conjetura como arte. La inteligencia artificial se adentra en las capacidades humanas. *Periódico El Mundo, El Cultural*, 12/05/2005 p. 63-64.
8. Moreno, A. Teoría del caos social. Capítulo 3: La lógica borrosa/ISBN 9789801241312 Posteadado: 30/08/2010. [consultado 19-07-2012] Disponible en: <http://www.articuloz.com/monografias-articulos/la-logica-borrosa-3161929.html>
9. Kosko, B. Sistemas borrosos adaptativos. En: *Pensamiento borroso. La nueva ciencia de la lógica borrosa*. Edit. Crítica (Grijalbo Mondadori S.A.) 1995, p. 193-224.
10. Ferrán, M. Lógica difusa. ¿Una concepción infinitesimal de la verdad? Mayo 2000 [consultado 11-06-2012] Disponible en: <http://personal.telefonica.terra.es/web/mir/ferran/kosko.htm>
11. Zimmerman M; Martinez JA; Attiullah N; Friedman M; Toba C; Boerescu DA; Rahgeb M. Why do some depressed outpatients who are in remission according to the Hamilton Depression Rating Scale not consider themselves to be in remission? *J Clin Psychiatry*. 2012; 73(6):790-5.
12. Green, A. Desconocimiento del inconsciente (Ciencia y psicoanálisis). En: *El inconsciente y la ciencia*. Amorrortu Editores. 1991, 167-257.
13. Lowry, F. Predicting Response to Cognitive Therapy: Eyes May Have It. *Medical News Psychiatry*. Revista electrónica. 21 abril, 2011. [Consultado 19-07-2012] Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/741294?src=mpnews&spon=12>
14. Siegle, G., Steinhauer, S., Friedman, E., Thompson, W. & Thase, M. Remission prognosis for cognitive therapy for recurrent depression using the pupil: Utility and neural correlates. *Biol Psychiatry*. 2011; 69: 726-733.
15. Nájera, E. La hermenéutica del Sí de Paul Ricoeur. Entre Descartes y Nietzsche. *Quaderns de filosofia i ciència*, 36: 73-83, 2006. [www.uv.es/sfpv/quadern\\_textos/v36p73-83.pdf](http://www.uv.es/sfpv/quadern_textos/v36p73-83.pdf)
16. Menéndez, F. La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿Qué es la evidencia en salud mental? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.32, no.115, Madrid, jul-set. 2012. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300007>
17. Rorty, R. Persuadir es bueno. En: *Filosofía y futuro*. Editorial Gedisa, 2008, 157-183.
18. Robot. En: <http://es.wikipedia.org/wiki/Robot>
19. Reale, G. y Antiseri, D. Capítulo XXVIII. Edmund Husserl y el movimiento fenomenológico. En: *Historia de la filosofía. III. Del romanticismo a nuestros días*. Giovanni Reale y David Antiseri. Herder Editorial. 2010, 177-186.
20. Reale, G. y Antiseri, D. Capítulo XXXIV. Ludwig Wittgenstein: del Tractatus lógico-philosophicus a las investigaciones filosóficas. En: *Historia*

- de la filosofía. III. Del romanticismo a nuestros días. Herder Editorial. 2010, 309-321).
21. Foucault, M. Nietzsche y su crítica del conocimiento. En: La verdad y las formas jurídicas. Editorial Gedisa 1978, 11-33.
  22. Reale, G. y Antiseri, D. La epistemología postpopperiana. En: Historia del pensamiento filosófico y científico III Del romanticismo hasta hoy. Editorial Herder 1988, 908-934.
  23. Vattimo, G. Introducción. En: El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna. Ed. Gedisa. 2007, 9-20.
  24. La Barre, W. Prefacio. En: Devereux, G. (1967) De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Siglo Veintiuno Editores 1987, 11-14.
  25. Vargas Llosa, M. Prohibido prohibir. En: La civilización del espectáculo. Editorial Alfaguara. Abril 2012, 81-96.
  26. Rorty, R. Habermas, Derrida y las funciones de la filosofía. En: Filosofía y futuro. Editorial Gedisa, 2008, 27-54.
  27. Thomä, H.Y & Kächele, H. Transference and Relationship (Cap 2) En: Psychoanalytic Practice. I Principes. Springer Verlag. 1985.
  28. Coderch, J. El espacio terapéutico y la autoridad del psicoanalista. En: La práctica de la psicoterapia psicoanalítica. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis. Editorial Ágora Relacional. 2010, 141-158.
  29. Renik, O. The Analyst's Subjectivity and the Analyst's Objectivity. Int. J. Psycho-Anal. 1998, 79:487-497.
  30. Phillips, J. (1987). Grünbaum on Hermeneutics. Psychoanalysis and Contemporary Thought 10: 585-626.
  31. Clarke, B. H. Hermeneutics and the "Relational" Turn: Schafer, Ricoeur, Gadamer, and the Nature of Psychoanalytic Subjectivity. Psychoanalysis and Contemporary Thought. 1997, 20: 3-68.
  32. Kernberg, O. Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica. Libro anual de psicoanálisis IX. IPA - Ed. Escuta LTDA. 1993, 129-143.
  33. Stolorow, R. Introduction. En: World, affectivity, trauma. Heidegger and post-cartesian psychoanalysis. Routledge. 2011, 1-4.
  34. Stolorow, R. Post - Cartesian psychoanalysis as phenomenological contextualism. En; World, affectivity, trauma. Heidegger and post-cartesian psychoanalysis. Routledge. 2011, 19-33.
  35. Ogden, T. The analytic third: working with intersubjective Facuss. Int. J. Psychoanal. 1994, 75: 3-19.
  36. Nos, J. Entrevista a Otto Kernberg. Temas de Psicoanálisis. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis. <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-con-el-dr-otto-kernberg-2/>
  37. Gabbard, G. The Analyst's Contribution To The Erotic Transference. Contemp. Psychoanal. (CPS). 1996, 32:249.
  38. Gabbard, G. A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy. British Journal of Psychiatry. 2000, 177:117-122.
  39. Roudinesco, E. La escuela freudiana de París: la reconquista. En: La batalla de los cien años. Historia del psicoanálisis en Francia (Tercera parte. Capítulo I). Editorial Fundamentos. 1993, 7-99.
  40. O'Neil, J. A. Popper, Grünbaum, and Induction. Canadian Journal of Psychoanalysis. 1993; 1: 105-130.
  41. Ginot, E. Intersubjectivity and Neuroscience: Understanding Enactments and Their Therapeutic Significance Within Emerging Paradigms. Psychoanal. Psychol. 2007, 24:317-332.
  42. Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. J. Amer. Psychoanal. Assn., 51, 883-911.
  43. Beebe, B., Rustin, J., Sorter, D. and Knoblauch, S. (2003). An Expanded View of Intersubjectivity in Infancy and its Application to Psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues 13: 805-841.
  44. Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweilerstern, N., Tronick, E.Z. Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. Int. J. Psycho-Anal., 1998, 79:903-921.

# Sugestión. Puesta en acto del inconsciente (*Agieren*) y rememoración. *Conceptos que fundamentan la clínica psicoanalítica.*

## *Suggestion, putting in act of the unconscious (Agieren) and remembering. Concepts that underlie the psychoanalytic clinic.*

Héctor Alberto Krakov<sup>1</sup>.

Médico Psicoanalista. Buenos Aires.

*“La rectificación con posterioridad {Nachträglich} del proceso represivo originario, la cual pone término al hiperpoder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica.”*

Sigmund Freud. Análisis terminable e interminable. 1937. Amorrortu Editores. pág. 230.

*“La repetición, entonces, no ha de confundirse con el retorno de los signos, ni tampoco con la reproducción o la modulación por la conducta de una especie de rememoración actuada. (...) Sólo a partir de la función de lo real en la repetición podremos llegar a discernir esta ambigüedad de la realidad que está en juego en la transferencia.”*

Jacques Lacan. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Editorial Paidós. 1986. Pág. 62<sup>2</sup>.

### Introducción

Pasados ya más de 100 años de la aparición de *El libro de los sueños* con el que Sigmund Freud nos introdujera en los enigmáticos desfiladeros de la vida psíquica sigue siendo fundamental, en tanto destinatarios de su legado, sostener con precisión la especificidad del psicoanálisis.

En esta comunicación me propongo reconsiderar temas conceptuales que siguen siendo nodales para la teoría y la práctica psicoanalítica.

Intentaré remarcar la vigencia del hallazgo freudiano y su potencia en la clínica psicoanalítica actual, ejemplificando un caso clínico que quedará expuesto al final.

### El tema de la sugestión (o en qué consiste el análisis)

Es frecuente que en nuestro medio se intente diferenciar psicoterapia de psicoanálisis a propósito de remarcar que la *sugestión* es utilizada en el primero de los abordajes, mientras

<sup>1</sup> Miembro Titular, didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Especialista en abordaje psicoanalítico en Familia y Pareja. (APA-CAECE). Doctorando Cohorte 2012 del Doctorado en Psicología. Facultad Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Buenos Aires.

<sup>2</sup> Lacan diferencia claramente el *automaton*, como la insistencia de los signos a los que nos somete el principio del placer, de la *tyche*, el encuentro con lo real que apareció inicialmente en psicoanálisis bajo la forma del trauma.

que se prescinde de ella en los tratamientos psicoanalíticos.

Tales afirmaciones se apoyan particularmente en el trabajo de 1919 en el que Freud, pensando acerca de la aplicación de la técnica psicoanalítica en las nuevas condiciones sociales, nos dice:

*“Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido con el tratamiento de los neuróticos de guerra”* (pág. 163).

Con esta apoyatura, la comparación entre el *oro puro* y el *cobre* pasó a utilizarse para subrayar que los analistas somos usuarios de una herramienta específica, que nos diferencia de los psicoterapeutas. Sin embargo, vale la pena que precisemos a qué se refería Freud con el *cobre de la sugestión directa*.

Por lo pronto tenía para él un sentido unívoco, diferente al de *sugestión* (sin el adjetivo de directa), que iba adquiriendo nuevos significados según el contexto teórico que estuviera utilizando en cada momento. Por tal razón, y al solo efecto de ubicar el problema, quiero delinear algunos ejes conceptuales que corresponden a la historia del psicoanálisis.

En los artículos iniciales sobre técnica (Freud 1904, 1905) queda claro que el método psicoanalítico se constituyó como una terapia catártica, conservando basamentos de la técnica hipnótica. Ambas compartían en ese momento una misma teoría sobre el enfermar: los pacientes padecieron una situación traumática y habían retenido el afecto concomitante.

Durante el trance hipnótico el médico intentaba que el afecto, trastocado en inervación somática, pudiera conseguir una vía de expresión y descarga. Se conseguía comprobar así, de modo empírico, que los síntomas reemplazaban a procesos psíquicos sofocados en tanto los síntomas desaparecían luego que el enfermo hacía su catarsis. Es aquí donde aparece un detalle que quiero resaltar.

Ocurrida la catarsis, estando el enfermo aún bajo hipnosis, *el hipnotizador le impartía al paciente*

*la orden sugestiva de olvidar la situación traumática una vez despierto*. La cura consistía en que los pacientes no recordaran ya el episodio traumático ni lo sucedido durante el trance. *A esta particular intervención se refiere Freud con sugestión directa*.

Veamos, en este sentido, dos citas textuales.

En la de la 28 conferencia de “Introducción al psicoanálisis” (1917) dice:

*“La sugestión directa es una sugestión dirigida contra la exteriorización de los síntomas, una lucha entre la autoridad de ustedes y los motivos de la enfermedad”*. (pág. 408) y más adelante, *“Para el médico, a la larga se volví...monótona: prohibir en todos los casos, de idéntica manera y con el mismo ceremonial, la existencia a los más variados síntomas, sin poder aprehender nada de su sentido y su significado”* (pág. 409).

¿Por qué fracasó la técnica sugestiva realizada bajo hipnosis?

Una primera razón, desde el punto de vista etiopatogénico, consistió en que los síntomas estaban multideterminados y el médico durante el trance conseguía prohibir sólo una de las varias líneas que participaban en su producción, no todas. Por otro lado, en lo concerniente ya a la sugestión, *al estar la cura sustentada en la orden de olvidar*, con el reforzamiento represivo que implicaba, los síntomas reaparecían una vez que se debilitaba la influencia psíquica que la autoridad médica ejercía sobre el paciente.

En la segunda cita Freud lo menciona textualmente:

*“Si abandoné tan pronto la técnica sugestiva y, con ella, la hipnosis, es porque dudaba de poder hacer una sugestión tan fuerte y resistente como se requería para una curación duradera”* (1905 pág. 250).

Una vez que Freud abandonó la técnica sugestiva, intentó diferenciar claramente la *sugestión directa*, de la que se valía el método hipnótico, de la *sugestión psicoanalítica*.

En la primera, como vimos, sólo se intentaba reforzar las represiones imponiendo el olvido después del trance hipnótico. Ese sería el sen-

tido preciso del *cobre de la sugestión directa*, metaforizado como realizar tratamientos *per vía di porre*. (Freud 1905, pág. 250). En la terapia psicoanalítica, en cambio, el analista toma en sus manos la *sugestión* con el valor inicial de *crédula expectativa* (1905, pág. 248), más tarde conceptualizada como *transferencia positiva sublimada* (Freud 1912, págs. 102-103), y la utilizará con la finalidad de resolver las transferencias posibles en el paciente.

Textualmente:

*“En esa medida confesamos sin ambages que los resultados del psicoanálisis se basaron en una sugestión; sólo que por sugestión es preciso comprender lo que con Ferenczi (1909) hemos descubierto ahí: el influjo sobre un ser humano por medio de los fenómenos transferenciales posibles con él. Velamos por la autonomía última del enfermo aprovechando la sugestión para hacerle cumplir un trabajo psíquico que tiene por consecuencia necesaria una mejoría duradera de la situación psíquica”* (1912 pág. 103).

Con ese propósito instaura Freud la *regla fundamental de la asociación libre* (1904), a la que el paciente deberá atenerse, consiguiendo de ese modo la ampliación de la conciencia que previamente se lograba con la hipnosis.

Deja ya de buscar el recuerdo traumático, y en su lugar se propone explorar la superficie psíquica del paciente con el sentido de ubicar los efectos de la represión en él.

Queda así formalizada la técnica analítica, que tiene por objetivo hallar los retoños de lo reprimido. Estos nos servirán de guía para transitar el camino inverso que oportunamente realizara la represión. Una vez que conseguimos ubicarla, el trabajo analítico consistirá en su cancelación. Así, la técnica *per vía di levare*, el *oro puro* de la terapia analítica, implica que los analistas podamos servirnos de la *sugestión* para cancelar las represiones que están ya establecidas en el paciente, y que funcionan como resistencias internas.

Por último, al finalizar la cura analítica, será la transferencia positiva misma la que tendrá que ser disuelta, para que el paciente recobre plena libertad de sí.

## Transferencia, puesta en Acto del inconsciente (AGIEREN). Compulsión repetitiva y Recuerdo

La relación solidaria entre la evocación de recuerdos y su despliegue transferencial atraviesan toda la obra freudiana. Sólo como breve recorrido quisiera hacer mención de los siguientes párrafos:

- *“Así fui sorprendido por la transferencia y, a causa de ésa por la que yo le recordaba al Sr K, ella se vengó de mí como se vengara de él y me abandonó, tal como se había creído engañada y abandonada por él. De tal modo actuó {agieren} un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlos en la cura”*. (1905, pág. 104)

- *“Al igual que en el sueño, el enfermo atribuye condición presente y realidad objetiva a los resultados del despertar de sus mociones inconscientes; quiere actuar {agieren} sus pasiones, sin atender a la situación objetiva {real} (...) ellos nos brindan inapreciable servicio al volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes; pues en definitiva, nadie puede ser ajusticiado in absentia o in effigie”*. (1912, pág 105)

- *“Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido. No lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace”*. (1914, pág. 151-152)

Como vemos no siempre sus ideas sobre el funcionamiento de la transferencia tienen un sentido similar<sup>3</sup>.

En el caso Dora mencionado, la paciente transfiere una situación actual con el Sr. K. y abandona al analista interrumpiendo el tratamiento. De ese modo lleva a cabo una venganza, por haberse sentido abandonada por el Sr. K.

Es un tanto distinto lo que propone en “Dinámica de la transferencia”. Los pacientes se resisten a recordar recuerdos dolorosos con sus objetos

<sup>3</sup> Me interesa subrayar que ya en el historial de Dora, Freud menciona el *agieren*, pieza fundamental para comprender la compulsión de repetición.

originarios, y por tal razón generan una escena transferencial con el analista. La situación transferencial está al servicio de no recordar.

Dos años más tarde, en 1914, modifica sus ideas sobre la repetición. No la considera al servicio de no recordar, sino que la repetición transferencial pasa a ser entendida como el recuerdo mismo actuado.

Hasta aquí se trataba del campo del *Más acá del principio del placer*.

Sin embargo, en 1915, había remarcado un tipo de repetición transferencial incoercible:

*“Es verdad que este intento de mantener el amor de transferencia sin satisfacerlo fracasará con una clase de mujeres. Son aquellas de un apasionamiento elemental que no tolera subrogados... sólo son accesibles a <<lógica de sopas y argumentos de albóndigas>>. Con tales personas se está frente a una opción: mostrarles correspondencia de amor, o bien cargar con toda la hostilidad de la mujer desairada”* (1915 págs 169 y 170).

Estábamos en los umbrales del trabajo sobre el *Más allá del principio del placer*, en el que la repetición transferencial adquiere un giro fundamental.

### El hallazgo freudiano y su potencia

La *compulsión de repetición* y su relación con la *transferencia* es la temática que se propone dilucidar Freud en el capítulo III del texto de 1920. En tal sentido quiero transcribir el fragmento en el que ubico el meollo del hallazgo freudiano, con plena potencia en la clínica psicoanalítica actual.

*“Eliminamos esta oscuridad poniendo en oposición, no lo consciente y lo inconsciente, sino el yo coherente y lo reprimido. (...) Tras sustituir así una terminología descriptiva por una sistemática o dinámica, podemos decir que la resistencia del analizado parte de su yo; hecho esto advertimos que hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente. Parece probable que la compulsión pueda solo expresarse después que el trabajo analítico recorrió la mitad del camino*

*para encontrarla (y la represión haya cedido de intensidad)”*<sup>4</sup>. (1920, A.E. pág. 19-20)

Postula en el párrafo, la forma clásica por la cual la repetición aparece en un tratamiento al analizar los síntomas de un paciente.

Al abordar el analista determinado material psíquico, luego que la represión cede en intensidad, es probable que pueda expresarse *sólo en ese momento el <agieren>*, la puesta en acto del inconsciente con carácter compulsivo.

También intenta, renglones más abajo, ubicar la relación existente entre la compulsión de repetición y el principio de placer, momento en el cual tenemos la posibilidad de conocer cómo define con sus palabras dicha compulsión:

*“Ahora bien ¿qué relación guarda con el principio de placer la compulsión de repetición, la exteriorización forzosa de lo reprimido?”* (1920, A.E. pág. 20)<sup>5</sup>.

Por lo tanto el Yo esta obligado a exponer forzadamente un determinado material reprimido, obligación que es a su vez expresión del poder de lo reprimido inconsciente.

La vinculación conceptual con el principio de placer, aparentemente paradójica, lo lleva a relacionarlo con el narcisismo:

*“La pérdida de amor y el fracaso dejaron como secuela un daño permanente en el sentimiento de sí, en calidad de cicatriz narcisista”*. (1920, A.E., pág. 20)

Si bien en este párrafo Freud se refiere a la herida narcisista que genera el nacimiento de un hermano, el *“daño permanente en el sentimiento de sí”* parecía resolver la aparente paradoja. El poder de lo reprimido, su exposición forzada, enmascara la herida narcisista padecida por el paciente,

<sup>4</sup> He traducido la última oración del trabajo de Freud publicado en The Standard Edition, ya que desde mi perspectiva aclara el concepto, en comparación con la edición en idioma castellano. La versión original del inglés dice: *“It seems probable that the compulsion can only express itself after a work of treatment has gone half-way to meet it and has loosened the repression”* (pág 20).

<sup>5</sup> En la Standard Edition la frase dice: *“But how is the compulsion to repeat-the manifestation of the power of the repressed-related to the pleasure principle?”*, cuya traducción al castellano sería: Pero como está la compulsión de repetición -la manifestación del poder de lo reprimido- relacionada con el principio de placer?

que ha sido vivida por él como un daño permanente en el sentimiento de sí (autoestima).

Finalmente, en un par de páginas más adelante, termina por anudar conceptualmente compulsión de repetición, resistencia, transferencia y principio de placer.

*“En cuanto a los fenómenos de la transferencia, es evidente que están al servicio de la resistencia del yo, obstinado en la represión; se diría que la compulsión de repetición, que la cura pretendía poner a su servicio, es ganada por el bando del yo, que quiere aferrarse al principio de placer”.* (1920, A.E., pág. 23)

El Yo, aferrándose al principio de placer, es el que pone la compulsión de repetición a su servicio. *No quiere saber nada* de la herida narcisista que subyace.

Por tal razón “prefiere” inconscientemente la repetición compulsiva de lo reprimido antes que tomar contacto con *la cicatriz permanente en el sentimiento de sí*.

### Material clínico

Voy a exponer a continuación el material de un paciente tratado por mí hace dos décadas, con la finalidad de ubicar la potencia clínica de lo que he dado en llamar, *el hallazgo freudiano*.

Hernán me había consultado a comienzos de los años 90 para iniciar un tratamiento analítico porque tenía problemas matrimoniales. Estaba casado con Marta hacía 16 años. Tenían dos hijos jóvenes, un varón adolescente y una nena en la pubertad. Había trabajado como gerente en varios laboratorios de productos medicinales de cierto renombre, si bien hacía un par de años que no conseguía ubicarse en el mercado laboral de modo estable. Cuando me consultó realizaba una actividad docente orientada a formar visitantes médicos, por lo que sus ingresos eran muy escasos. Se mantenía gracias a ahorros que pudo conseguir en épocas de cierta prosperidad y a los aportes de Marta, que trabajaba como contadora, en un estudio contable, con un sueldo mensual. Luego de las entrevistas iniciales, comenzamos un tratamiento frente a frente, con una frecuencia de dos sesiones semanales.

Ya en las primeras sesiones, Hernán me había comentado las dificultades que tenía en su matrimonio, y mencionó que en el transcurso de los últimos 12 años mantenía una relación paralela con una mujer a la que llamaba la “Polaquita”. Con cierta preocupación el paciente fue trayendo, cada vez con más intensidad, que mantenía simultáneamente a su vida matrimonial y extramatrimonial lo que fuimos denominando “el circuito de la prostitución y los travestis”. A la salida de su trabajo tendía a pasar por algún “Sauna”<sup>6</sup> para tener una relación genital fugaz o para que le practicaran sexo oral. Eso lo tranquilizaba de las ansiedades e inquietudes laborales y le permitía “volver a casa sedado”.

A los dos meses de iniciado el tratamiento, y a raíz que el paciente sólo se dedicaba a hablar del “tema Marta”, le propuse que utilizáramos el diván. Hernán aceptó mi propuesta sin dificultad. Basé esta indicación presuponiendo que por tener sesiones frente a frente el encuadre mismo podía potenciar un clima coloquial y anecdótico.

De todos modos, a pesar de la modificación, su actividad en las sesiones se asemejaba a la del “Paciente del discurso ininterrumpido”. Según él mismo decía, podía discurrir horas al dar una clase, capturando a la audiencia, con lo que conseguía que no le hicieran preguntas sobre el tema. Esa característica ya le había valido que un analista le interrumpiera el tratamiento años atrás. Si bien, además del “tema Marta”, Hernán tenía la clara intuición que debía hacer algo con lo que sucedía en su vida. A pesar de tener muy pocos ingresos, en los últimos años se vestía a la mañana “como un gerente”, aquel que había sido en algún momento; deambulaba por el microcentro sin rumbo hasta que se instalaba frente a una computadora y se dedicaba por varias horas a ver pornografía por internet.

En el ínterin, en sus sesiones se intensificó el análisis de la compulsión a transitar el circuito de la prostitución, y en particular el tema de los travestis. Se daba cuenta que todo había tomado un camino cada vez más degradante y de riesgo legal. No sólo por el tipo de personaje con el que se apareaba sexualmente, sino también porque

<sup>6</sup> En Buenos Aires “Sauna” es el nombre que se les da a ciertos ámbitos prostibularios, publicitados como “Sala de masajes”.

cada vez con mayor frecuencia buscaba jovencitas, menores de edad, para que le practicaran sexo oral en el auto.

Los travestis lo excitaban mucho, decía, aunque nunca los pensaba como hombres. Si bien en varias oportunidades había tenido como ocurría mientras los penetraba, “*toma, te rompo el culo*”. Tal situación le había hecho acordar que en los juegos de chicos, al que perdía le decían “*salí, culeado*”.

En esa época tuvo un sueño: Le pasaba un brazo por sobre el hombro a un varón que no conocía. Le hacía una caricia en el traste y con el tacto se daba cuenta que era “*la cola de la Polaquita*”. ¿Tendría que asumirse con esa inclinación sexual? ¿Será que le gustaban los hombres?, se planteaba con el sentimiento de algo ajeno y familiar al mismo tiempo.

También recordó que un grupo de amigos le habían mencionado que su ex socio era homosexual. “¿Te enteraste que es puto?” le dijeron. Hernán se sintió muy sorprendido porque nunca lo había visto ni pensado de ese modo. ¿Sería por la propia homosexualidad negada?

Por esa época una noche se alarmó enormemente porque tenía la imperiosa necesidad de meterse algo en el ano. Se calmó como por arte de magia cuando recordó, recostado en su cama, que la madre le ponía supositorios cuando tenía fiebre, tanto a él como a su hermano menor. Evocó en sesión una noticia aparecida en el diario. Un hombre, al que habían puesto preso, fue violado por un grupo de reclusos, luego de lo cual el violado se había vuelto loco. Si a él le pasaba algo así, comentó, suponía que podría llegar a matar a los violadores.

¿Pero qué significaba este tema tan reiterado? ¿Por qué la atracción por los travestis? Eran interrogantes que insistían de modo enigmático.

Sin embargo era para él evidente que cuanto más aparecía el tema en su análisis, menos se sentía presionado por la compulsión. De hecho, unos meses más tarde, transitar el circuito de la prostitución y los travestis se había desactivado por completo.

Más adelante en sus sesiones había traído una serie de sueños que lo inquietaban.

En uno iba a tocarle los genitales a su hija siendo una niña pequeña, pero la angustia lo había despertado. Otro sueño lo mostraba yendo y viniendo por un pasillo, una y otra vez, de modo agotador, del que se había despertado extenuado. En uno siguiente le estaba haciendo sexo oral a Marta y nuevamente se había despertado agotado. El sueño, en su totalidad, consistía sólo en eso; la reiteración de una actividad que duraba horas.

Hernán, en una sesión posterior volvió a mostrarse fuertemente anecdótico.

Lo dejé hablar un rato y luego le dije “que lo había escuchado, pero no se me ocurría nada para decirle”.

Me respondió que se daba cuenta que estaba relatando, pero que no podía hacer otra cosa. Le resultaba difícil, me dijo, “*separar la paja del trigo*”<sup>7</sup>.

Entonces intervine diciendo que ahora sí se me ocurría qué decirle: *se estaba haciendo la paja<sup>8</sup> en la sesión. Algo que los sueños de reiteración ya habían preanunciado.*

Se produjo un silencio tenso.

Lo había sorprendido la aparición de un recuerdo. Siendo adolescente, de 17 o 18 años, se veía jugando con unos chicos de 3 o 4 años, hijos de vecinos del barrio que se quedaban en la casa con él. Recordó haberlos toqueteado. Les proponía “jugar al doctor” y les hacía bajar los pantalones, a partir de lo cual les apoyaba los genitales en el traste o trataba que le besaran el pene, pero nunca los había penetrado. Ese “jugueteo” lo había hecho un par de veces, pero luego lo dejó de hacer porque pensó que podía traerle consecuencias a él o a los chicos.

¿Había sido él abusado de chico?, se preguntó seguidamente, y recordó escenas en el jardín del fondo de la casa de la abuela en donde había grandes plantas de jazmines. Allí jugaba con su hermano y un chico más grande, un adolescente que vivía enfrente. En un momento su madre,

<sup>7</sup> Es un dicho campestre que alude a separar lo importante de lo secundario.

<sup>8</sup> “Hacerse la paja”, en el argot porteño, implica masturbarse.

con mucho enojo, no había querido que el vecino volviera a jugar con ellos. Fue después de que ocurriera un episodio frente a la familia: al ver que por el caño de desagüe de uno de los techos derramaba un chorro de agua, había dicho riendo: “*parece el pichí de Jorge Bullo*”.

¿Será que fue abusado por Jorge Bullo en alianza con su hermano mayor, que tenía la misma edad que aquél? No podía recordar nada de ello, pero siempre tuvo la impresión que algo así pudo haber ocurrido.

A la sesión siguiente trajo un sueño: *Estaba teniendo sexo con una mujer mayor, que estaba vaginalmente muy seca. Luego se transformaba en Marta, que estaba sumamente lubricada. En ese momento ella tenía una enorme deposición fecal líquida. El decía que no le importaba, que quería terminar. Entonces le hacía a Marta agarrar la sábana por los costados para contener el líquido fecal, mientras le ponía el pene en la boca para eyacular.*

En una sesión posterior, a propósito de la temática de abuso infantil, se acordó que a la hija de unos vecinos, una niña de 4 o 5 años, le había aparecido con un herpes genital. Sospecharon de la mucama, que se llevaba a la niña a su propia casa, suponiendo que la pudo haber contagiado frotándola contra su cuerpo al masturbarse con ella.

### **Breves comentarios acerca del material clínico**

Un primer comentario está referido a la actividad del paciente en las sesiones y su relación con la regla fundamental.

Hernán con su actividad fuertemente anecdótica y claramente defensiva tendía a controlar la emergencia de elementos imprevistos por él. Parecía creer que analizarse era pensar acerca de los problemas, a los cuales recurría una y otra vez, con lo que terminaba siendo un paciente que hablaba todo el tiempo, pero siempre de las mismas anécdotas. Lo cierto es que de ese modo conseguía mantener paralizada la actividad analítica, que resultó un indicio de la consecuente inmovilidad inconsciente. Los sueños de reiteración ejemplificaban claramente esta situación:

iba y venía por un mismo pasillo o realizaba una actividad sexual que “duraba horas”.

Un momento clave, que implicó un pasaje en su producción, ocurrió cuando el paciente dijo no “*poder separar la paja del trigo*” frente a lo cual pude decirle que “*se estaba haciendo la paja en sesión*”. Se trató de una escena transferencial, configurada por su modo de hablar, en la que *se estaba masturbando activamente con mi oído*.

Era la repetición de una situación de abuso infantil dramatizada en acto, que el paciente realizaba sin tener noción de ello (y yo tampoco) hasta que se abrieron paso los recuerdos.

La temática del abuso se profundizó con la evocación de episodios de edades anteriores a su adolescencia, en los que Hernán intuía que pudo haber sido objeto de abuso infantil por parte de su hermano mayor y un vecino.

*Un niño abusado por un grande* siguió insistiendo en el material. Si bien, como parte del procesamiento inconsciente, era ya otro el protagonista en juego: la niña con el herpes genital.

Es de particular interés lo que sucedió a nivel de su actividad onírica. De los sueños reiterativos y extenuantes, pasamos a contactar con una producción que suponía una intensa elaboración inconsciente. Me refiero al sueño de la relación sexual con una mujer que estaba muy seca, que se transformaba en Marta sumamente lubricada.

A mi entender la lubricación del sueño expresaba, en lenguaje onírico, que la actividad analítica había comenzado a tener movilidad. El despeño fecal incontenible confirmaba la emergencia en las sesiones del material subsiguiente, que nos inundó de perversidad y abuso.

Los puentes entre los episodios evocados en sesión y el “circuito de la prostitución y los travestis” condicionaron la desaparición de la impulsividad sintomática.

Hernán tenía un sentimiento de grato asombro frente a que la actividad compulsiva de tantos años había dejado de existir, casi sin que se lo propusiera. Simplemente, decía, “*ya no lo tengo más en la cabeza*”. Mi modo de entender tal modificación en su vida coincidía, “a la letra”, con lo que expresaba el propio paciente.

El circuito de la prostitución, que funcionaba en él en calidad de compulsión, era subsidiaria de una escisión del Yo. Era a partir de tal escisión que se ponía en acto la situación de abuso infantil, ubicado Hernán en el lugar del “adulto abusador”. La compulsión, al mismo tiempo que perpetuaba la situación vivida en la infancia, conseguía enmascararla.

La tarea analítica, al revelar la puesta en acto transferencial del abuso (*agieren*) y permitir el acceso a los recuerdos, nos dio la posibilidad de solucionar la escisión.

En este sentido hago notar mi coincidencia, “a la letra”, con el decir del paciente: Hernán ya no la tenía más en su “cabeza escindida”.

### A modo de conclusión

La tarea clínica con Hernán nos muestra una situación parcialmente diferente a la descrita por Freud acerca del momento de aparición de la compulsión repetitiva, insistencia impulsiva efecto del poder de lo inconsciente. En el párrafo teórico mencionado la resistencia transferencial aparecía “a mitad de camino del levantamiento de la resistencia de represión”.

Sin embargo, Hernán parecía estaba ubicado en la posición de abusador, tanto en su matrimonio como a nivel laboral. Así también en el circuito de la prostitución y los travestis. ¡Y por lo visto conmigo en sesión, desde el comienzo del análisis!

Sin poder atenerse a la *regla fundamental*,<sup>9</sup> con su modo de hablar ponía en acto (*agieren*) un sector escindido de su personalidad.

Recién después de haberlo podido captar y señalarlo aparecieron en sesión los recuerdos de su adolescencia. Hernán encarnaba el personaje activo del par *niño abusado/adulto abusador*, que evoca el primer intento de dominio pulsional que Freud menciona en el juego infantil del “*fort-da*”, a través de hacerle padecer activamente a otro lo sufrido pasivamente<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> El episodio clínico remarca la importancia del respeto que los analistas debemos tener por la conformación del dispositivo analítico, y la necesidad de que los pacientes, a su vez, lo entiendan claramente y compartan con nosotros su cuidado.

<sup>10</sup> En “Tres ensayos de teoría sexual” (1905), S. Freud lo había postulado en la conformación de ciertos síntomas de la neurosis obsesiva.

Por otra parte, las características cada vez más degradantes de sus apareamientos sexuales, como así también el incremento del riesgo legal por su actividad sexual oral con menores de edad, daban cuenta de la incidencia de la pulsión de muerte en la compulsión.

En Hernán, el “*daño permanente en el sentimiento de sí*” parecía estar relacionado con la convicción vivencial de haber sido un niño abusado sexualmente por un adulto<sup>11</sup>, que tuvo como efecto una escisión de su personalidad. La posición sexual pasiva, que retornaba en la clínica a través de sus múltiples cavilaciones sobre si era o no homosexual, quedó enmascarada por el pasaje a la posición activa que se repetía compulsivamente.

La posición de abusador era un indicador, en su vida y en la transferencia, que la compulsión a repetir había sido ganada por “*el bando del Yo, obstinado en reprimir*”.

Se aferraba así inconscientemente al principio de placer, evitando contactar con la cicatriz narcisista padecida en la infancia, que derivó en el desgarrar psíquico que Hernán tramitaba, sin saberlo, bajo la forma de una “doble vida”.

### Post scritum: el trabajo del análisis

Dos años y medio después de iniciado el tratamiento, el paciente se había estabilizado. Continuaba la relación con la “Polaquita”, a quien ya llamábamos por su nombre: Graciela. Segue viajando por la actividad docente que realizaba en la formación de visitantes médicos; el tema laboral y sus posibilidades de ingresos habían tomado primacía en las sesiones.

Al volver de uno de esos viajes, relató en una sesión lo siguiente:

Había estado dando un curso en Junín, una ciudad de la Provincia de Buenos Aires, y ya de regreso pasó con el auto por una de las plazas. Vio a una mujer caminando por la plaza con un púber de unos 10-12 de la mano. En ese momento pasó un hombre en bicicleta. Miró a la pareja, se les

<sup>11</sup> La versión “niño abusado”, pieza construida como hipótesis por el propio paciente, orienta y da sentido al material, en línea con lo que Freud propone en “Construcciones en el análisis” (1937).

acercó con mala cara, y pareció decirles algo. La mujer le soltó la mano al chico y se alejó quedándose de espaldas a ellos. Entonces el hombre metió una mano dentro del pantalón púber y lo empezó a masturbar. Después de un momento la mujer, que parecía la madre del muchachito, le gritó algo al hombre. Este sacó su mano del pantalón del púber y se fue con la bicicleta. La mujer tomó de la mano nuevamente al chico y se fueron caminando.

Hernán me dijo que se quedó paralizado frente a esa escena. Luego tuvo tal acceso de rabia que de haber podido se habría acercado al hombre de la bicicleta y le hubiera pegado ferozmente en la cabeza con un hierro.

Le interpreté lo siguiente en la sesión:

“Parece que en algún momento, quizás en su pubertad, “el perverso” se le interpuso en el camino de su vida. Y por lo que me acaba de decir, pareciera que recién ahora usted está en condiciones de retomar nuevamente su camino”.

Mayo del 2013

### Contacto

Héctor Alberto Krakov • [hectorkrakov@fibertel.com.ar](mailto:hectorkrakov@fibertel.com.ar)

[www.krakov.com.ar](http://www.krakov.com.ar) • <http://drhectorkrakov.blogspot.com>

### Bibliografía

Baranger. M y W. (2012). La situación analítica como campo dinámico. Revista de Psicoanálisis. Nro. 2-3. Tomo LXIX. (Publicado originalmente en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis. T. 4, N° 1. 1961-62).

Busch, F. (2009). ¿Es posible hacer pasar un camello por el ojo de una aguja? Revista de Psicoanálisis. No. 1. Tomo LXVI.

Borensztein, C. 2009. El *enactment* como concepto clínico convergente de teorías divergentes. Revista de Psicoanálisis. No. 1. Tomo LXVI.

Campalans Pereda, L. (2009). A propósito de “La escisión del yo en el proceso de defensa” (1938). Revista de Psicoanálisis. No 4. Tomo LXVI.

Freud, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1905). Sobre psicoterapia. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora. “Epílogo”). *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1911). El uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1912). La dinámica de la transferencia. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1915). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1917). Introducción al psicoanálisis. Conferencia 28. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1917). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.

- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Bs. As.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. *Obras Completas*. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina.
- Green, A. (1990). De locuras Privadas. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Green, A. (1993). La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Green, A. (2010). El pensamiento clínico. Amorrortu editores. 1ra ed. Buenos Aires.
- Green, A. (2011). Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Amorrortu editores. 2011. 2da ed. Buenos Aires.
- Issaharoff, E. (2004) Comunicándonos en sesión. Psicoterapia y psicoanálisis. Simposium anual de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP).
- Kargieman, A. y Leivi, M., et al. (1997) Psicoterapia y psicoanálisis. Grupo de trabajo. Informe interno. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA).
- Krakov, H. (1996). La transferencia en la formación del analista. Una aproximación desde la función docente. En colaboración con la Dra. Susana Bidolsky de Bursten. Presentado en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo.
- Krakov, H. (1996). Compulsión repetitiva y transferencia. Apuntes para una clínica del Más allá del principio del placer. En colaboración con la Dra. Susana Bidolsky de Bursten. Presentado en la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Buenos Aires.
- Krakov, H. (2006) Puntualizaciones sobre técnica freudiana. VI Congreso Argentino de Psicoanálisis. Mendoza.
- Krakov, H. (2006) Mismidad y Otredad. Categorias teóricas de una metapsicología ampliada. Visualización on-line en [www.krakov.com.ar](http://www.krakov.com.ar).
- Krakov, H. (2007). El hallazgo freudiano y su potencia en la clínica psicoanalítica actual. Publicado en la Revista *Psicoanálisis*, de APdeBA. No 1, Volumen XXIX. El trabajo del análisis. Apuntes teóricos-clínicos. Jornada Docente ofrecida en el Instituto de Psicoterapia y Psicoanálisis de Tucumán. Mayo.
- Krakov, H. (2010) Estudio sobre el concepto de “*Agieren*”. Publicado en la Revista de Psicoanálisis. No. 3. Tomo. XVII.
- Lacan, J. (1964) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Editorial Paidós. 1986. Bs As.
- Ojman, H. (2005). Psicoanálisis y Psicoterapia: Finales e indicadores de terminación. Testimonio de una práctica clínica. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Bs. As. No 7/8. 2004-2005.
- Painceira, A. (2005). Algunas reflexiones acerca de Psicoterapia y Psicoanálisis. Las diferencias esenciales hoy. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Bs. As. No 7/8. 2004-2005.
- Peskin, L. (2012). La pulsión, la pasión, y el problema nosológico de la perversión. Revista de Psicoanálisis. No. 4. Tomo LXIX.
- Roosevelt M. S. C. (2010). Del baluarte al “enactment”: el “no-sueño” en el teatro del análisis. Revista de Psicoanálisis. Nº 1-2. Tomo LXVI.
- Winokur, J. (2010). Sueño y muerte en Garma. Revista de Psicoanálisis. Nº 4. Tomo LXVII.
- Zukerfeld, R. (2005). “Dispositivo, encuadres e identidad psicoanalítica: curiosidades y argumentos”. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Bs. As. No 7/8. 2004-2005.

# Freud, Piaget y el funcionamiento psíquico.

## *Freud-Piaget and the psiquis Working.*

Clara G. Benseñor.

Miembro titular -Didacta- Asociación Psicoanalítica Argentina.

### Resumen

En este trabajo se pone a consideración una hipótesis que la autora viene investigando, acerca de como los procesos cognitivos y afectivos interactúan dinámicamente e inconscientemente en la organización del psiquismo infantil.

Sostiene que ambos se apoyan mutuamente, determinan y organizan el funcionamiento psíquico, se originan en la vida infantil, coexistiendo paralelamente con momentos de articulación y que a pesar de sus diferencias funcionales ambos favorecen el desarrollo psíquico infantil. La ausencia de integración es lo que se observa en la patología.

La teoría psicoanalítica y la Piagetiana, son sus basamentos teóricos, en la introducción plantea sus ideas, acerca del sujeto epistémico y el sujeto afectivo, y luego en el recorrido teórico va mostrando las diferencias y articulaciones entre ambas teorías, destacando que ninguno de los dos pensadores dejaron de lado o el afecto o la cognición. Trae también el aporte de otros autores que han incursionado en esta temática.

Finalmente se presentan dos viñetas clínicas para mostrar como la no integración de los procesos afectivos y cognitivos favorecen la aparición de diferentes patologías.

### Summary

In this paper the author states an hypothesis founded in previous research in which, both cognitive and affective processes interact dynamically and unconsciously in the build up of the infants psyche.

Both these processes depend on one another organizing the psychic function and have an onset during childhood. They have an independent functionality and do coexist and join sometimes favoring the development of the infantile psyche. When these mechanisms do not integrate pathological issues arise.

Both the psychoanalytic and Jean Piaget's theories sustain the argumentation in the paper. In the introduction the argumentation of the *sujeto epistémico* and the *sujeto afectivo* are spread out followed by a theoretical study that shows the differences and junctions between both theories. It is made clear that neither Freud's or Piaget's theories have left aside affects or cognition. Other authors that have also contributed to this idea are included in the paper.

Finally two short clinical cases are used as an example of how the no integration of both affective and cognitive processes during therapy lead to different pathologies.

## Introducción

La intención de este trabajo es la de poner a consideración la interacción entre el afecto y la cognición en el desarrollo del aparato psíquico. Este ha sido un observable clínico que llamó desde hace mucho tiempo nuestra atención, ya que puso al descubierto como en los procesos psíquicos la interacción dinámica e inconsciente entre afecto y cognición se manifiestan ampliamente, abarcando los procesos psíquicos tanto del paciente como del analista. James Antony sostiene al respecto que “el psicoanálisis es un proceso cognoscitivo-afectivo y según la sensibilidad del analista para con los afectos y las cogniciones y la orientación cognoscitiva-afectiva del paciente, cualquiera de los dos puede predominar” (Antony 1980, pág. 631).

La dinámica observada nos llevó a pensar que ambos procesos, afecto y cognición, se apoyan mutuamente, determinan y organizan el funcionamiento psíquico, se originan en la vida infantil, coexistiendo paralelamente con momentos de articulación, y que a pesar de sus diferencias funcionales ambos favorecen el desarrollo psíquico normal. La ausencia de integración es lo que se observa en la patología y produce entrecruzamientos, subordinaciones o predominio de uno sobre otro.

Freud, en 1909 se adelanta a estas consideraciones cuando al descubrir uno de los mecanismos inconscientes de la neurosis obsesiva nos dice que la rumiación se convierte en el síntoma principal y “El proceso del pensamiento se sexualiza, pues el placer sexual que está vinculado con el contenido del pensamiento reemplaza el acto mismo del pensar” (Freud 1909 Pág. 245). Charles Odier, en 1915, va a sostener que en las fobias aparece un pensamiento mágico, animista artificialista característico del pensamiento pre-conceptual, que acompaña la regresión libidinal. ¿Solamente la acompaña, o además ayuda a su fijación?; si es así ¿no habría que trabajar también con estos modos cognitivos infantiles?

Ahora bien, tener en cuenta la interacción dinámica inconsciente que se da entre estos procesos en la situación clínica no es tarea fácil porque, a quién tendríamos que escuchar ¿al sujeto afectivo o al sujeto epistémico?; uno se

nos presenta a través de sus asociaciones libres, sueños, lapsus, síntomas, olvidos o a través de intensas experiencias subjetivas reactivadas en la transferencia, que movilizan en el analista sus propios contenidos emocionales. El otro, el cognitivo o epistémico, elabora, analiza, organiza, saca deducciones, liga representaciones o llega al insight. La mayor dificultad que se nos presenta es la de considerar a ambos funcionando como dos caras de una misma moneda, ni afecto puro ni cognición pura. Es importante que recordemos esta idea de Jean Piaget: “[...] nunca se ven estados afectivos que no tengan algún elemento cognitivo, ni tampoco se encuentran conductas totalmente cognitivas” (Piaget 1954, pág. 12).

## Recorrido teórico: Articulaciones y diferencias entre los procesos afectivos-cognitivos

En la introducción hemos adelantado cuáles son las hipótesis que nos planteamos. Las teorías que indagamos con la intención de descubrir como ya han sido pensados los mecanismos psíquicos que organizan la afectividad y la cognición, son la teoría psicoanalítica Freudiana y la Psicogenética<sup>1</sup> de Jean Piaget.

En primer lugar se nos presentan dos modos de funcionamiento psíquico, que en una primera aproximación nos pueden resultar incompatibles entre sí. Pero si nos detenemos un poco más en sus descubrimientos y verificaciones clínicas, comprobamos que junto con sus diferencias se abren puntos de complementariedad posibles para abordar una explicación más abarcativa e integradora del funcionamiento psíquico.

Recorriendo ambas teorías descubrimos una especial preocupación compartida: la de alcanzar un mayor conocimiento de los procesos psíquicos, “[...] reestructurando la manera contemporánea de considerar a los seres humanos”. (Antony 1980, pág. 607).

Sin bien ninguna de las dos han podido abordar totalmente el funcionamiento psíquico porque estaban centradas en diferentes interrogantes con una especificidad particular, otros pensadores tales como Jean Marie Doll (1977), Hans G.

<sup>1</sup> Psicogenética: es la denominación que J. Piaget le dio a su teoría sobre el desarrollo cognitivo.

Furth (1992), Jeames Anthony (1980), Charles Odier (1947), Otto Kernberg (1992), Klein G. S. (1976), Peter H. Wolf (1950), Bion (1972), David Rappaport (1975), nos han antecedido en ésta búsqueda.

El PSICOANÁLISIS tuvo como puntos de partida el estudio de los fenómenos histéricos y su etiología, a partir de lo cual construyó una teoría del funcionamiento psíquico determinado inconscientemente por movimientos pulsionales que se manifiestan por representaciones psíquicas: ideas y afectos.

JEAN PIAGET inaugura una nueva manera de concebir la organización cognitiva partiendo de un interrogante epistemológico: ¿cómo es que el hombre pasa de un conocimiento menor a otro de mayor complejidad?, y construye una teoría psicológica acerca de como el hombre organiza el mundo real objetivo organizando su pensamiento.

¿Subjetividad u objetividad?, ¿sexualidad o inteligencia?, ¿afecto o cognición?; así designados se nos presentan como pares opuestos. ¿No estaríamos tomando una postura reduccionista? Si optáramos por ella perderíamos la posibilidad de integrar nuestra tarea clínica y cerraríamos las puertas a nuevos descubrimientos, lo cual contradiría el espíritu científico de Freud y Piaget.

Ambos fueron modestos en sus elaboraciones teóricas, dispuestos a cambiar o modificar sus puntos de vista ante un descubrimiento científico, pero también defendieron tenazmente sus descubrimientos.

Sus teorías se han construido desde los datos empíricos, el psicoanálisis escuchando el padecimiento psíquico, la teoría piagetiana observando y escuchando a los niños. Han estado atentos a los mecanismos mentales conscientes e inconscientes que organizan la afectividad y la inteligencia, le otorgaron a la vida infantil un lugar de privilegio barriando con el adultomorfismo de su época, Freud asegurando la existencia de la sexualidad infantil como etiología de la neurosis, Piaget descubriendo que los niños también piensan con una lógica que les es propia. Para ambos la vida infantil cobra una extraordinaria importancia porque es el cimiento para la futura organización adulta.

Ni uno ni otro obviaron en sus investigaciones destacar la relación entre afecto y cognición, aunque fueron respetuosos de sus propias limitaciones dejándonos el espacio abierto a futuras investigaciones.

Recorriendo la obra de Freud desde el “Proyecto” (1885), pasando por la “Interpretación de los sueños” (1900), “Tres ensayos para una teoría sexual” (1905), “Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci” (1910), “Los dos principios del suceder psíquico” (1911), “Las pulsiones y sus destinos” (1915), “El yo y el ello” (1923) y “La negación” (1925), aparece una constante inquietud por descubrir y encontrar alguna explicación acerca de como el aparato psíquico deja de ser regido por el principio de placer, como se establece la diferencia entre realidad y fantasía, cuál es el papel del proceso secundario en esta diferenciación, y la importancia del empuje pulsional para poner en marcha la curiosidad y el conocimiento.

En “Los dos principios del suceder psíquico”, para nombrar solamente una de las tantas veces que en la obra de Freud aparecen en estas inquietudes, nos dice: “[...] se nos impone la tarea de investigar en su desarrollo la relación del neurótico y en general del hombre con la realidad y de tal modo incorporar el significado del mundo real y objetivo a la ensambladura de nuestra doctrina” (Freud 1911, pág. 223-224).

Del significado que el mundo real y objetivo, tiene para el sujeto, se ha ocupado Jean Piaget, significado que para él se construye por la interacción que se establece entre el sujeto y el objeto por conocer. En esta interacción, la acción entendida como motivación o energía es el núcleo de su teoría, acción que está sostenida por un quantum de energía que proviene de los aspectos afectivos y así nos los dice: “[...] el aspecto cognitivo de las conductas consisten en su estructuración y el aspecto afectivo en su energética (o como decía Paul Jeanete su economía), estos dos aspectos son a la vez irreductibles y complementarios, no hay pues que extrañar un paralelismo notable en sus respectivas evoluciones” (Piaget 1966, pág. 31).

Él está convencido que una no funciona sin la otra y así nos lo hace saber a lo largo de su obra, pero

su investigación se centra en cómo se construye el conocimiento y cuáles son los mecanismos psicológicos e inconscientes que al organizar el pensamiento organizan el mundo real y objetivo.

La novedad que introduce Piaget es la participación activa del hombre en esta construcción. El conocimiento no es copia de la realidad, conocer no es mirar, u observar o leer los datos externos. Para él la realidad existe, pero el hombre no la puede conocer tal como es. Nos propone considerar que el mundo real y objetivo es una construcción de significados que sobre lo observable realiza el sujeto, al mismo tiempo las particularidades del objeto por conocer lo modifican a él. La construcción del conocimiento gira alrededor de un movimiento dialéctico entre el sujeto y el objeto.

Si bien el mundo interno o intrapsíquico, no fue el principal interés de su investigación psicológica, no lo desconoce ni teórica ni prácticamente, porque siendo miembro de la Asociación Psicoanalítica de Suiza pasa por una experiencia psicoanalítica personal, y aunque decide no ser analista, esta experiencia va a quedar plasmada en sus teorizaciones acerca de cómo el hombre construye el conocimiento.

El nos dice que el funcionamiento cognitivo se pone en marcha y se sostiene por mecanismos mentales que son la *asimilación*, la *acomodación* y la *organización*, invariantes funcionales que presentes en toda adaptación inteligente, posibilitan las relaciones entre el Yo y el mundo exterior.

Todos estos mecanismos son inconscientes en términos piagetianos; por la *asimilación* se incorporan las propiedades del objeto y se las transforma, al mismo tiempo que necesita *acomodarse* a ellas. Por ejemplo el recién nacido necesita alimentarse, pone en funcionamiento el reflejo de succión, *esquemas de conductas hereditarios*, según Piaget, asimila así las características del objeto pezón, al mismo tiempo que acomoda su boca a él. La repetición del reflejo ampliará la aplicación de estos mecanismos a otros objetos, el pulgar, la sabanita, etc., e irá diferenciando unos de otros.

Las conductas reflejas como la succión, la prehensión, la visión, que son hereditarias, constituyen

los primeros *esquemas de acción* que se irán transformando en otros más complejos, apareciendo más tarde los *esquemas sensorio-motores*, los *simbólicos o representativos* y los *hipotéticos-deductivos*. Estos *esquemas de acción* son organizaciones internas con las que cuenta el sujeto que se irán complejizando por la interacción constante entre el sujeto y el objeto. Los nuevos *esquemas* se integran a los ya existentes formándose una red interna de relaciones articuladas entre sí (*organización*), que conformarán las estructuras mentales cognitivas.

Este modo de funcionamiento se inicia en los primeros momentos de vida y al respecto nos dice: “[...] por lo tanto el problema psicológico comienza a plantearse desde el momento en que los reflejos, posturas, etc. dejan de ser considerados en relación con el mecanismo interno del organismo vivo y a ser considerado en sus relaciones con él. Hay en esto reacción total, es decir comienzo de psicología “ (Piaget 1936, pág. 38-39). No se puede negar que la teoría psicogenética abrió en este siglo una manera diferente de concebir la relación del hombre con la realidad.

En el sistema Freudiano esta relación no es dejada de lado y la indagación acerca de cuales son los procesos psíquicos que permiten establecer la diferencia entre fantasía y realidad, o entre el principio de placer y el principio de realidad, o entre representación y percepción fue constante, como ya lo hemos señalado.

La temática del conocimiento también se incluyó en las investigaciones psicoanalíticas, pero tuvo una significación diferente porque al analizar la relación del hombre con la realidad se abre a la investigación otra dimensión de lo psíquico.

En el despertar de la curiosidad infantil, Freud introduce la temática del conocimiento y sus vicisitudes, lo hace desde lo pulsional y nos dice: “la pulsión del saber no puede computarse entre los componentes pulsionales elementales ni subordinarse de manera exclusiva a la sexualidad. Empero por sus vínculos con la vida sexual tiene una particular importancia, pues por el psicoanálisis hemos averiguado que la pulsión del saber en los niños recae en forma insospechadamente precoz y con inesperada intensidad sobre los problemas sexuales” (Freud 1905, pág. 176-

177). Aquí nos presenta un niño en una actitud de eterno investigador que movido por el deseo de saber pregunta, elabora hipótesis y formula *las teorías sexuales infantiles*.

También Piaget nos muestra un científico en miniatura que se observa y observa el mundo haciéndolo desde una lógica particular y propia, y nos aconseja que para juzgar la lógica infantil basta solamente hablar con los niños u observar como hablan entre ellos. Dice que esta actitud nos llevará a formularnos las siguientes preguntas: “¿en qué medida distingue el niño el mundo interno o subjetivo del mundo externo?, ¿qué separaciones establece entre el yo y las realidad. Todas estas interrogaciones constituyen un primer problema: el de la realidad en el niño” (Piaget 1926, pág. 11). En este momento se nos impone el siguiente interrogante: ¿el niño que elabora hipótesis sobre lo real será el mismo que construye teorías sexuales infantiles? El recuerdo de Juanito como el de tantos otros niños puede ayudarnos a encontrar alguna respuesta a esta pregunta.

En 1915 Freud nos dice que el vivo interés de Juanito *por su cosita de hacer pipí* lo convierte en un constante investigador y descubre que el mundo se diferencia entre lo animado e inanimado según los que poseen o no *la cosita*.

Este niño, como tantos otros a esa edad está haciendo una clasificación de lo real organizándolo de acuerdo a su lógica, que según Piaget es *pre-conceptual*, y consiste en quedar a mitad de camino entre lo particular y lo general. Tomar el atributo de un objeto que para él tiene una significación especial, y llevarlo a la categoría de un concepto, para este autor no sería una falla de la percepción sino la modalidad, cognitiva que caracteriza ese momento evolutivo.

Es frecuente escucharlos decir y afirmar que *papá* son todos los que usan barba como el suyo, o los *abuelos* son los que fuman en pipa, o las *mamás* son las que cocinan, y todos los seres semejantes a él y por lo tanto animados poseen la *cosita de hacer pipí* (como decía Juanito), no importa que sean hombres, mujeres, niños o animales porque este *atributo convertido en concepto* es lo que los diferencia de los inanimados; “este es un funcionamiento cognitivo que va más allá de la neurosis”. Las bastardillas son mías.

De aquí en más hasta la salida del Edipo, el mundo interno y el externo serán comprendidos por el niño, desde el falocentrismo para Freud o el egocentrismo para Piaget, y para nosotros desde la interacción entre ambas modalidades del funcionamiento psíquico infantil.

Y habiendo llegado hasta aquí ¿podremos afirmar que entre el afecto y la cognición se establece una relación de complementariedad desde el inicio de la vida y que, esta relación de complementariedad se da porque entre ambos funcionamientos hay una interacción dinámica e inconsciente?

Es una pregunta que invita a rastrear las complementariedades, diferencias e interrelaciones entre los procesos afectivos-cognitivos, para lo cual la investigación de conceptos teóricos como narcisismo y egocentrismo, conflicto afectivo y conflicto cognitivo, mecanismos inconscientes como asimilación, acomodación o condensación y desplazamiento, pulsiones, destinos de pulsión se nos presentan, pero por ahora quedaran para futuras investigaciones.

*Por ahora lo que sí podemos afirmar es que ambos pensadores reconocen y descubren que en el funcionamiento psíquico los procesos infantiles son fundantes para la organización adulta sana o enferma. Uno basado en un método terapéutico, pone el acento en los conflictos intrapsíquicos, que obstaculizan el conocimiento de si mismo, y que ocasionará a posteriori dificultades en las interacciones afectivas, entre el sujeto y el mundo. El otro desde la investigación infantil, pone el acento en como se construye el conocimiento, organizando la realidad a través de la construcción que el sujeto en desarrollo hace de relaciones temporales, causales, espaciales y lógico-matemáticas. Aún con estas diferencias, en ambos, los procesos psicológicos son el centro de sus investigaciones.*

## Ilustraciones clínicas

Las viñetas clínicas que presentare, una niña de 9 años y un niño de 4 años, dan cuenta de cómo la ausencia de complementariedad y o interacción entre los procesos afectivos-cognitivos, a edades tempranas, favorecen la organización de diferentes patologías.



## Caso I

Viviana es una niña de nueve años que tiene dificultades escolares desde primer grado (en el momento de la consulta estaba cursando tercer grado). En primer grado se le indica a la mamá que debe concurrir a una escuela diferencial porque no cumplía con los requisitos para primer grado. La mamá la cambia a una escuela religiosa no diferencial y hasta tercer grado no vuelven a presentarse mayores problemas. Estos reaparecen con la muerte del papá ocurrida en ese año.

La familia de la niña está compuesta por cuatro hermanos: tres varones mayores que ella. Uno de ellos es oligofrénico. La edad de los hermanos va desde los dieciséis años hasta los veintidós años; vive con ellos una abuela materna y la mamá. La familia es humilde, de bajos recursos económicos y poca estimulación intelectual. La mamá la describe como una niña inhibida y retraída, con problemas de relación con los compañeros y la maestra.

En las entrevistas con la niña se confirmaron las dificultades de razonamiento; su organización cognitiva estaba por debajo de lo esperable para su edad, se comprueba que este déficit no era ocasionado por problemas neurológicos. Era una niña retraída, con muchas dificultades en la comunicación por el temor que le producía ponerse en contacto con las personas no conocidas; era desconfiada y tímida, la muerte del padre de la que en la familia nadie hablaba, había reactivado conflictos anteriores.

Iniciado el proceso terapéutico, la niña traía a sesión las trabas que el ambiente familiar le presentaba ante sus preguntas acerca de su crecimiento, o de su hermano oligofrénico o de la muerte y o enfermedad del padre. Escena que se repetía en el ámbito escolar, cuando ante sus dificultades para comprender los contenidos escolares la maestra no atendía a sus requerimientos, la queja de la niña era “la maestra no me entiende, o no me contesta, o no me espera cuando las tareas no me salen”.

Se puso en evidencia que el espacio para pensar, hablar o ser escuchada, no le era facilitado, el deseo de conocer, o investigar, lo no sabido, quedaba anulado ante las respuestas del medio ambiente, la pulsión del saber que impulsa al niño

a ser un pequeño investigador no encontraba al objeto que satisficiera sus deseos de conocer, y desde allí el camino para organizar una patología del aprendizaje estaba trazado.

Iniciado el proceso terapéutico, la niña va descubriendo que las sesiones eran un espacio vincular diferente, donde era posible hablar sobre su problemática escolar, o sus conflictos vinculares y pensarse a sí misma desde otro lugar.

En una de ellas trae inicialmente un problema escolar y dice:

V: No puedo hacer bien las cuentas de multiplicar, no me salen, ¿me podés ayudar?

T: ves en mí a alguien a quien podés preguntar, yo te voy a ayudar, pero vos podés pensar y descubrir cuales son las que más te cuestan. Empieza escribiendo la tabla de multiplicar por siete y por ocho, y luego realiza cuentas, se le señala que hay errores y se le propone que descubra cuales son, e inmediatamente se da cuenta señalándolos.

T: vos sola descubriste tu equivocación, quiere decir que necesitás mostrarte ante mí como una nena poco o nada inteligente.

V: a mí las cuentas me cuestan mucho hacerlas, en mi grado hay chicos que hacen todo bien y otros que no saben nada.

T: ¿Quiénes son esos chicos?

La niña comienza hablando de los hermanos y no de los compañeros de escuela y dice:

V: de mis hermanos, hay uno, Juan, que no sabe nada de nada (es el hermano oligofrénico) por más que le expliques no entiende, pero como es varón mi mamá no lo hincha como a mí cuando no me salen las cuentas, a él lo entiende.

T: ¿o será al revés que a vos te molesta y te pone celosa que tu mamá se preocupe más de él que de vos porque él es varón?

A partir de aquí V. empieza a interesarse y preguntar por las diferencias entre los varones y las nenas y el significado de ser nena. Cuando termina la sesión se mira en un espejo que está en la sala de espera, se arregla el pelo y pregunta: ¿cómo me quedará mejor, si me lo peino con co-

lita o suelto? Las preguntas sobre las diferencias sexuales, el nacimiento, la procreación y la muerte siguieron ocupando varias sesiones acompañadas por juegos o dramatizaciones que giraban alrededor del mismo tema y las dificultades en matemáticas pasaron a segundo plano.

Si bien esto es solo una viñeta clínica, vamos a plantear algunas ideas apoyados en el conocimiento de la niña y la marcha posterior del tratamiento, que al cabo de un tiempo es interrumpido por la madre aduciendo problemas económicos; la niña había remitido considerablemente las dificultades escolares.

Para que la niña pudiera operar con clases multiplicativas solidarias de la operación numérica, tendría que haber descubierto a temprana edad que el universo constituido por objetos y personas se organiza clasificándolos según relaciones lógicas del orden de diferencias y semejanzas, aplicables a los objetos por conocer. Esta actividad inconsciente y cognitiva la llevaría a descubrir que en el mundo circundante las personas también se diferencian según ciertos atributos que las hacen semejantes o diferentes y algunas de éstas características le permitiría clasificarlas en varones o mujeres, quedando desde allí el espacio facilitado para la pregunta ¿qué significa ser nena a diferencia de ser nene. La renuncia a este interrogante le trajo consecuencias significativas, ya que desde este momento la relación con el conocimiento quedó marcada por el efecto que la represión hacia la curiosidad sexual infantil tuvo sobre ella, la muerte del padre reactivó los conflictos afectivos y la no integración entre los procesos, se intensifica. Es importante aclarar que con su padre había tenido una relación muy buena, muchas veces había expresado, llorando, que él si la escuchaba y entendía.

## Caso II

P, tiene cinco años. Los padres deciden hacer una consulta porque la pediatra observa que es un niño sobreestimulado con posibilidades de tener problemas en la socialización, criterio que es compartido por la analista de la mamá que hace la derivación. Lo describen como un niño muy inteligente que sorprende a todos con sus preguntas, deducciones y ocurrencias. Desde los cuatro años aprendió a leer, escribir y hacer cálculos de suma y resta mentalmente. En la familia, abue-

los, tíos, primos y en la escuela lo creen un genio. El papá dice que no quiere un hijo genio “pero todo lo hace tan fácil y bien que me desubico en la relación con él y no sé como tratarlo”. Para la mamá se convierte en “un pequeño torturador porque las explicaciones que pide para todo son interminables y no se conforma con contestaciones sencillas, siempre pide más y hasta que no consigue lo que quiere no para”.

Aprendió a leer y a escribir cuando la mamá, que es profesora de letras y prepara alumnos, accedió después de mucho a enseñarle algunas letras. Todo comenzó como un juego, pero al poco tiempo aprendió a leer y a escribir. Lo mismo sucedió con los números. Pidió jugar a la escoba del quince y cuando comprendió el mecanismo de la suma lo comienza a aplicar a todas las situaciones llegando a sumar mentalmente once más cuarenta u otras operaciones. Los papás reconocen que muchas veces lo tratan como un adulto porque quedan deslumbrados ante sus respuestas o comentarios, esto sucede también con las maestras o los padres de sus compañeros del jardín o con el resto de los familiares.

Al niño lo que lo angustia es que sus compañeros no quieren jugar con él. Por ese motivo llega a la casa llorando. Cuando en alguna oportunidad invitó a un amigo a la casa, la mamá observó que en vez de jugar explica como se juega y se producen peleas con los otros niños.

Durante la horas de juego diagnósticas se confirmó que el niño por momentos era un adulto en miniatura, cuando utilizaba toda su capacidad cognitiva que superaba lo esperable para su edad, usando frases, palabras o haciendo comentarios o dando explicaciones sobre diferentes temas. En otras situaciones era un niño que pedía ser pensado y escuchado como niño, más allá de sus dotes intelectuales. En una de las horas psicodiagnósticas, a raíz de la construcción de un camión donde ponía y sacaba muñecos para ser transformado después, en un cohete espacial, el analista pregunta si sabe como nacen los bebés para indagar fantasías sexuales, y se desarrolla el siguiente diálogo:

T: ¿Vos sabes cómo nacen los bebés?

P: Como todos los bebés, por ejemplo vos tenés un hijo en la panza porque te embarazas y



dentro de un tiempo nace el bebé por la vagina porque solamente las mujeres tienen vagina.

T: ¿Y a vos quién te contó todo eso?

P: Me lo sé de memoria.

T: ¿se lo preguntaste a tu mamá o a tu papá?

P: No, yo nací sabiéndolo; como las mujeres no tienen pito la vagina es por donde nacen los bebés.

T: ¡Así que vos naciste sabiéndolo!

P: Cuando tenía un mes yo ya lo sabía, si pero no se lo decía porque no podía hablar pero lo pensaba porque lo sentía y lo estaba aprendiendo de bebé y entonces nací sabiéndolo.

T: ¿Hay más cosas que naciste sabiendo?

P: No tantas, algunas.

Este diálogo produjo contratransferencialmente una frustración, lo que se esperaba que fuera un diálogo desde las fantasías culminó en una respuesta lógica, construida por un empleo defensivo del potencial cognitivo.

En los primeros momentos del tratamiento, predominaban los juegos de construcción, no quería dibujar porque decía que no le gustaba, pero en realidad no podía. Las construcciones comenzaban siendo casas para luego convertirse, decía él, “en pistolas fugitivas de aceleración peligrosas porque hacen disparos de aceleración y cuando disparan hacen el mundo cada vez más chico, el rayo lo hace más chico por un minuto”, o construía aviones triples. A la pregunta de como era posible hacerlos respondía: “porque puedes inventar lo que quieras, porque estamos en el mundo de las maravillas, porque estamos en el día del niño”.

En una misma sesión pasaba del mundo adulto al que no pertenecía al mundo infantil en el que deseaba instalarse, pero no le era permitido por el ambiente familiar. Los juegos y fantasías de superhéroes, se intercambiaban con pedidos de amor y ternura expresados activamente a través de dra-

matizaciones corporales, invitando a la terapeuta a ocupar roles paternos o maternos.

## Conclusiones

Las viñetas presentadas, son algunas de las situaciones clínicas que han motivado la indagación y profundización sobre la complementariedad y o interacción que entre sí guardan los procesos afectivos-cognitivos en el funcionamiento psíquico infantil, de cómo su no articulación favorece la aparición de las patologías, y de los efectos que sobre el niño tiene la modalidad afectiva-cognitiva familiar.

En el primer caso, los procesos cognitivos habían sido inhibidos por conflictos afectivos que el ambiente familiar de la niña propiciaba, la renuncia a la investigación se le imponía. Nos dice Freud al respecto en tres ensayos que “los esfuerzos del pequeño investigador resultan por lo general infructuosos y termina en una renuncia que no rara vez deja como secuela un deterioro en la pulsión del saber” (Freud 1905, pág. 179).

En el segundo caso el desarrollo cognitivo no estaba afectado, sino que por el contrario seguía un proceso fuera de lo común, no esperable para la edad del niño, la intelectualización ocultaba intensas carencias afectivas, el temor a no ser amado sino cumplía con los ideales maternos-paternos, impulsaba a su psiquismo en constitución a desarrollar fantasías de superhéroe, lugar desde donde aparentemente la angustia era controlada.

El déficit de interacción y o complementariedad entre los procesos afectivos y cognitivos facilitó en ambos niños la sintomatología que presentaban, y nuevamente nos vemos llevados a hacernos eco de un pensamiento Piagetiano cuando sostiene que “Es en todo evidente que para que la inteligencia funcione necesita un motor que es afectivo [...] el interés la motivación afectiva es el móvil de todo” (Bringuier 1977, pág. 93).

## Contacto

Clara G. Benseñor • [cgbenseñor@yahoo.com.ar](mailto:cgbenseñor@yahoo.com.ar)

## Bibliografía

- ANTHONY, James (1976): "Freud, Piaget y el conocimiento humano: algunas comparaciones". *Anuario de Psicoanálisis*, Vol. IV, 1976: Pág. 253. Editado por la revista de APDEBA, Buenos Aires, año 1980. Traducido del The Annual Of Psychoanalysis. Vol. IV, 1976, pág. 253.
- BENSEÑOR, Clara G.
- (1980) "La Escuela y los Problemas de Aprendizaje" presentado en el 1º Congreso Pedagógico organizado por la Universidad de Morón. Provincia de Buenos Aires. Republica Argentina.
  - (1991) "El síntoma de aprendizaje, consideraciones clínicas y teóricas" Presentado en las Jornadas de Agrupo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Republica Argentina.
  - (1996) "El dolor psíquico y la actividad simbólica, un caso clínico Reuben" presentado en las Jornadas con niños y adolescentes en la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia Para Graduados. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Rep. Argentina.
  - (1998) "El nacimiento de la patología", Jornadas de psicoanálisis con niños y adolescentes. Presentado en la Asociación Escuela Argentina para Graduados, Buenos Aires. Argentina.
  - (1999) "Desafíos clínicos del psicoanálisis infantil" presentado en XXXVII Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. Rep Argentina. Editado en la Revista Moción de Claustros de Candidatos de A.P.A.(2001).
  - (2000) Benseñor, C y Garma, C "HIV una patología del desborde" XXVIII Congreso Interno y XXXVIII Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. Republica Argentina.
  - (2001) Benseñor, C y Garma, C: "Duelos patológicos y vivencias de dolor-consecuencias psíquicas". Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Gramado, Brasil.
  - (2002) "Del soma a la simbolización en una niña de 8 años", En el XXX Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Montevideo, Uruguay.
  - (2002) "Proyecto de investigación sobre la complementariedad e interacción de los procesos afectivos-cognitivos en el funcionamiento psíquico infantil" . Presentado en el XXX Congreso Latinoamericano de Investigación en psicoanálisis y psicoterapia. Montevideo, Uruguay.
  - (2003) "El trabajo entre Fronteras en la clínica infantil". Presentado en el XXXIII Congreso Internacional de Psicoanálisis de Nueva Orleans. Estados Unidos.
  - (2007) "Los hijos en los divorcios controvertidos. Encrucijadas de la función analítica". La práctica analítica actual. Actividad científica. Comunicaciones preliminares en la Asociación Psicoanalítica Argentina.
  - (2010) "Que nos dicen los niños acerca del trauma" Editado en la revista de Psicoanálisis Nº 3 de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- BION, W. R (1961): "Una teoría del pensamiento" en Volviendo a pensar. Horne 5ta edición, Buenos Aires, 1996.
- BRINGUIER, J.C. (1977): Conversaciones con Piaget – Mis trabajos y mis días. Edit. Gedisa 1985.
- CASTORINA J. A., Fernández S. L., Lenzi A. M., Casanova H. M., Kaufman A. M., Palau G. Psicología Genética. Aspectos metodológicos e implicancias pedagógicas. Editores Miño y Dávila. Buenos Aires. Rep. Argentina, 1984.
- DOLL, J. M. (1977): De Freud a Piaget: elementos para un enfoque integrador de la afectividad e inteligencia. Edit. Paidós, 1ra edición, Buenos Aires, 1979.
- EAGLE, Morris M. Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis Una evaluación crítica, Cáp. 11, Pág. 151-152". Edit. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- EVANS, I. Richard: Jean Piaget: El hombre y sus ideas. Edit. Kapeluz, Buenos Aires, 1982.
- FREUD, Sigmund.
- (1985) "Proyecto de una psicología para neurólogos". A.E. I
  - (1905) "Tres ensayos para una teoría sexual". A. E. VII
  - (1905) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", A.E. X



- (1909) “Análisis de un caso de neurosis obsesiva. El hombre de las ratas. A.E. X
- (1910) “Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci”. A.E. II.
- (1911) “Los dos principios del suceder psíquico”. A.E. XII.
- (1915) “Complemento de la teoría de los sueños”. Nota introductoria de James Strachey Págs. 230, 231, 232. A.E. XIV.
- (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo” A. E. XVIII.
- (1925) “La negación”. A.E. XIX.

FURT, G. Hans: El conocimiento como deseo. Un ensayo sobre Freud y Piaget. Editorial Alianza, Madrid 1992.

KEMBERG, Otto (1992): La agresión en las perversiones y en los desórdenes fronterizos de la personalidad. Parte I, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1994.

KLAIN, G. S.: “Psychoanalytic Theory: An exploration of essentials”. *New York International Press*, 1976.

ODIER, Ch. (1947) La angustia y el pensamiento mágico. México Ed. Cultura Económico. Bs. As., 1980.

PIAGET, Jean:

- (1933) La representación del mundo en el niño. Edit. Morata, Madrid-4, 1978.
- (1936) El nacimiento de la inteligencia en el niño. Introducción Cáp. I Ed. Ábaco, Buenos Aires, 1977.
- (1946) La formación del símbolo en el niño. Capítulo VII, (1,2),4),5). Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1977.
- (1947) Psicología de la inteligencia. capítulo 1º, Edit. Psique, Buenos Aires, 1976.
- (1950) Autobiografía-Conversaciones con Piaget. Buenos Aires. Edit. Paidós, 1979.
- (1954) “Intelligence and affectivity” Palo Alto, California, USA. *Annual Review Press*, 1981.

PIAGET e INHELDER, B. (1966): Psicología del niño, Cáp. I, III, IV, Editorial Morata, Buenos Aires, 1984.

RAPPAPORT, D.: Hacia una teoría del pensamiento. Edit. Cepe, Buenos Aires, 1975.

WOLF, P.: “The developmental psychologies of Jean Piaget and psychoanalysis”, *Psychological Issues*, Vol. II, N° 1, año 1960.

# La escisión del yo: lo curable y lo incurable.

## *The splitting of the ego: the curable and the incurable.*

Daniel E. Schoffer Kraut.

Miembro Titular (Didacta) de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

El tema de esta presentación es una propuesta para pensar la cuestión de la cura en psicoanálisis. Se trata de poder definir qué es lo curable y qué es lo incurable con el método psicoanalítico; interrogación que se encuentra en los orígenes del psicoanálisis, cuando Freud S. busca un modo de intervenir en la enfermedad mental.

Freud desarrolló un método, una técnica y un modelo específico para la clínica de las neurosis y dedicó su vida a demostrar, tanto los efectos positivos del método como a explicar las dificultades para poder llevar un tratamiento a buen término.

Estas dificultades podían entenderse, por un lado como problemas relacionados con la estructura clínica del paciente y por otro lado como resistencias al tratamiento y a la curación.

Pero Freud siempre nos recuerda que el psicoanálisis no es aplicable a todas las patologías y que en realidad su método sólo se adecúa al trabajo con las neurosis. Entonces, si la estructura clínica está directamente relacionada con el tema de lo curable y lo incurable, será importante determinarla en el inicio del tratamiento para no equivocarse ni la propuesta de tratamiento ni la dirección de la cura.

Esto nos lleva al problema del diagnóstico en psicoanálisis.

### ¿Diagnóstico en psicoanálisis?

El tema de las estructuras clínicas remite al problema del diagnóstico en psicoanálisis; problema que interrogó a Freud desde el comienzo de

sus indagaciones porque, para él, tenía una implicación directa en la dirección de la cura.

Para comenzar a pensar el tema de este apartado vamos a servir de una cita extraída del libro que escribió con Breuer J y que se tituló “Estudios sobre la histeria”

*Quando intenté aplicar a una serie mayor de enfermos el método de Breuer para la curación de síntomas histéricos por vía de busca y abreacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, persiguiendo las cuales di en modificar tanto la técnica como la concepción. 1) No eran hipnotizables todas las personas que mostraban síntomas inequívocamente histéricos y en las cuales, con toda probabilidad, reinaba el mismo mecanismo psíquico. 2) Debí tomar posición frente al problema de saber qué, en verdad, caracterizaba a la histeria y la deslindaba de las otras neurosis. (Freud S. 1893-1895: 264)*

A continuación agrega que va a comenzar detallando la posición práctica que adoptó frente al segundo problema, es decir, el de poder determinar que caracteriza a la histeria y que la diferencia de las otras neurosis. Y desde los comienzos plantea la importancia de establecer un diagnóstico diferencial que permita, por un lado definir qué es lo que caracteriza a cada cuadro psicopatológico porque sólo de esa manera puede el analista plantearse la terapia, es decir, la dirección de la cura “ideal” para cada paciente.

Sin embargo, el mismo Freud señala la dificultad de esta tarea porque dice que para poder entender una neurosis es necesario antes someterla a



un análisis profundo, análisis que implica el establecimiento previo de un diagnóstico que sólo se podrá establecer una vez que se ha avanzado en la terapia.

Por otro lado, en una frase que figura a pie de página en el “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, comenta que:

*“Cierta vez un colega me envió a una hermana suya para que la sometiera a psicoterapia, pues, según me dijo, desde hacía años se la trataba infructuosamente de una histeria (dolores y perturbaciones en la marcha). La breve información me pareció compatible con ese diagnóstico; en una primera sesión hice que la enferma misma me contase su historia. Pero como ese relato, a pesar de los notables acontecimientos a que aludía, fue acabadamente claro y ordenado, me dije que el caso no podía ser una histeria, y de inmediato le efectué un cuidadoso examen físico”* (Freud S. (1905 [1901]): 16 n3).

Es decir, que dejándose llevar por los síntomas de la paciente, le pareció correcto el diagnóstico pero éste fue prontamente invalidado por el relato de la misma porque el estilo discursivo claro y ordenado de la paciente no era propio de la histeria.

Entonces, el diagnóstico depende por un lado de los síntomas en tanto producciones del inconsciente y por otro lado del estilo del relato que, bajo transferencia, es el reflejo del modo en que el sujeto establece sus relaciones de objeto. Sin embargo tanto los síntomas como la modalidad del relato son descriptivos y sólo la clínica, caso por caso, puede permitir describir el modo de organización de cada aparato psíquico, es decir la estructura que lo determina.

Al respecto dice Freud:

*Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos y a la combinación de los síntomas.* (Freud S. 1892-94: 168).

*[...] cada una de las grandes neurosis tiene por causa inmediata una perturbación particular de la economía nerviosa, y estas modificaciones nerviosas funcionales reconocen como fuente común la vida sexual del individuo, sea un desorden de la vida sexual actual, sea unos*

*acontecimientos importantes de la vida pasada.* (Freud S. (1896):149).

*Y entonces, ¿Cómo se decide que de las escenas infantiles que permanecieron inconscientes haya de surgir luego una histeria o una neurosis obsesiva, o aún una paranoia, cuando se sumen los otros factores patógenos?* (Freud S, (1896bc):217).

*[...] ahora bien, si se llegan a averiguar los factores que gobiernan la decisión entre las formas posibles de las neuropsicosis de defensa, otra vez será un problema puramente psicológico conocer el mecanismo en virtud del cual se plasma cada forma singular.* (Freud S, (1896b):218).

Como podemos ver, Freud no se toma el tema a la ligera y comienza a interrogarse sobre la causa de los fallos y aciertos en las intervenciones clínicas. El establecimiento de un diagnóstico diferencial es importante para la dirección de la cura, pero, y reiteramos que la definición cabal del cuadro clínico sólo se puede establecer a posteriori y una vez avanzado el tratamiento.

Por un lado tenemos la descripción de los cuadros clínicos en función de los síntomas que les son característicos; por otro lado, hay que tener en cuenta el modo en que los síntomas se combinan; es decir, que otra manera de diferenciar las distintas psiconeurosis es investigar la perturbación económica que afecta a cada una de ellas y al modo en que esta perturbación se produce y manifiesta; y por último, es importante entender cuál es el mecanismo que interviene en cada plasmación singular.

Entonces, lo que Freud introduce en el campo de la clínica es la de dar importancia, no a la descripción, sino a la causa, a la causalidad psíquica de los fenómenos descriptos y esta causalidad está directamente relacionada con la concepción en torno al origen del psiquismo y a los mecanismos que lo organizan así como a los mecanismos con los que el yo se defiende de contenidos que son inconciliables con la consciencia.

La organización de estos elementos desemboca en el concepto de estructura. Pero ¿qué es una estructura?

Si definimos a la estructura como un conjunto de elementos organizados según ciertas leyes

estables, podemos pensar al aparato psíquico y a las manifestaciones sintomáticas a través de las que se manifiesta como una organización que es determinante de ciertos modos estables de funcionamientos.

Desde esta perspectiva las estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión) no definen sólo patologías, disfunciones y anomalías, sino modos y estilos de funcionamiento. Por lo tanto, no se trata de identificarlas por los síntomas que las acompañan, ni por los delirios que construyen sino por las leyes estables que organizan su funcionamiento y que las diferencian entre sí.

Si el diagnóstico en psicoanálisis se nos queda corto cuando tratamos de establecer una correlación entre síntomas y cuadros clínicos, se debe al hecho de que el síntoma, en tanto es producto de una transacción entre lo que reprime y lo reprimido, es al mismo tiempo indicio de un fallo inmanente a la estructura de la que procede y un logro en tanto realización del deseo.

Si hay un significado del síntoma, este debe ser buscado en la causalidad psíquica, es decir, en las leyes propias del inconsciente y en su funcionamiento regido por el desplazamiento y la condensación que a su vez, insistimos, dependen en su eficacia de los mecanismos que organizan al aparato psíquico.

Desde esta perspectiva, el síntoma pierde eficacia diagnóstica porque desde la causalidad psíquica sólo es posible la cura si se tienen en cuenta que también ellos, los síntomas, son unos elementos más de la estructura y que esta sólo se puede definir a partir del discurso singular de cada sujeto.

Entre la pulsión y su descarga sintomática se interponen procesos propios del inconsciente, a los que Freud llama realidad psíquica; realidad a la que atribuye un poder mayor en la causación de los fallos/realizaciones que a la realidad material y estableciendo que el único modo de que disponemos para poder entender cómo opera la realidad psíquica en cada sujeto es a través del relato que hace acerca del modo en que la pulsión lo compromete en su ser.

Entonces para Freud, a diferencia de sus colegas de la época, no se trataba de crear un sistema

clasificador que permitiese etiquetar a un sujeto a través de un diagnóstico que le proporcionaba una identidad y una poquedad de ser, sino la de fundar la posibilidad de entender de qué manera se abría el discurso del paciente a las intervenciones clínicas del analista.

Parece entonces, que en psicoanálisis no se trata de diagnosticar sino de establecer criterios de estructura que permitan orientar la cura bajo transferencia. Desde esta perspectiva nos parece importante poder diferenciar qué mecanismos intervienen, ya sea de un modo más o menos permanente o bien temporal, organizando al aparato psíquico bajo estructuras diferenciales: la Verdrängung o represión para las neurosis, la Verleugnung o renegación para las perversiones y la Verwerfung o repudio para las psicosis.

Así Freud sostiene que lo primario en la histeria no es la escisión de la conciencia sino una defensa surgida ante la inconciliabilidad de dos representaciones que se apuntalan sobre el vivenciar y el sentir sexual. Una defensa que se propone ahuyentar a la "cosa", empujarla lejos, no pensar en ella, sofocándola y reprimiéndola.

Lo interesante es que lo patológico no radica en el hecho de que la representación es apartada, sofocada o reprimida, sino en el hecho de que no se logre olvidar; de modo que el síntoma no es producto de la represión sino de sus fallos, haciendo posible que se produzcan retornos de lo reprimido, de representaciones que no se pueden olvidar.

Así, dice Freud (1894:50): *"Sólo sé que en los pacientes por mí analizados ese "olvido" no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva, o una psicosis alucinatoria"*.

Esta imposibilidad de "olvidar", se debe a que la representación reprimida está ligada a una pulsión cuya satisfacción produce un goce. Esta defensa que se manifiesta de un modo particular en la histeria como represión, es un mecanismo que también desempeña un papel fundamental en las restantes afecciones mentales, así como en la normalidad.

¿Pero por qué se produce la neurosis, la psicosis o la perversión? La respuesta para Freud está en



el mecanismo de defensa específico utilizado por el sujeto y que denomina *Verdrängung*, *Verwerfung* y *Verleugnung* en tanto mecanismo estructurante.

### En torno a la técnica

Entonces, y volviendo a la clínica, en Freud encontramos distintos modos de formular los objetivos, los modos de intervención y sus correspondientes finales de análisis.

En un primer momento, el tratamiento se centró en eliminar el síntoma. Con la ayuda de la hipnosis se trataba de reproducir los procesos psíquicos presentes en la formación del síntoma porque de ese modo podían ser descargados por medio de una actividad consciente. La meta terapéutica se centraba en recordar y abreaccionar.

Lo que sustentaba esta intervención era un modelo económico, que consistía en descargar un exceso de cantidad que el aparato psíquico no pudo tramitar y en un modelo biológico porque se trataba de lograr una descarga directa, que no pasaba por la simbolización.

Con la renuncia al método hipnótico, el tratamiento se centró en entender, desde las ocurrencias libres del paciente, las vivencias que él se denegaba recordar. Se trataba de establecer con exactitud el acontecimiento que en la historia del sujeto había devenido traumático. El tratamiento se proponía levantar la represión y sortear las resistencias que se oponían a la cura mediante la interpretación.

De este modo el fin buscado dejó de ser la descarga por abreacción y fue sustituida por el “gasto” de trabajo que el paciente tenía que hacer para vencer las resistencias que se oponían a la regla fundamental de la asociación libre.

Aquí el efecto terapéutico se produce en la medida en que el sujeto se reconstruye una historia y por eso el análisis se centra en llenar las lagunas del recuerdo y crear los nexos que faltan en la asociación. En este proceso, el analizado recorre su fantasma constituyente y rehace su historia, se crea una nueva ficción.

Pero a veces el analizado se aferra a su historia, a su ficción y se resiste a cambiar su historia.

Otras veces nos enfrentamos a la dificultad de poder entender qué es ficticio y qué no es ficticio en la historia con la que se presenta el sujeto. Es decir que nos enfrentamos a la dificultad de poder determinar qué es lo que se puede interpretar como resistencia y qué forma parte de lo real no interpretable porque el fantasma que organiza la historia del sujeto se ancla, se fija, a estos puntos de lo real.

Finalmente, y tal como lo relata en “Recordar, repetir y reelaborar” se llegó a la plasmación de un método que en lo esencial sigue vigente hoy en día y que consiste en que el analista no enfoca ningún tema determinado y se conforma con estudiar la superficie psíquica que presenta el analizado. Por medio de la interpretación discierne las resistencias que el yo del paciente opone al tratamiento y las hace conscientes, con lo que el paciente puede continuar narrando sin dificultad las situaciones vividas (sus vivencias) así como los nexos perdidos.

De este modo, la técnica, el método se ha complejizado porque en términos descriptivos se trata de llenar las lagunas del recuerdo, en términos dinámicos de vencer las resistencias de represión, en términos económicos de descargar por medio del gasto libidinal que se produce en la asociación libre.

Entonces, y en este momento de sus desarrollos y descubrimientos parece que la propuesta freudiana se sustenta en que la cura se logra si el sujeto logra hacerse “uno” con el recuerdo.

Esta propuesta se va a enfrentar a un nuevo problema porque al conceder un prestigio excesivo al recuerdo sosteniéndose en la creencia de que es posible recuperar el acontecimiento tal cual fue.

Pero el descubrimiento de los recuerdos encubridores, de las fantasías originarias y de las teorías sexuales infantiles lo confrontaron a Freud con el hecho de que recuperar el recuerdo en sí, tal cual fue, tampoco sirve porque lo realmente importante es la resignificación del recuerdo y el modo en que la subjetividad marca significativamente tanto la elección del material como el relato de los hechos que se recuerdan.

Ya no se trata entonces de recordar para no repetir, porque entre los recuerdos encubridores,

las fantasías originarias y las teorías sexuales infantiles, ya no sabemos que es recuerdo y que es invención. Ya no sabemos qué es lo que inventa el sujeto y qué es lo que inventa al sujeto.

El objetivo de la cura dejó de consistir en la recuperación de un recuerdo y comenzó a centrarse en el hecho de que el paciente pueda reubicarse subjetivamente dentro del acontecimiento recordado.

Así, Freud descubre que lo más significativo de la repetición no es lo que se repite en el “aquí y ahora como en el allá y entonces” restándole importancia al recuerdo del acontecimiento reprimido para centrarse en la repetición de lo que nunca fue recuerdo.

Por eso, el final del análisis ya no es tan sólo el de interpretar las resistencias y levantar la represión como modo de recuperar recuerdos reprimidos por el sujeto sino la de producir nexos que le faltan al paciente y que le posibilitan recorrer el fantasma para construir un recuerdo que no fue. Se trata de recordar y de recordar hasta agotar los encubrimientos del recuerdo. Hasta descubrir, por ejemplo, que lo que ocurrió tiene menos importancia que lo que se deseó y nunca pudo ocurrir.

Es el momento en que aparece la repetición desde lo real del cuerpo, la repetición que ya no puede ser reducida a lo simbólico y que se expresa como el dolor de ser en la transferencia, en la relación con el analista en tanto otro.

Ahora el analizando ya no recuerda nada de lo olvidado sino que lo actúa. El sufrimiento ya no se debe a un acontecimiento del pasado que se reprimió sino a la presencia del analista. Un analista que ya no hace semblante del objeto con el que se trata de repetir en el aquí y ahora como ocurrió con el objeto en el allá y entonces sino el analista que se ha convertido en el objeto que causa el deseo en el analizando.

Entonces comienza a cobrar más importancia para Freud el repetir que el recordar. El repetir como forma de recordar. El repetir para descubrir que la enfermedad no se debe a un episodio histórico que ocurrió en la realidad, sino a un poder actual, que en la transferencia pone de manifiesto que si sufrimos no es porque hubo algo que fue y que no debía haber sido, ni porque estamos atrapados en

la insistencia de un deseo que no pudo ni puede realizarse, sino porque hay castración.

Castración quiere decir que todo no es posible, que el encuentro con el otro no es posible, que la pulsión no se puede descargar libremente, que el deseo es indestructible e imposible de realizar, que la interpretación del sueño llega hasta un límite, que más que estar habitados por la incompletud somos el producto de una escisión del yo que es constituyente de la subjetividad; escisión del yo sin la cual no habría deseo, ni subjetividad, ni objeto. Escisión del yo que nos confronta con lo incurable.

Esta es la razón por la que el análisis no puede alcanzar su fin, en el sentido de su finalidad y su finalización: porque hay una spaltung del sujeto. Es el momento en que el analizado y el analista se enfrentan a la roca de la castración, que es el tope, pero también la solución, si el sujeto es capaz de reconocerse en la incompletud, pero no porque ha vivido alguna experiencia singular que lo ha podido marcar sino por su condición humana de sujeto sexuado y cultural.

### La escisión del yo

Entonces, es importante tener claro qué es esta escisión del yo, como se produce y qué consecuencias tiene para la estructuración del aparato psíquico.

El tema de la escisión, definido como la formación de grupos psíquicos separados aparece tempranamente en su artículo de 1894 sobre “Las neuropsicosis de defensa” como la causa del “complejo psíquico de la histeria”, como ya lo habían señalado P. Janet y J. Breuer. Sin embargo Freud, a diferencia de sus colegas, dice que no está claro a qué se debe ni cuál es el origen de esa escisión de la conciencia, así como el papel que desempeña en la formación del cuadro clínico histérico.

Este es un punto de encrucijada, en la definición psicopatológica de los distintos cuadros clínicos, que diferenció desde los comienzos los planteamientos de Freud de los de sus contemporáneos. Así, mientras que para Janet la escisión de conciencia es un rasgo primario de la alteración histérica debida a una debilidad innata de la capacidad para realizar síntesis psíquicas que testimonia la



degeneración de los histéricos, para Breuer la histeria es secundaria y está causada por el advenimiento de unos estados oníricos o hipnoides que limitan la aptitud del sujeto para asociar porque determinados contenidos quedan segregados de la conciencia.

Freud en oposición a la tesis de estos autores afirma que la escisión es efecto de un fallo en la defensa contra representaciones psíquicas que son inconciliables con la conciencia.

Dice Freud: “...gozaron de salud psíquica hasta el momento que sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía”. (Freud S. 1894).

Y agrega; “No puedo aseverar, por cierto, que el empeño voluntario por esforzar a apartarse de los propios pensamientos algo de este tipo constituya un acto patológico; tampoco se decir si ese olvido deliberado se logra, en aquellas personas que permanecen sanas ante las mismas influencias psíquicas. Sólo sé que en los pacientes por mí analizados ese “olvido” no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva, o una psicosis alucinatoria”. (Freud S. 1894).

Entonces, y para Freud, si hay patología es porque el yo no logra con éxito la tarea de tratar como no acontecida a la representación inconciliable.

En todo caso, y más allá del fracaso del yo, surgen dos preguntas que vamos a tratar de responder: en primer lugar ¿de qué se defiende el yo? Y en segundo lugar ¿a qué se deben las distintas afecciones así como las defensas que les son características?

En un artículo inconcluso que se publicó de forma póstuma titulado “La escisión del yo en el proceso defensivo” (Freud: 1940 [1938]), Freud aborda la idea de que la renegación (Verleugnung) como mecanismo de defensa produce una escisión del yo y que este mecanismo de

renegación está directamente relacionado con el complejo de castración.

Freud comienza el artículo señalando que a pesar de que lo que va a comunicar parece ser algo evidente que ya se sabe desde hace tiempo, en realidad es algo nuevo y sorprendente.

Esto nuevo y sorprendente es el descubrimiento de que el adulto en análisis, se presenta con un yo infantil, con un yo que en el pasado, cuando se producían ciertas experiencias vividas como traumáticas se comportaba de una manera singular.

La causa que mejor describe esta situación es aquella en la que el yo del niño, habituado a satisfacer la exigencia pulsional se enfrenta a una vivencia terrorífica, a una amenaza, a un peligro real-objetivo, si continúa satisfaciendo al ello.

*Y entonces debe decidirse: reconocer el peligro real, inclinarse ante él y renunciar a la satisfacción pulsional, o desmentir la realidad objetiva, instilarse la creencia de que no hay razón alguna para tener miedo, a fin de perseverar así en la satisfacción. Es, por tanto, un conflicto entre la exigencia de la pulsión y el veto de la realidad objetiva.* (Freud S. 1940 [1938]).

Como sabemos, la satisfacción pulsional a la que Freud se refiere es la masturbación de la etapa falica que va acompañada de fantasías incestuosas y el peligro real-objetivo es la amenaza de castración si persevera en la misma.

Lo sorprendente es la reacción del niño porque no se sostiene en el conflicto que lo compromete como sujeto sexuado y cultural, ni rechaza la amenaza proveniente del exterior ni reprime la representación que acompaña a la satisfacción pulsional.

El niño responde al conflicto rechazando a la amenaza de castración, la ley, con ayuda de ciertos mecanismos y no se deja prohibir nada y al mismo tiempo reconoce la amenaza de castración como un peligro, se angustia y busca defenderse de la amenaza.

Esta solución del conflicto es en principio muy hábil, porque por un lado le permite al yo del niño satisfacer la pulsión y por otro lado le tributa cierto respeto a la autoridad exterior.

Pero, como se sabe, dice Freud, sólo la muerte es gratis.

*El resultado se alcanzó a expensas de una desgarradura en el yo que nunca se reparará, sino que se hará más grande con el tiempo. Las dos reacciones contrapuestas frente al conflicto subsistirán como núcleo de una escisión del yo. (Freud S. 1940 [1938]).*

Esta desgarradura pone en entredicho la función sintética del yo que sucumbe con bastante facilidad a toda una serie de perturbaciones toda vez que no asume su condición de “vasallo” en el conflicto y que no sólo no se rebela sino que además no renuncia a nada. Freud ahonda más en el tema y dice que no se trata de cualquier trauma, que el trauma tiene que ver con la percepción de la falta de pene en la niña unida a la amenaza de castración por el padre si no renuncia al goce masturbatorio de la etapa fálica.

El niño puede defenderse de la angustia que le produce la amenaza de castración amparándose en la creencia de que la niña no fue castrada sino que tiene el pene pequeño y ya le crecerá.

Otro modo de escapar a la amenaza de castración es desmentir, renegar que a la mujer le falta un pene sustituyendo a este por un fetiche, de este modo, puede seguir masturbándose sin temor.

Lo que es importante, es que en este último caso, a través del fetiche el niño no tiene que alucinar un pene donde no lo hay sino que desplaza el significado (valor) del pene a otra parte del cuerpo ó a un objeto.

Freud aclara que este desplazamiento de significado del pene a otra parte del cuerpo se aplica al cuerpo de la mujer pero no afecta al propio pene del niño. De esta manera puede seguir masturbándose porque su pene no corre peligro pero sin embargo la creación del fetiche muestra que hay reconocimiento del peligro de castración por parte del padre porque produce angustia.

*...angustia que lo ocupará largo tiempo y que sólo podrá dominar y sobrecompensar con todo el gasto de su virilidad. También esta angustia ante el padre calla sobre la castración. Con ayuda de la regresión a una fase oral, aparece como angustia de ser devorado por el padre. (Freud S. 1938 [1940]).*

En otro trabajo póstumo que se tituló “Esquema del psicoanálisis” (Freud S. 1940 [1938]a). Freud retoma el tema de la escisión como un proceso que se puede encontrar tanto en la psicosis, como en las neurosis y en la perversión:

Señala que incluso en los casos más graves de psicosis, el yo no logra desasirse completamente de la realidad objetiva y hay una parte del mismo que sigue manteniendo cierto contacto con la misma.

Esto es posible, porque en el psicótico se ha producido una escisión psíquica de modo que el sujeto en lugar de tener una postura única ante el conflicto, adopta dos posiciones: una que toma en cuenta la amenaza de castración y otra que bajo los imperativos pulsionales del ello desase al yo de la realidad.

Estas dos posiciones coexisten, no se excluyen y el desenlace final para el aparato psíquico depende de la fuerza relativa de ambas. Si triunfa el ello y logra desasirse al yo de la realidad, entonces se dan las condiciones de la psicosis; si por el contrario triunfa la amenaza y se sofoca la pulsión, entonces se produce una curación aparente de la enfermedad delirante.

Es importante señalar que lo doloroso, lo insoportable para el yo no es cualquier cosa sino la castración de la mujer. Digo que es importante porque la castración de la que se trata no es real sino imaginaria, en tanto y cuanto a la mujer no le falta el pene en tanto real sino que es una falta que se sostiene sobre la creencia en la universalidad del falo.

El fantasma de la mujer fálica es sostenido por el deseo que proviene de las pulsiones del ello. Por eso la realidad de la falta del pene en la mujer se hace insoportable cuando hay incremento pulsional del ello.

Pero lo más interesante es que esta escisión del yo que se postula en todas las psicosis también se produce en las neurosis y en las perversiones.

Así, en el fetichismo que se caracteriza porque el sujeto, fundamentalmente masculino, no reconoce la falta de pene en la mujer desmintiendo su percepción de la ausencia en el genital femenino y manteniendo la convicción de su



existencia, no logra impedir los efectos de esta desmentida, porque no es capaz de aseverar que efectivamente vio un pene donde no lo había.

El efecto es que desplaza y otorga a una parte del cuerpo ó a un objeto el papel del pene, que por lo general estaba presente en el momento de la percepción del genital femenino.

La creación del fetiche sirve para negar la prueba de que la castración es posible y de esta manera evitar la angustia de castración. Sin embargo, dice Freud, el echo de que a pesar de todo algunos fetichistas desarrollan también angustia de castración demuestra que si por un lado desmienten el hecho de que en el genital femenino no han visto pene alguno, por otro lado reconocen que en realidad no vieron el pene que afirman haber visto.

Estas dos actitudes, que se mantienen durante toda la vida sin influirse recíprocamente es a lo que se denomina escisión del yo.

La realidad objetiva es soportar la falta fálica, la falta en la madre, que a la realidad de la madre le falte el falo. Realidad objetiva con la que se tiene que poder relacionar y que no es otra cosa que la imposibilidad de la realización del deseo.

Por eso el incremento de la pulsión del ello, que busca la realización del deseo, que es la completud representada por la madre fálica, es lo que dificulta el conocimiento de la realidad objetiva que se le impone al yo desde afuera, desde la cultura. Desde esta perspectiva, rechazar la castración del otro es rechazar la cultura porque la realidad está mediada por la cultura y para que haya mediación tiene que haber castración, que es la marca de incompletud del objeto.

Freud continúa señalando en “Esquema de psicoanálisis” que el fetichismo es muy favorable para el estudio de la escisión del yo pero que no es un fenómeno excepcional porque la escisión la podemos encontrar también en las neurosis.

Si el yo infantil en la etapa fálica y por angustia de castración sofoca a la pulsión y reprime su representación, ocurre con frecuencia que el yo se defiende de la angustia de castración desmintiendo lo que ha visto.

Esta es una medida defensiva que sólo funciona a medias porque por un lado desmiente lo que ha visto y por otro lado reconoce haber visto que en realidad no había pene. Pero tanto la desmentida como el reconocimiento conviven sin entrar en conflicto porque ha habido una escisión del yo.

A esta escisión del yo, que también se produce en las neurosis, aunque lo que caracteriza a la neurosis es la escisión dentro del yo sino entre el yo y lo reprimido en el ello y por eso es importante en toda neurosis poder determinar si lo que está en la base de las producciones del inconsciente es una escisión del yo o entre instancias.

Lo realmente importante, más allá de que el yo se defienda por medio de la desmentida de la realidad o de la represión de la representación inconciliable, es que en ambos casos el resultado nunca es perfecto, siempre hay residuos porque las dos posturas opuestas siguen allí, insistiendo y conduciendo a distintos tipos de manifestaciones psíquicas.

Entonces, y para entender esta universalidad de la escisión del yo, producto de la desmentida de la castración del otro, que especulariza el temor a la pérdida del propio genital, vamos a remitirnos al artículo de Freud de 1923 que lleva por título “La organización genital infantil”.

En este artículo que es en realidad un agregado a su trabajo “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud aborda la tarea de reparar un descuido que cometió durante mucho tiempo porque se le había pasado por alto la importancia de la fase fálica en el desarrollo de la sexualidad infantil.

Continúa el trabajo comentando que el máximo desarrollo al que había llegado en “Los tres ensayos de teoría sexual” era que ya en la niñez se consumaba una elección de objeto como la que se produce en la pubertad, es decir, después del segundo tiempo de la acometida de la sexualidad.

Esta elección de objeto consiste en que las aspiraciones sexuales se dirigen a una persona única para alcanzar la meta de la descarga pulsional. En ese entonces Freud sostenía que la diferencia entre ambas etapas residía en el hecho de que en la infancia no se habían producido la unificación de las pulsiones parciales subordinadas al primado de los genitales como ocurre en la pubertad.

En esta cita de Freud quisiera destacar para retomarla después la diferencia entre la elección de objeto total y la falta de unificación de las pulsiones parciales, así como la diferencia entre la elección de objeto que debe ser entendida como objeto de amor y el objeto propiamente sexual.

*El carácter principal de esta «organización genital infantil» es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel un genital, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo. (Freud S. 1923).*

Esto es lo que a Freud se le había pasado por alto durante años: la descripción de una tercera fase de la organización sexual, a la que denominó fase fálica.

Esta fase se caracteriza porque a diferencia de la pubertad, sólo desempeña un papel el genital masculino y por ello no es correcto decir que hay un primado del genital sino que hay un primado del falo.

No se trata por lo tanto del pene o la vagina como órganos genitales sino de la premisa universal del falo, es decir, la creencia de que existe un solo genital.

Refiriéndose al niño, dice que si bien diferencia entre varones y mujeres, sin embargo, no les atribuye una diferencia sexual. Considera que todos los seres vivos poseen un genital como el suyo e incluso lo busca en los seres inanimados.

Lo interesante dice Freud es que cuando el niño se enfrenta a la falta de pene en la niña, reacciona desconociendo, desmintiendo esa falta.

*Desconocen esa falta; creen ver un miembro a pesar de todo; cohonestan la contradicción entre observación y prejuicio mediante el subterfugio de que aún sería pequeño y ya va a crecer, y después, poco a poco, llegan a la conclusión, afectivamente sustantiva, de que sin duda estuvo presente y luego fue removido. La falta de pene es entendida como resultado de una castración, y ahora se le plantea al niño la tarea de habérselas con la referencia de la castración a su propia persona. Los desarrollos que sobrevienen son demasiado notorios para que sea necesario repetirlos aquí. Me parece,*

*eso sí, que sólo puede apreciarse rectamente la significatividad del complejo de castración si a la vez se toma en cuenta su génesis en la fase del primado del falo. (Freud S. 1923).*

En un segundo tiempo de la fase fálica, cuando el niño acepta la falta de pene, la interpreta como efecto de una castración, pero se sostiene en la creencia de que sólo son castradas las personas de sexo femenino que como él son culpables de satisfacciones sexuales prohibidas.

En cambio, las personas respetables como su madre siguen conservando el pene. Es importante tener en cuenta que para el niño la mujer no coincide todavía con la falta de pene.

En un tercer tiempo cuando se plantea el tema del nacimiento de los niños y entiende que sólo las mujeres pueden parir, también la madre perderá el pene y a cambio desarrolla teorías sexuales destinadas a explicar el trueque de pene por hijos (teoría cloacal), que le permite seguir sin descubrir los genitales femeninos.

### **Estructuras clínicas y mecanismos estructurantes**

A partir de este artículo comienza a tener importancia en los trabajos de Freud el concepto de desconocimiento o desmentida (leugnen) aunque más adelante Freud la va a sustituir por la palabra Verleugnen (renegación) que es usada en relación con el complejo de castración. Posteriormente, en su trabajo sobre el fetichismo (1927), va a diferenciar la Verdrangung (represión) de la Verleugnung (desmentida o renegación).

A la represión y a la renegación Freud agrega un tercer mecanismo estructurante del modo del funcionamiento del aparato psíquico que es la Verwerfung, que se traduce como repudio o rechazo. Ahora bien, a la pregunta acerca de ¿Qué estructuran estos mecanismos? La respuesta es que la represión estructura a las neurosis, la renegación a las perversiones y el repudio a las psicosis.

Pero ¿qué se reprime, qué se reniega, qué se repudia? Freud dice que la castración; que el yo se defiende expulsando una representación inconciliable con la conciencia, y que esta representación expulsada tiene que ver con la castración.



Pero ¿dónde va lo expulsado?, ¿desaparece para siempre?, ¿retorna?, ¿si retorna cómo lo hace?, ¿qué se puede hacer con lo que retorna? Como ya lo he señalado, Freud recuerda siempre que el psicoanálisis no es aplicable a todas las patologías y que en realidad su método sólo se adecúa al trabajo con las neurosis.

Por eso la estructura clínica no es ajena al tema de lo curable y lo incurable.

Partiendo de la neurosis, Freud afirma que lo que se reprime es el deseo incestuoso y parricida, que son las dos prohibiciones tabú que coinciden con las del complejo de Edipo.

A partir del complejo de Edipo construye toda su psicopatología en torno a tres significantes: Edipo, narcisismo y castración.

Si el niño resigna su deseo incestuosos para conservar la completud falo-narcisista, podemos afirmar que aquello que pone en marcha la defensa es la angustia de castración.

Es el padre simbólico, el que ejerce una función de corte que hace posible que el niño se perciba como hijo de una pareja y pueda separarse del goce incestuosos con la madre. Por eso, la función paterna es garante de lo que en nuestra disciplina se ha dado en llamar: la cuestión de la falta que permite el acceso a la erogenidad.

Las distintas estructuras clínicas quedan constituidas de acuerdo al modo en que el sujeto a podido resolver el escollo del complejo de castración.

Así, tanto en la neurosis, como en la psicosis, y en la perversión, lo que se reprime, lo que se repudia y lo que se reniega, es la castración. De este modo, lo que caracteriza a la histeria no es la escisión de conciencia sino la represión que en tanto mecanismo de defensa libra al yo, por angustia de castración, del deseo incestuoso. Este deseo incestuoso no desaparece sino que pasa a formar parte de un grupo psíquico secundario que al retornar de lo reprimido traspone a lo corporal la suma de excitación a él ligada.

En la neurosis obsesiva, el yo se defiende quitándole el afecto a la representación inconciliable del deseo incestuoso pero en lugar de producirse la conversión histérica, la representación queda

aislada y segregada de los procesos asociativos conscientes y el deseo se adhiere a representaciones conciliables con la conciencia que se manifiestan, en tanto compulsión, en sustituto de la representación sexual reprimida.

De este modo, en el obsesivo el afecto queda sin cambios en el ámbito psíquico, la representación inconciliable es excluida de la asociación y la alteración íntegra permanece en el ámbito psíquico. En cambio en la perversión la defensa frente a la irrupción de la función paterna es una escisión que le permite al sujeto renegar la castración, aceptando por un lado la realidad de la diferencia de los sexos y por otro lado recusándola.

El perverso puede relacionarse con la realidad asumiendo su castración, pero obtura la castración del objeto. Es decir, que frente a la insistencia del deseo incestuoso y la angustia de castración por la amenaza que le impone la ley del padre rechaza la castración de la madre y de esta manera puede seguir sosteniéndose en el lugar del falo que la completa o bien, como ya lo hemos visto, se inventa un fetiche que funciona como sustituto del pene que falta en la madre.

En el sadomasoquismo, el padre en lugar de prohibir el incesto como representante simbólico de la ley, goza con el ejercicio de la ley y el niño se ubica en el lugar del objeto que se ofrece al goce sádico del padre.

El sujeto se somete masoquistamente al padre que lejos de prohibir provoca el goce.

¿Qué ocurre en la psicosis? Mientras que en la neurosis por efecto de la represión el deseo queda inscrito en el inconsciente produciendo retornos de lo reprimido que se presentan como síntomas, sueños y actos fallidos, en la psicosis no hay inscripción inconsciente porque la amenaza de castración es repudiada, desmentida, verwerfen y en el mismo acto en que la castración es repudiada, se rechaza un trozo de realidad que está en relación con ella.

Si en la neurosis el deseo incestuoso inscrito en el inconsciente es debilitado y acecha desde las sombras, en la psicosis no hay inscripción del Nombre del Padre y se produce un repudio primordial.

No se trata de una represión del deseo y de la amenaza de castración sino de una expulsión

que convierte a la representación en sustancia del mundo exterior.

Así, el paranoico se despoja del autorreproche y este le retorna desde la realidad como desconfianza hacia el otro porque junto con la representación también se despoja del conocimiento del deseo quedando indefenso frente a los reproches que ya no acechan, como en la neurosis obsesiva, desde las sombras sino que retornan libremente desde el exterior bajo la forma de ideas delirantes.

Por lo tanto, las principales diferencias entre las distintas estructuras clínicas reside en los distintos mecanismos que en ellas operan como mecanismos estructurantes.

### El síntoma neurótico

En lo que a la neurosis se refiere, la lucha defensiva del yo contra la moción pulsional termina con la formación de síntoma.

El síntoma es el producto de una transacción que produce algo nuevo, una nueva creación con la que el Yo trata de satisfacer tanto a los imperativos del superyó como a las pulsiones del ello articulados al principio de realidad.

El síntoma irrumpe, en la vida del sujeto, como el indicio y el sustituto de una satisfacción pulsional interceptada por la represión.

El objetivo de esta represión, que aquí debe ser entendida de una manera general como mecanismo de defensa, es por un lado impedir que se produzca la descarga pulsional directa y por otro lado el de “coartar el devenir consciente de la representación que era la portadora de la moción pulsional que es inconciliable con el yo”.

Planteadas las cosas de esta manera, voy a centrar la cuestión en averiguar cuál es el destino de la moción pulsional activada en el ello, es decir, que camino sigue la pulsión para burlar a la defensa para poder alcanzar la anhelada descarga que conduce a su satisfacción.

Cuando el yo, recurriendo a la señal de displacer, consigue su propósito de sofocar por entero a la moción pulsional, no nos enteramos de nada de lo acontecido.

Sólo nos enseñan algo los casos en los que la represión fracasa.

¿Por qué? porque entonces hay retornos de lo reprimido y la moción encuentra un sustituto para su satisfacción, aunque se trate de un sustituto mutilado, inhibido o desplazado que ya no es reconocible como satisfacción, que no produce sensación de placer sino goce y que además, cobra el carácter de una compulsión.

Este es un planteamiento sostenible desde el punto de vista de la represión secundaria, porque en la represión secundaria, el ello se hace extraterritorial y por eso el yo no se entera de la presencia del representante pulsional.

Así el acto de represión muestra, por un lado, la fortaleza del yo, pero también atestigua su impotencia porque la moción del ello se caracteriza por no ser influenciable.

El proceso que por obra de la represión secundaria ha devenido síntoma, afirma ahora su existencia fuera de la organización yoica y con independencia de ella.

Esta es la razón por la que la lucha defensiva del yo contra la moción pulsional que culmina muchas veces con la formación de síntoma, esta lucha del yo termina convirtiéndose en lucha contra el síntoma.

Por eso en la represión siempre gana el ello, porque desde la clandestinidad puede dar caza a los retoños del yo, hacerse fuerte y de este modo retornar de lo reprimido sin que el yo pueda hacer nada porque se ha quedado fuera de juego.

Lo único que puede hacer el yo en estas circunstancias es cancelar la ajenidad y el aislamiento al que lo había sometido el síntoma e incorporarse a su organización.

Entonces el yo se adapta al síntoma.

Así el síntoma se encarga poco a poco no solo de sustituir a la descarga pulsional sino también de subrogar importantes intereses del yo, cobrando un valor para la afirmación de sí, fusionándose cada vez más con el yo y convirtiéndose cada vez más en componente indispensable para éste.

Se trata del beneficio secundario del síntoma.



Esta es la razón por la que cuando la clínica trata de prestarle ayuda al yo en su lucha contra el síntoma, se encuentra con las resistencias del yo, porque no sólo el yo se ha hecho síntoma sino que además ha encontrado en ellos un beneficio secundario.

Tanto la lucha contra el síntoma como la alianza con él parecen ser una contradicción del yo. Pero esto no se debe a que el yo es inconsecuente sino a su consistencia. Porque no debemos olvidar que el papel del yo es lograr la paz en el sistema, aunque para ello tenga que incorporar a su enemigo: el síntoma.

La perturbación se produce porque el síntoma que ha incorporado a su sistema sigue comportándose como sustituto y retoño de la moción reprimida, que insiste con su exigencia de satisfacción y obliga al yo a seguir dando la señal de displacer y a seguir defendiéndose.

### El yo y el síntoma

Decía que el yo se hace síntoma, pero quizás sería más correcto decir que el yo es síntoma.

En parte el yo podría ser definido como síntoma en la medida en que se constituye por identificación, como otro, de modo que cuanto más se afirma en su identificación, cuanto más cree ser él mismo, más se hace otro.

Identificaciones histéricas e identificaciones melancólicas, rasgos del objeto con los que el yo intenta construir una identidad totalizante y sombras del objeto que no puede terminar de perder; eso es el yo.

El hombre es un auténtico desadaptado de la naturaleza, vive en una discordancia que le es constitutiva, con un yo que empeñado en alcanzar la coherencia entre el ello, el superyó y la realidad exterior, condena al sujeto a una errancia entre un sentido que se le escapa y una migaja de goce pulsional al que no puede terminar de renunciar.

### ¿Qué hacer con el síntoma?

Entonces... ¿qué hacer con el síntoma?, ¿qué se interpreta?, ¿cómo se interpreta?, ¿cuándo se interpreta?

Porque si el síntoma es una transacción, resultado de un conflicto, si es una construcción, una formación sustitutiva, pero también una satisfacción, entonces que se interpreta: ¿en relación al sentido o a la fijación?, ¿en relación al significado del síntoma o al goce que en él alcanza el sujeto?

De un lado tenemos lo que se puede decir, lo que hace discurso, lo que hace cadena significativa y del otro lado tenemos al goce del síntoma, la verdad del síntoma, como una satisfacción que opera desde lo más indecible de la pulsión.

En la clínica psicoanalítica, entonces nos encontramos con una situación compleja, porque la verdad del síntoma está en el goce, es decir, en la descarga pulsional que sustituye y con la que poco podemos hacer, salvo que intentemos colarnos en el equívoco lugar del represor.

Sólo podemos hacer con el síntoma en la medida en que lo podamos interrogar, y esto sólo puede ser posible si lo incluimos en el circuito de la palabra, en un decir y en un maldecir que lo emparenta con las otras formaciones del inconsciente: los actos fallidos, los sueños y los chistes.

Tanto es así, que cuando más confiado está el yo con sus metonimias constituyentes y sus identificaciones, cuando más relajado y orondo está con sus realizaciones de siempre... aparecen las formaciones del inconsciente con sus metáforas y con sus goces, que introducen una ruptura en el sentido estacionario del yo.

Sin embargo, es importante señalar que hay una diferencia fundamental entre el síntoma y los otros retornos de lo reprimido. Porque mientras que el lapsus y el chiste no son repetibles y se mueven en el reino temporal del instante, el síntoma, en cambio, se caracteriza porque al fijar la energía se hace duradero y repetitivo.

Por esta razón, cuando Lacan dice que algunas personas, lo más real que tienen es el síntoma, se refiere a estos dos aspectos que acabo de señalar y que podríamos definir por un lado como la identificación al síntoma y por otro lado por su dimensión de goce.

No debemos olvidar que a través del síntoma el sujeto puede permitirse una cierta descarga, porque como dice Freud, si no hay descarga el sujeto también enferma.

El sujeto enferma cuando descarga porque siempre hay un punto de discordancia entre lo que puedo descargar, entre lo que se relaciona con la pulsión que ha sido atravesada por la ley y lo que pugna por descargar, o mejor dicho desprenderse desde el goce más real de lo pulsional.

El tema de la descarga y el desprendimiento, que Freud lo abordó en el “Proyecto de psicología para neurólogos”, radica en el hecho de que si descarga acorde con la ley, siempre acorde con la ley, entonces es un sobre-adaptado, sometido al superyó y con placeres mojigatos que no satisfacen ni a la Santa Madre Iglesia, ya que ésta vive de los otros placeres, de los que son de verdad y producen culpa.

Y si se descarga acorde a la pulsión, sin miramientos por la realidad ni por los imperativos del superyó, si esto fuera posible en términos absolutos, entonces estaríamos en el campo de la pulsión de muerte, y ya no habría nada de qué hablar y por eso, como psicoanalistas, perdemos la partida.

Lo realmente importante es que en el síntoma hay un saber.

A veces, llevados por el “furor sanandis”, como decía Freud, cometemos el error de creer que tenemos el saber sobre el síntoma; error porque se trata de un saber en lo real del que nada sabemos ni podremos llegar a saber.

Sólo podemos investigar al síntoma en la medida en que lo podamos incluir en una cadena de sentido. Pero aquí nos enfrentamos a un problema insoslayable porque lo más real del síntoma, que es lo que sustituyó a la moción pulsional, no es domeñable y tampoco tiene sentido, porque por definición es lo que existe por fuera de la cadena asociativa y por fuera del significante.

Es decir, ¿cómo podemos operar sobre lo más real del síntoma, sobre la descarga de la moción pulsional si sólo podemos hacerlo a partir del significante y del sentido que son ajenos a lo real?

¿Qué hacer con el síntoma?

La pregunta es importante porque si lo real es por definición imposible, pero algo de lo real se muestra en el síntoma, entonces, bienvenido sea el síntoma.

Es decir, que si el saber, el sentido y lo real son disjuntos, sólo pueden ser conectados por el síntoma en tanto cuarto elemento.

### ¿Dirección de la cura?

Entonces, y para poder seguir pensando el tema de lo curable y lo incurable, me parece interesante introducir una reflexión en torno a lo que diferencia a “la cura psicoanalítica” de “la experiencia psicoanalítica”.

La cura analítica tiene que ver con un proceso, con un método, con una técnica que conduce a cierta remisión del síntoma en tanto sufrimiento.

Esta cura se basa en momentos privilegiados en los que el paciente dice y no sabe lo que dice. Momentos en que el relato falla, en que la palabra falla. Y cuando falla la palabra es cuando aparece el goce.

El síntoma, que a la entrada del análisis se relaciona con el pedido de curación, se debe transformar para poder convertirse en parte de la experiencia psicoanalítica.

Esta transformación que va de la cura a la experiencia analítica está signada por cinco momentos:

1. En primer lugar está el modo en que el paciente dice lo que sufre, lo he señalado anteriormente como el estilo del relato;
2. En segundo lugar nos encontramos con la teoría que el paciente hace acerca de su sufrimiento;
3. En tercer lugar el punto en que al relatar su sufrimiento aparecen las fallas en la palabra;
4. En cuarto lugar está el modo en que el analizando, al ir colocando al psicoanalista como destinatario de su relato, lo va convirtiendo en el destinatario del síntoma, y por ende en semblante del síntoma, lo que se relaciona con la transferencia como repetición y,
5. Por último, está el modo en que el analista se va convirtiendo en la causa del síntoma, que se relaciona con la transferencia como creación.

Es decir, que el paciente, que en un principio está atrapado en la interpretación de su síntoma termina interpretando todo lo que le ocurre en la



experiencia analítica; de modo que si al principio destinaba su interpretación al analista, luego, en un segundo tiempo, coloca al analista en el lugar de la causa de lo que le ocurre.

El paciente interpreta, da un significado a lo que le ocurre, y toma al síntoma como un signo. Por eso, es una interpretación que cierra.

Por ejemplo, un paciente paranoico que consulta por la angustia ante la compulsión a pensar en escenas homosexuales en las que él se ve comprometido. En la sesión se siente bien. El tema es una aventura sexual con una compañera de trabajo. Disfruta contándose su experiencia, que lo tranquiliza en sus pensamientos homosexuales. Disfruta en sesión. Al salir del Parking, se queda sorprendido ante una mujer que lo atrae y que está esperando el autobús. Se queda mirándola y lo chocan por detrás. Vuelve a sesión angustiada porque le han dado por detrás, lo que lecorrobora el fantasma de que es homosexual.

### El síntoma como signo

Esta es una de las caras del síntoma, el síntoma como signo, que puede ser interpretado; la otra cara es la del síntoma como significativo.

En la cara significativa del síntoma, lo importante es que primero aparece como acontecimiento, como falla en el funcionamiento del sujeto, como falla en el relato.

Es el momento en que la interpretación del síntoma como signo falla, porque el sujeto se da cuenta de que dice sin saber muy bien lo que dice o, que dice, pero el decir no le permite mantenerse en un nivel de relato que le permita sostener la coherencia yoica.

Entonces, es cuando el síntoma se convierte en algo que interroga al sujeto, que lo cuestiona, que lo puede sorprender, que lo puede asustar, pero que también lo puede hacer reír.

Es algo que sorprende porque el sujeto en su decir descubre que no sabe qué decir o, incluso que dice pero no sabe lo que dice, que hay algo en él que sabe cosas que él no sabe.

Y esa es la experiencia del análisis y del descubrimiento del inconsciente.

Como dice M.Manoni, el inconsciente es un saber que no se sabe.

Entonces ¿qué es interpretar? Desde esta perspectiva, interpretar es producir un sinsentido en lo que aparecía como la interpretación del síntoma como signo, es decir, un sinsentido en la interpretación cerrada acerca del síntoma... para que el síntoma pueda aparecer como significativo, como formando parte de una cadena significativa, en el que las cosas no son lo que son sino en función de las operaciones de combinación y sustitución que son propias del significativo.

Producir un sinsentido que despoje al síntoma de su significación y lo transforme en algo que se pueda encadenar y desencadenar confrontando al sujeto con la castración de la palabra, con lo indecible, con lo real inenunciable.

Momento privilegiado de la experiencia psicoanalítica en el que el analizado se enfrenta a su incompletud, a su discordancia constituyente, a su conflicto insoluble; para terminar descubriendo que él es eso, y nada más que eso.

Y esto nos conecta con lo incurable.

Entonces... ¿qué hacer con la cura?

Por un lado tenemos la pregunta práctica sobre el proceso que lleva a la cura, pregunta relacionada con la resolución del conflicto, la disolución del síntoma o con cualquier otro tipo de ideal de salud.

Por otro lado hay una cuestión clínica, que está relacionada con la anterior y que trata de establecer la diferencia que podemos constatar entre el momento en que el sujeto hace la demanda de análisis y el momento en que lo da por finalizado.

La cura analítica tiene que ver con un método, con una técnica que puede producir una cierta remisión del sufrimiento.

Es un método que se basa en la asociación libre del paciente y en la atención flotante del analista. Una asociación libre que permite establecer nexos y llenar las lagunas de la amnesia infantil.

Es importante dejar hablar al paciente porque en el intento de dar cuenta de su mal nos ofrece las primeras interpretaciones y significaciones en torno a su síntoma.

Como ya lo he señalado, el paciente en análisis interpreta su historia y si en un primer tiempo destina esa interpretación al analista colocándolo en el lugar del sujeto supuesto saber, analista que hace semblante del objeto, luego, en un segundo tiempo incorpora al analista en su relato y lo coloca en el lugar de la causa de lo que le ocurre.

Pero la interpretación del paciente busca dar un significado a lo que le ocurre; busca dar consistencia a sus significados convirtiéndola en una interpretación que cierra.

Esta es una de las caras de la enfermedad, el síntoma como signo, que puede ser interpretado.

Es el síntoma que puede remitir simplemente porque el paciente cree en el analista. Es la cura tal como se presenta en los “Estudios sobre la histeria” y también en las terapias alternativas al psicoanálisis.

El efecto terapéutico se produce en la medida en que el sujeto se reconstruye una historia y por eso el análisis se centra en llenar las lagunas del recuerdo y crear los nexos que faltan a través del señalamiento, la interpretación y la construcción.

Pero a veces el analizado se aferra a su historia, a su ficción, se resiste a cambiar, sobre todo porque el fantasma que organiza la historia del sujeto se ancla, se fija a puntos de lo real; y otras veces nos enfrentamos con la dificultad de poder entender qué es ficticio y qué no es ficticio en la historia con la que se presenta el sujeto.

Y es entonces cuando nos preguntamos ¿qué es lo que se puede interpretar como resistencia y qué es lo que forma parte de lo real no interpretable?

### **El síntoma como significante**

La otra cara es la del síntoma como significante.

Como ya lo expresé, en la cara significativa del síntoma, lo importante es que primero aparece como acontecimiento, como falla en el funcionamiento del yo, como falla en la palabra.

Es, como ya lo he señalado, un momento privilegiado en el que el paciente comienza a enfrentarse a su discordancia constitutiva, un sujeto que se descubre a la deriva, con un Yo ocupado en

producir coherencia entre las pulsiones del ello, las exigencias del superyó y la acomodación a la realidad exterior.

Entonces, es cuando el síntoma se convierte en algo que interroga al sujeto, que lo cuestiona, que lo puede sorprender, que lo puede asustar.

Es el momento en que la cura se convierte en experiencia analítica.

Por lo tanto, la pregunta por la cura en análisis debe abordarse desde dos perspectivas: Por un lado tenemos una pregunta práctica que gira en torno al método y a la clínica; y por otro lado hay otra cuestión en torno a la cura, que trata de establecer la diferencia que podemos constatar entre el sujeto que sufre y pide tratamiento, es decir, el sujeto que pide ser curado de su malestar y el sujeto en el momento de la salida del análisis, después de la experiencia analítica y que está confrontado a lo incurable.

En la introducción al caso del “Hombre de las ratas”, Freud dice que después de un año de tratamiento el paciente alcanzó el “restablecimiento total de la personalidad y la cancelación de sus inhibiciones”. Y agrega, que como el tratamiento de la enfermedad fue un éxito, y debido al hecho de que el paciente se curó, el análisis no se pudo continuar.

Curioso comentario: la cura, entendida como la remisión de los síntomas interrumpió el análisis, como si la cura hubiese operado como una resistencia.

La enfermedad con la que tratamos no se debe a un episodio histórico que ocurrió en la realidad, sino a un poder actual, que en la transferencia pone de manifiesto que si sufrimos no es porque hubo algo que fue y que no debía haber sido, ni porque estamos atrapados por la insistencia de un deseo que no puede ser, sino porque hay castración.

Castración quiere decir que todo no es posible, que el encuentro con el otro no es posible y que no es que estemos habitados por la incompletud sino que somos el producto de una escisión del yo que no es reparable porque es constituyente.

Escisión del yo sin la cual no habría ni deseo, ni subjetividad, ni objeto. Esta escisión del yo es lo que definimos como lo incurable.



Por eso la cura no puede alcanzar su fin. Porque hay una spaltung del sujeto.

El descubrimiento de esa Spaltung marca el momento en que el analizado y el analista se enfrentan a la roca de la castración, que es el tope, pero también la solución, siempre y cuando el sujeto sea capaz de reconocerse en la incompletud por su condición humana de sujeto sexuado y cultural; un sujeto marcado por la imposibilidad de ser el falo que completa a la madre. Castración como incompletud del otro fundamental.

Así, el último escollo, el que no se puede evitar, es la roca de la castración. Pero este escollo es lo que queda en el sujeto como resto, como experiencia que no se puede simbolizar y este es el final de la experiencia psicoanalítica.

En este final de la cura queda un resto. Un resto que no es del orden de lo no analizable sino del orden de lo incurable.

Momento en que caen las idealizaciones y el analizado comprende que no se puede restaurar el yo, que no hay ninguna armonía que alcanzar, ni hay unificación con la pulsión, sino que como mucho un apaciguamiento del síntoma y sobre todo un saber hacer con el síntoma.

Desde otra perspectiva de lo incurable, en “Análisis terminable e interminable” Freud dice que el conflicto entre el yo y la pulsión no puede ser resuelto en su totalidad. Que la pulsión no puede ser domeñada por completo y es por eso por lo que no se puede prever el destino de una cura.

Entonces lo vuelvo a recordar: una cosa es la cura analítica y otra cosa es la experiencia analítica.

Como dijo Freud acerca del “Hombre de las ratas”: se curó y se fue. Chau. No se analizó. Se curó.

Es decir, que puede ocurrir que haya cura psicoanalítica pero sin experiencia psicoanalítica.

Pero el síntoma, en el paso de su condición de signo a su condición de significante, también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

Por eso la entrada en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en expe-

riencia psicoanalítica, se trata del síntoma como lo que nos interroga y que al mismo tiempo nos convoca a interrogar.

Este es el momento privilegiado en que el síntoma se incorpora a la experiencia analítica, cuando se incorpora a la relación transferencial.

### ¿Qué es la transferencia?

La clínica psicoanalítica es una clínica que se produce bajo transferencia.

Es el momento en que aparece la repetición, la repetición desde lo imaginario en tanto el analista se convierte en semblante del objeto y repetición desde lo real que no puede ser reducida a lo simbólico y que se expresa como el dolor de “ser” en la transferencia, en la relación con el analista en tanto otro.

La transferencia es lo que marca la entrada en el análisis, y también su salida.

El analista, al comienzo colocado en el lugar del sujeto supuesto saber, es fijado en una doble versión del objeto porque puede aparecer por un lado como lo que hace semblante del objeto y por otro como el objeto que causa el deseo.

Se produce la transferencia como un efecto metafórico, como una sustitución que interrumpe el deslizamiento metonímico del significante. El analista se convierte en síntoma y vuelve a fijar el deseo. Por eso, hay goce en la transferencia.

En la neurosis de transferencia, como en el amor, cesan los deslizamientos significantes. Los fantasmas infantiles de seducción, castración y de escena primaria se despliegan en la neurosis de transferencia y habrá que elaborarlos para que el analizando se pueda librar de esta nueva enfermedad.

Por lo tanto, podemos afirmar que la enfermedad también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

Este planteamiento es muy importante porque la entrada propiamente dicha en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en experiencia psicoanalítica.

## La cura y la experiencia psicoanalítica

El final de análisis está vinculado a la elaboración de estos fantasmas infantiles, reactualizados en la transferencia, incluido el fantasma de curación.

Freud dice que cesa la neo-formación de síntomas, pero no la neurosis; que hay un efecto terapéutico, pero que eso no quiere decir que haya habido curación.

Entonces, parece una paradoja porque resulta que puede haber cura sin experiencia analítica y experiencia analítica que no cura al sujeto sino que lo confronta a lo incurable.

Por eso, a veces los síntomas remiten, desaparecen y el sujeto se cura pero no desaparece la neurosis, porque es una cuestión de estructura.

Entonces, nos podemos encontrar, por ejemplo, con un sujeto histérico que aparentemente no hace síntoma, pero que ha elevado la queja a la categoría de síntoma.

No le pasa nada, pero se queja. Es decir, que si le pasa algo, porque se queja. Se queja por ejemplo porque no le pasa nada, porque ahora se aburre; de modo que la queja es su síntoma, es lo que permanece como incurable de la neurosis.

Es lo que queda como resto, la confrontación con lo incurable, que en este ejemplo se ha deslizado sobre la queja.

O bien puede ocurrir que el sujeto que se ha curado y tiene una cierta relación satisfactoria con los objetos pero no puede terminar de aceptar la falta en el objeto. Puede soportar la falta en el otro pero no puede aceptarla, porque hay algo de la pulsión que es indomeñable y hay algo del deseo incestuoso que insiste porque no puede ser satisfecho.

Es lo que queda como resto, la confrontación con lo incurable, que en este ejemplo se ha deslizado sobre la queja.

Y así, lo que queda como resto, como lo incurable, es aquello con lo que el sujeto tiene que aprender a hacer.

Y este es el final de la cura desde la experiencia analítica, un aprender a hacer con lo incurable.

## El objetivo o fin del análisis

Hay múltiples maneras de plantear el objetivo de un análisis, y estas múltiples maneras dependen de las distintas teorías, y distintas ideologías de salud, que determinan distintas maneras de entender el fin de un tratamiento.

Si seguimos los desarrollos freudianos tal como los he ido presentando podemos afirmar que al principio tenemos un sujeto dividido y al final del análisis sigue habiendo un sujeto dividido.

Es decir, que el proceso analítico no elimina la división del sujeto. Al final del análisis, tendríamos un sujeto destituido del lugar del “ser” en tanto fantasma narcisista y confrontado con lo incurable.

Siguiendo a Freud, la pregunta por el fin del análisis puede abordarse desde dos perspectivas. Por un lado tenemos la pregunta práctica sobre el proceso que lleva al final del análisis, y que consiste en entender la operación que interviene en ese momento final.

En segundo lugar hay otra cuestión clínica, que está relacionada con la anterior y que trata de establecer la diferencia que podemos constatar en un sujeto entre el momento en que hace la demanda de análisis y el momento en que lo da por finalizado.

Dicho de otra manera, cuál es la diferencia entre el sujeto que sufre y pide tratamiento, entre el sujeto a tratar de su neurosis y el sujeto en el momento de la salida del análisis, confrontado a lo incurable.

Principio y final de análisis son temas psicoanalíticos que suelen ir de la mano; entre la entrada y la salida, es inevitable tener que mentar algo del dispositivo, de los principios que sustentan el análisis, porque estos están muy relacionados con los fines que nos planteamos así como con los modos en que definimos su finalización.

En un artículo de 1913, “Sobre la iniciación del tratamiento” Freud compara el tratamiento psicoanalítico con el juego de ajedrez y nos advierte que en el aprendizaje del mismo sólo “las aperturas y los finales pueden ser objeto de una exposición sistemática...”



Sin embargo, esta sistematización no se da de la misma manera en lo que se refiere a los comienzos y a los finales de análisis.

Porque es muy fácil encontrar casos clínicos en los que los psicoanalistas relatan cómo se produce la entrada en análisis, es decir, los pedidos de ayuda, la demanda que en ellos se ocultan, los modos en que se conducen las primeras entrevistas así como la manera de escuchar para determinar la analizabilidad o no del paciente.

A pesar de que Freud dice que los finales de análisis pueden ser sistematizados, a la hora de la verdad, parece ser que hay múltiples maneras de plantear la terminación de los análisis, y que estas múltiples maneras dependen de las distintas teorías, y distintas ideologías de salud, que determinan diferentes maneras de entender el final de un tratamiento.

Desde esta lectura que estoy haciendo en torno a lo curable y lo incurable, es fundamental tener en cuenta que el proceso analítico no elimina la división del sujeto y por eso, al final del análisis tendríamos un sujeto destituido del lugar del “ser” en tanto fantasma narcisista y confrontado con lo incurable.

El beneficio que se obtiene en el análisis está en relación con el cambio de posición subjetiva del sujeto. Se trata de una ganancia en relación al saber, al saber que no se sabe. Y al final del análisis el sujeto sabe que hay un saber que no se sabe y que se trata de un saber que no se puede saber.

¿Qué es lo importante en este planteamiento?

Lo importante es que hay logros terapéuticos, aunque como dijo Freud, a veces los logros terapéuticos interrumpen el análisis.

¿Cómo se alcanzan estos logros terapéuticos?

Por medio de un dispositivo que inventa Freud y que se basa en que el analizado debe cumplir la regla fundamental del psicoanálisis, que es la de la asociación libre y el psicoanalista la regla de la atención flotante y la interpretación. Este dispositivo es el que permite alcanzar lo real del inconsciente.

Como dice Freud, en los “Estudios sobre la histeria”, el fin del análisis es el de transformar la miseria histórica en infortunio ordinario.

Entonces, tenemos tres momentos diferentes que marcan un análisis: la entrada en análisis, el dispositivo y el final de análisis.

El dispositivo terapéutico es importante porque incluye por un lado todos los elementos que forman parte del encuadre, es decir, las condiciones de posibilidad para que se produzca el encuentro analítico, pero también incluye la teoría del analista en relación con lo que define a la neurosis y su modo de entender y abordar el conflicto psíquico; se trata de la dirección de la cura, que todos los analistas coinciden en reconocer que está comandada por la transferencia.

El tema de la transferencia es fundamental para entender lo que se juega en el dispositivo analítico. Todo el proceso, desde la entrada a la salida del análisis está comandado por la transferencia.

Esta es una afirmación importante, porque es un punto en el que todos los psicoanalistas, sean cuales sean sus esquemas referenciales, todos estamos de acuerdo con el hecho de que la clínica psicoanalítica se produce bajo transferencia.

Sin embargo, no siempre estamos de acuerdo con el modo de entender la transferencia ni con el modo de intervenir para implementarla en la cura.

Este es un tema importante porque, como ya lo he señalado, el final del análisis está relacionado con la transferencia.

En Freud encontramos distintos modos de formular los objetivos y sus correspondientes finales de análisis.

Al final de su artículo sobre “Análisis terminable e interminable”, como en el trabajo póstumo del “Esquema de psicoanálisis”, Freud aborda la cuestión del fin del análisis desde la diferencias de sexos, porque le permite recordar los distintos caminos de salida que se presentan para el hombre y la mujer, pero resalta que en ambos hay algo común, y es lo que persiste como sufrimiento en la insistencia por querer ser lo que no se puede ser.

Así, el último escollo, el que no se puede evitar, es “la roca de la castración”. Este escollo es lo que queda en el sujeto como resto, como experiencia (analítica) que no se puede simbolizar.

Momento en que cae la transferencia y se produce el final por destitución simbólica del analista.

Es la destitución del analista como lo que causa el deseo del analizado, pero también caída del lugar del objeto del goce, del semblante que él ha encarnado durante el análisis.

Final de análisis que se caracteriza porque queda un resto, un resto que no es del orden de lo no analizable sino del orden de lo incurable.

### Saber hacer con el síntoma

¿Qué hacer con el síntoma que marca la entrada en análisis? ¿Cuál es su destino final? ¿Qué queda al final?

Una de las propuestas freudianas es fortalecer al yo para que pueda reducir la emergencia de la fuerza pulsional y otra propuesta es reducir el poder del superyó para que se pueda descargar sin tener que anudar la descarga a la pulsión de muerte.

En la carta 133 Freud le escribe a Fliess:

“E., concluyó, por fin, su carrera como paciente mío con una invitación a cenar en mi casa. Su enigma está casi totalmente resuelto; se siente perfectamente bien y su manera de ser ha cambiado por completo; de los síntomas subsiste todavía un resto. Comienzo a comprender que el carácter en apariencia interminable de la cura es algo acorde a ley y depende de la transferencia. Espero que ese resto no menoscabe el éxito práctico. En mis manos estaba continuar la cura, pero vislumbré que ese es un compromiso entre salud y enfermedad, compromiso que los propios enfermos desean y por eso mismo el médico no debe entrar en él. La conclusión asintótica de la cura a mi me resulta ser esencia indiferente; decepciona más bien a los profanos. En todo caso, mantendré un ojo vigilante sobre este hombre...” (Freud S. 1950 [1892-99])

### ¿Qué es la transferencia?

Como ya lo he señalado, ya no es la interpretación, ni siquiera la construcción los que operan como mecanismos del cambio.

El análisis fue virando hasta encontrarnos con la transferencia. La transferencia está a la entra-

da del análisis, porque sin transferencia no hay análisis y la transferencia está al final del análisis como destitución simbólica del analista, destitución que es la caída del analista del supuesto saber sobre el goce, caída del analista como lugar que causa el deseo y caída del analista en tanto objeto de deseo.

La transferencia como lo que marca la entrada en el análisis, y también su salida.

El final de análisis está vinculado a la elaboración de estos fantasmas infantiles, transferenciales. En la transferencia, lo recuerdo, Freud dice que cesa la neo-formación de síntomas, pero no la neurosis, es decir que hay un efecto terapéutico, lo que no quiere decir que haya habido curación.

Por eso, a veces los síntomas remiten, desaparecen y el sujeto se cura pero no desaparece la neurosis, porque es una cuestión de estructura.

¿Qué hacer con la transferencia? En un primer momento Freud dice que hay que combatirla. Pero luego dice que hay que desealarla, porque en la repetición y en la creación que se dan en la transferencia, es donde se van a mostrar los puntos a los que se fija el fantasma del sujeto. Sólo en la transferencia se puede producir el desasimilamiento de la Cosa de lo real, del *das Ding*, que atrae la libido del sujeto y lo deja atrapado en una relación con el objeto perdido.

Dice Freud que es la introversión libidinal la que se manifiesta como resistencia a la transferencia porque el analista en tanto semblante convoca a una sustitución con el abandono de los objetos con los que el sujeto alcanza una satisfacción fantasmática.

Por eso, en la transferencia hay implícito un trabajo de duelo. Duelo por el objeto perdido y por el fantasma que a él anuda al sujeto. Trabajo de duelo que lleva a un desprendimiento del objeto perdido porque es el vacío que atrapa al sujeto, vaciándolo y vaciando el mundo de los objetos posibles. Duelo que es necesario para poder relacionarse con los objetos, aceptando que no son el objeto.

Que el objeto no es el objeto quiere decir que el analista no es el objeto del deseo ni es lo que causa el deseo. Es la caída de la entronización del objeto. Y es la caída de analista.



Lo curioso es que Freud lo supo desde siempre. Tal es así, que lo enunció desde los comienzos mismos de sus indagaciones en torno a la etiología de la histeria, cuando tuvo que renunciar a su neurótica, cuando comenzó a sospechar de las escenas traumáticas que narraban los pacientes, cuando descubrió la importancia de las fantasías como un modo de embellecer y difrazar los recuerdos, cuando se dio cuenta de que los recuerdos son encubridores, cuando se encontró con que en las teorías sexuales infantiles era más fuerte la creencia que la realidad, cuando articuló todos estos descubrimientos en la encrucijada del complejo de Edipo.

Digo que Freud lo supo desde siempre, porque así lo estableció en la carta 101 que le remitió a Fliess con fecha 3 y 4 de enero de 1899 en la que le decía:

[...] Primero: he conquistado un pequeño fragmento de autoanálisis, y me corrobora que las fantasías son productos de épocas posteriores, proyectadas hacia atrás, desde el presente respectivo hasta la primera infancia; y el camino por el cual ello acontece ha resultado ser, de nuevo, una conexión-palabra.

A la pregunta por lo que ocurrió en la primera infancia, la respuesta reza: Nada, pero había ahí un germen de moción sexual.

20 de abril de 2013

#### Contacto

Daniel E. Schoffer Kraut • C/General Ampudia 14, 6C • 28003 Madrid  
danielschoffer@yahoo.es • Tel. 667 681 849

#### Bibliografía

Freud S. (1950[1895]): Proyecto de psicología. Buenos Aires, Amorrortu, tomo I, 1986.

(1893-1895): Estudios sobre la histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo II, 1976.

(1894): Las neuropsicosis de defensa. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1896): La herencia en la etiología de la neurosis. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1896b): La etiología de la histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1905 [1901]): Fragmento de análisis de un caso de histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo VII, 1978.

(1905). Tres ensayos de teoría sexual. Buenos Aires, Amorrortu, tomo VII, 1978.

(1913): Sobre la iniciación del tratamiento. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XII, 1986.

(1927): El fetichismo. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXI, 1986.

(1909): A propósito de un caso de neurosis obsesiva. Buenos Aires, Amorrortu, tomo X, 1986.

(1923a): La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XIX, 1986.

(1940 [1938]): La escisión del yo en el proceso defensivo. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1940 [1938]a): Esquema del psicoanálisis. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1937): Análisis terminable e interminable. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1950 [1892-1899]): Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Buenos Aires, Amorrortu, tomo I, 1986.

# Trauma y repetición: La quiebra psíquica.

## *Trauma and repetition: The psychic breakdown.*

**M. Carmen Rodríguez-Rendo.**

Psicoanalista. Vicepresidenta científica de la AMPP.

Miembro del comité editorial de Diván El Terrible.

“¿Cuánta verdad soporta, y de cuánta verdad es capaz un espíritu?

Nietzsche (1)

### **Presentación**

Si entendemos el trauma como una experiencia que toca lo real, como un agujero en el interior del orden simbólico, estamos ante un acontecimiento de interior y exterior, una figura que dará cuenta de una angustia traumática. Respuesta y llamada en el afecto por excelencia: la angustia, que desbordará los adentros y el afuera en busca de una representación.

En el transcurso de la experiencia analítica algunos sujetos se quiebran.

Y el desamparo retorna en el sujeto que vive, en el que ama a pesar de sí mismo, en el que sueña con cualquiera de los mundos por donde le toca transitar, en el que se rompe, en el que se reinventa, como en el que desarrolla su propia existencia en una franja a veces demasiado estrecha, más estrecha de lo que él hubiese deseado para sí mismo. Somos del desamparado amparo del lenguaje que nos hace humanos. Somos del ojo que nos oye y del oído que nos ve hasta que el ojo ensordece y el oído se ciega, y entonces, el sujeto se queda aún más solo.

Somos nacidos de la mirada, de la voz, y del deseo del Otro.

Éste ensayo se pregunta por algunos de los nudos que aparecen en la clínica dejando a la intemperie

algunas veces, también a los analistas. Aunque parezca reiterado hacer del dolor y de la soledad el eje de este estudio, en tanto son temas inagotablemente abordados desde los griegos, desde diferentes perspectivas del psicoanálisis, de la sociedad y de la cultura; en el escenario clínico, uno y otros, habitan más en el silencio que en la voz. Bajo el nombre genérico de ‘stress’, ‘angustia’, o ‘ansiedad’, se les suministra un partenaire de laboratorio que durante un tiempo les reinventa un paraíso efímero.

La soledad y el dolor al que nos vamos a referir no son soledades alienadas en los bajos fondos de la marginalidad social, ni responde al fracaso del trabajo psicótico por resignificar en la piel de la paranoia un significado inagotable, sino una soledad y un dolor activo, insaciable, resentido e incómodo que desea abandonar el circuito del desgarrar. Hablamos de la soledad y el dolor que reactiva la cicatriz del desamparo originario, cicatriz que se abre en la quiebra psíquica.

Procuraremos adentrarnos en la palabra ‘soledad’ continuando con la investigación iniciada en lo que a su singularidad se refiere en el libro “Legado psicótico y soledad”, pero sin limitarlo exclusivamente a ese conjunto de pacientes que enhebran su soledad con la psicosis de sus predecesores.

Los sujetos de los que vamos a hablar son sujetos triangulados, con Metáfora paterna y que han inscripto el Nombre-del-Padre. Atravesados por la castración han entrado en la lógica fálica. Pertenecen a esta sociedad que ha hecho de la tristeza



una enfermedad y del sufrimiento un mal que hay que erradicar, olvidando que la tragedia, la tristeza y la belleza son los ejes de toda creación.

En algunas ocasiones los fármacos taponan el agujero, y en otras la angustia es despachada con una pueril actitud de quien se sacude el polvo de la ropa después de un día de campo. Sin embargo algún fallo en aquello que debió inscribirse sin conseguirlo, junto con la escasa reputación del miedo, les ha hecho parecer lo que no son. Ni están locos, ni son raros. Un fallo psíquico en las generaciones anteriores ha provocado que en la construcción de su subjetividad se hayan sentido amenazados en su pertenencia a la fratría. Denunciar sin crédito, ante la negación o la renegación familiar, ha puesto de manifiesto el rechazo de un entorno moral que expulsa con su cobardía todo saber sobre el estrago materno, o el compromiso tanático en relación a la descendencia, o sencillamente la enfermedad de la generación precedente.

Si como dice el poeta: “*hablar es un duro ejercicio con las raíces al aire*” (2) en el caso de los pacientes que nos ocupan, hablar de esa soledad no siempre es fácil. Somos espectadores y personajes, contemplamos y somos contemplados, pero sin descanso y a la espera de que nuestras *raíces al aire* encuentren otro dispuesto a albergarlas.

La práctica clínica recorre los mundos infinitos de un decir a medias. Al hablar de la quiebra psíquica vamos a situar una experiencia atravesada, no sólo por el hijo del psicótico, sino por todos aquellos que se ven precipitados al vacío por la irrupción de un rasgo de su transferencia al origen. Intentaremos despejar la modalidad de esta experiencia donde el dolor de la soledad se queda aún más desabrigoado que el de la soledad constitutiva, esencial a la construcción subjetiva.

Aunque nuestra casuística y su estudio se hayan centrado inicialmente en hijos de psicóticos, podemos encontrar esta quiebra y su soledad en otros pacientes como en los estados límites, en los trastornos narcisistas, en las locuras neuróticas o en aquellos indefinibles azotados por un deseo de eficacia que supera hace tiempo la transferencia al saber. Próxima, aunque sin serlo, al vacío melancólico que se aloja en algunas psicosis, este ensayo, con la intención de ampliar las lindes de nuestra clínica, se interroga sobre una hipótesis:

la quiebra como el fracaso de una inscripción, y la quiebra como confrontación, aventurando al analista al rastreo de la huella de una salida.

Estos sujetos, son portavoces y portadores de un dolor y de una soledad que atraviesa el horizonte de su mirada. Una soledad para la que aún no se ha encontrado el cobijo de la huella en el cuerpo de lo simbólico. Este fracaso lo sería de un operador, de una leyenda, de una palabra, que habiéndose enunciado, dejó como resto un fallo.

Para situar esa soledad vamos a recuperar conceptos tales como: repetición, identificación, culpa, responsabilidad, y ‘desamparo’; la noción bosquejada por Freud ‘*nagträglichkeit*’ y la recogida por Lacan como reorganización retroactiva, ya que esta última noción nos permite colegir que la quiebra es un episodio que se resiste a franquear los límites de su propia naturaleza. Límite impuesto por la fidelidad a la estirpe y por la culpa consecuente por la traición, que obstaculiza el acceso a su propia responsabilidad.

Aún así, cuando la ruptura renueva una posibilidad de salida a través de la operación analítica, se conquista un recurso en la quiebra. El sujeto participa de un acontecimiento: es su oportunidad para resurgir y posicionarse en otro lugar de su transferencia al origen. Viaje analítico, que como todos, está signado desde el inicio por la impotencia para asistir previo paso por la imposibilidad, a que algo de aquello a lo que el sujeto aspira, sea posible.

Como muestran los textos griegos, el logos vino a desalojar la felicidad instalada en el mundo de las cosas para trasladarla al universo de los sentimientos. Así Edipo, héroe trágico, huye de la violencia y la crueldad a la que se siente determinado para llegar al ‘bienestar’, ofreciendo en la lucha con la Esfinge, lo que podemos explorar como una metáfora que se aproxima a ese sujeto, que al romperse psíquicamente testimonia la desnudez de esa soledad de palabras que se escapan a su representabilidad. Si la angustia traumática es una respuesta que enuncia un agujero en el interior de simbólico que no se resigna a la no-representación, el trauma es una exclusión, un real interior que queda fuera de lo simbólico repitiendo un enunciado que busca la representación. Ahora bien, ese borde real del trauma parece imposible de ser reabsorbido por lo simbólico.

Cuando el psiquismo ha sido colonizado por la generación anterior, el pequeño sujeto que nutre la locura del Otro sufre una violenta **intrusión** en su actividad psíquica. Cuando no hay psicosis en la generación de los padres pero las estructuras psíquicas de los progenitores la rozan o padecen locuras no disociadas (3), esas en las que el sujeto queda a la intemperie, el hijo será portador de un exceso que irrumpirá en la quiebra. Exceso pulsional que sangra imparabile sin domeñarse y que no admite la condena a la “sinsalida”, ni convivir con los desperdicios de sus fantasmas.

Es para pensar esa intrusión y su consecuencia donde la maestría de los griegos y el héroe ante la Esfinge se hacen metáfora. Para el sujeto, postularse como infiel al legado de su patrimonio psíquico, lo lleva a sentirse rehén de una maldición. Si desobedece puede quedar fuera, desterrado del amor y de la palabra, y ser portador de una maldición durante el resto de su existencia. Mientras sabe que su camino pasa por la traición al legado, el psiquismo ocupado por la culpabilidad inmoviliza sus recursos.

Por otra parte han sido algunas nociones de Deleuze y su manera de hacer de la repetición un concepto de diferencia, las que nos han llevado al espacio y al tiempo en el que está implicado el sujeto. El ‘su-jeto’ es lo que se encuentra debajo. Si no se puede hablar sin metáfora porque ella está en el origen del *logos* y si la metáfora es más que una sub-stitución, lo que se repite, no es solo metonímico, está anudado a la metáfora.

Al circular por algunos conceptos de la medicina y la filosofía griega nos damos la oportunidad de recuperar de su pensamiento algunas bases para nuestra práctica clínica, herederas del Corpus Hipocraticum. La naturaleza y el lenguaje, la técnica y el arte confluyen en el *kairós*, haciendo del tiempo de la intervención, el soporte de la retórica introducida por Hipócrates. Al igual que para los hipocráticos, este desarrollo va de la *praxis* al *logos*.

### El llanto, primera lengua

Se dice que en el planeta se hablan más de 7.000 lenguas. Se dice que la lengua nos da identidad y también sabemos que hablar al igual que respirar, suscitan nuestro aliento. Pero hay una len-

gua universal para el hijo nacido humano. Una lengua primera que se oye, el llanto: pedido en estado puro.

Dolor, golpe y sonido, llamada a un Otro materno en demanda de respuesta. La madre que recoge la llamada, descifra paulatinamente el glosario de reclamos que se diferencian en pequeños matices. Matices audibles que se despliegan desde la desesperación hasta el agotamiento y será la interpretación de la madre la que determinará retroactivamente su sentido, mientras él, la cría, podrá abrir o cerrar la boca, pero en ningún caso podrá taparse los oídos.

Llanto, viene del latín *planctus*, ‘lamentación’, ‘acción de golpearse’, deriva de *plangere*, ‘golpear’, ‘lamentarse’, y de aquí viene el antiguo *plañir*. Es interesante que en el origen etimológico de la palabra llanto, *lamentarse* y *golpearse* se atraviesen, que estén hermanadas en su significación.

El eco proyectivo de algo doliente y violento despegaría desde el origen la complicidad de su juego de veladuras, solapándose mutuamente. Se dice también que en la medicina medieval las lágrimas fueron asociadas con los humores del cuerpo, y el llanto era pensado como una purga de humores, como *excesos* del cerebro.

El llanto de la cría humana en el nacimiento es una primera llamada, que atraviesa cual flecha audible la indefensión radical de todo humano cuando ingresa en el enigma del deseo del Otro. Talla con su llanto su proyecto erótico-mortal próximo a lo que Lorca llamaba el “*grito terrible*” capaz de *dividir el paisaje*. (4)

Llanto, grito, llamada íntima que se abre camino de la insuficiencia a la anticipación. Llamada a un Ideal que lo aparte, de lo que llamaremos, de la ‘disolución/desilusión’ y del desfallecimiento.

Esa soledad esencial que nos habita, puede alcanzar en ciertos adultos el carácter de riesgo cuando se produce una quiebra psíquica, sin que debamos aproximarnos a esa quiebra como sinónimo de fragilidad, al menos en principio. Se trata de una desesperación activa cuyo talento no alberga el silencio sino que ordenará el movimiento de Eros. Motricidad que desde la necesidad/pulsión y la agitación corporal, a través de la introyección (freudiana) provoca el pensamiento.



En la obra de Freud, la introyección quedó asociada a dos escenarios complejos: por un lado como inscripción simbólica en la construcción de la realidad y por el otro, lo introyectado advenía como el elemento fundamental del sujeto psíquico en la conquista de su identificación estructural. En el primer escenario las introyecciones inscriben las representaciones de lo social, del mundo circundante en el psiquismo, es decir no todas las introyecciones confluyen en identificaciones, “enriquecen el mundo representacional y alimentan los procesos de pensamiento” (5).

En el segundo escenario, a partir de la puntualización de algunos textos metapsicológicos que se producen entre 1910 y 1925, las introyecciones son las que posibilitan las identificaciones estructurantes del sujeto. Por ejemplo, para Freud la identificación edípica supone la introyección como operación previa. El concepto de ‘introyección’, introducido por Ferenczi, evoluciona y adopta para Freud la propiedad de operador psíquico, permitiendo el anudamiento de la noción de identificación y de pulsión, sin que esto quedara claramente explicitado.

En la obra de Lacan la identificación se desustancializa, se separa de la pulsión. Queda ligada al rasgo unario y al significante. Entonces la introyección cambia de sitio. Ya no se trata de la introyección del objeto, sino que la introyección será la que inscriba los significantes en la oquedad de la relación del sujeto con el Otro.

Mientras para Freud la cría humana aspira el ambiente en su sed identificatoria, para Lacan habría una potencialidad de introyectar, pero el infans será identificado (pasivamente podríamos decir) desde el lugar del Otro. Sin embargo en su teoría del estadio del espejo afirma que la identificación imaginaria es promovida por la incitación del encuentro con el semejante. Por el momento vamos a prescindir de optar por uno u otro enfoque teórico y vamos a destacar la importancia de ambas posiciones para pensar al candidato a sujeto. En cualquier caso al devenir sujeto estará atrapado en un saber que desconoce.

### La cicatriz del desamparo

En el siglo XIX tanto para Freud como para la psicofisiología imperante el organismo tenía

tendencia a descargar la cantidad de excitación sobrante para mantener su equilibrio. En 1915 en “Pulsiones y destinos de pulsión” sigue adhiriéndose a esta visión fisiológica con referencia a los estímulos y sigue presente en él, la preocupación por los mecanismos que regulan la descarga de estímulos (*Reize*).

“En Freud, es antigua la idea de que el **exceso** de *Reize* es vivido por el sujeto como algo avasallador que lo lleva a un estado de desamparo (*Hilflosigkeit*). El término *Hilflosigkeit* está cargado de intensidad, expresa un estado próximo a la desesperación y al trauma. Ese estado es semejante al vivido por el bebé, que después del nacimiento es incapaz por las propias fuerzas, de retirar el exceso de excitación por vía de la satisfacción, y sucumbe a la Angst (miedo, eventualmente ansiedad o angustia); aun habiendo en 1926 reformulado su teoría sobre la Angst, Freud mantiene la idea de que el sujeto expuesto al exceso de excitación vive una situación de desamparo, necesitando lidiar (*bewältigen*) con el torbellino de estímulos que lo acometen.” (6)

La noción de desamparo pertenece a su entramado conceptual forjado entre 1900 y 1910. Recordemos que la concepción del aparato psíquico, la sexualidad infantil y el desamparo articulado con el deseo inconsciente, pertenecen a aquellos primeros pasos, en que estas nociones ya fueron enhebradas con la noción de identificación. Momento de la teoría funcional, previo a la perspectiva estructural de la segunda teoría de la identificación, gestada entre 1910 y 1920. Intervalo, en el que la identificación abandona el terreno estrictamente psicopatológico como parte fundamental de la formación de síntomas y pasa a habitar de forma esencial la concepción psicoanalítica de la estructuración del sujeto psíquico. La categoría de la identificación cambia de status, pasa de ser parte de lo patológico a ser causa de lo psíquico.

Esta nueva orientación hace de la identificación el artífice de la transmisión psíquica transgeneracional, ya que sería esta operación la que produce las inscripciones psíquicas como suelo de las estructuras estables del psiquismo. En tanto lo intersubjetivo deviene intrapsíquico, todo objeto nuevo que ingrese en el espacio psíquico del sujeto, será para él, objeto de transferencia.

Debemos tener en cuenta que la identificación, como la operación que habrá de contener la historia de la psiquización del sujeto, y la angustia, son una pareja conceptual, deducible de la teoría freudiana de las identificaciones, y esta unión participaría de la quiebra psíquica. La operación identificante, según Freud, desexualizaría la pulsión y la misma defusión pulsional de Eros/Tánatos incrementaría el sadismo del Super Yo.

Freudianamente hablando la identificación secundaria y edípica soporta y resigna. En primer lugar soporta la desexualización y en segundo, resigna la fusión, en consecuencia, la defusión pulsional que se produce libera pulsión de muerte. Estas cargas tanáticas desligadas, como la energía libre del proceso primario, serían entonces motores productores de angustia, que participarían sin descanso en la obtención del síntoma. Imprescindible para neutralizar el exceso. Así mientras el Yo se aboca a la sublimación, se fragiliza al mismo tiempo por el incremento de la exigencia superyoica. (7)

Se nos puede decir que los psicoanalistas nos repetimos buscando en el desamparo originario la fuente inagotable que da cuenta del sufrimiento. Lo que ocurre es que el exceso de estímulo sigue produciendo sufrimiento a lo largo del devenir de un sujeto. No se trata de la potencia del eterno retorno de un concepto que engulle cualquier instancia que pretenda establecer una diferencia, sino de no obviar la marca de este ‘acontecimiento’. Elijo esta palabra porque el desamparo funda e inaugura nuestra llegada a la vida, nos hace humanos y hablantes, nos obliga a depender y a llamar, independientemente de que seamos o no acogidos e independientemente de que se nos oiga. Va a ser a partir del acceso al lenguaje, abrazado a ese ‘acontecimiento’ que es el desamparo, desde donde el sujeto se inscribirá en la estirpe.

La historia subjetiva será la matriz de su lugar en la cadena transgeneracional. Utilizamos la palabra transgeneracional y no intergeneracional porque suscribimos la idea de lo inconsciente como transindividual (8), la identificación al rasgo como causa de lo psíquico y como noción de borde, lindante, entre lo psíquico y lo social.

Es decir la identificación simbólica vehiculiza la transmisión transgeneracional, desliza la semejanza y la diferencia de aquello que el sujeto le colocó al objeto, para recapturarlo luego.

La incapacidad para autoabastecerse del recién nacido junto con la primera experiencia de satisfacción, generadora de la huella mnémica desiderativa, inauguran la realización alucinatoria del deseo. La búsqueda de aquella huella va a permanecer como rasgo del sujeto, que al inscribir sus huellas deseantes va separando su ser del cuerpo biológico y construyendo su cuerpo erótico hasta conseguir subjetivarlo. Al mismo tiempo los adultos que le atienden, inyectan su sexualidad mientras satisfacen las necesidades del lactante. La potencialidad patologizante y en ocasiones psicotizante del ambiente, reafirma este enlace psíquico y social de la identificación.

Ese trayecto que va desde el llanto a la identificación, es la prematuridad insoslayable generadora de dependencia y es la que sella de humanidad a la cría. Dependencia que se firma con el llanto que por un lado intenta desprenderse del exceso de estímulo, y que por el otro busca ser escuchado.

Si bien reconocemos la adherencia freudiana al modelo biológico, recordamos que se trata sólo de un referente a partir del cual dar el salto desde la primera experiencia de satisfacción, es decir desde la función nutricia a la función erógena, puerta de entrada en la dimensión fantasmática.

Volver al desamparo originario supondría, volver para no repetir el concepto sino para contraerlo, ya que todo concepto es portador de su propia insuficiencia. Diríamos desde la práctica clínica que hay una insuficiencia radical en todo concepto así como una zona de penumbra. Insuficiencia productora de una frustración que activa el campo del saber y también impone al analista una renuncia: colocar al concepto en el lugar de un Ideal.

A su vez si entendemos la repetición con elementos distintos en lo Real, entonces de la **repetición** emerge la **diferencia**. De igual manera que esa insuficiencia esencial del concepto es el campo en el que germina su riqueza, la zona de penumbra nos permite comprobar que el concepto no tiene sitio para la corpulencia del absoluto.

Por su parte el “grito terrible” del desamparo vigila lorquianamente “*en el museo de la escaracha*” (9) porque aún hoy nos seguimos preguntado hasta dónde es soportable para el sujeto esa verdad que se rompe en el grito. La verdad no se



resigna a ser capturada y lo reprimido retorna. O bien, somos retornados en tanto no haya operado el repudio. En el trayecto de la vida la diacronía acumula huellas y la sincronía quebranta una cicatriz con memoria.

Cicatriz que sangra e irrumpe su violencia en la quiebra psíquica, no sólo ante cualquier situación de separación vivida como abandono, sino ante la pérdida del objeto que reenvía al sujeto a la relación con la nada.

Por eso el 'grito' del desamparo rechaza en el momento de su irrupción, todo intento de análisis, sólo pide ser contenido y que se le devuelva un objeto imposible. Rechaza con violencia la apertura de cualquier campo de exploración que conduzca a la infancia para que le sea devuelto lo que jamás ha existido, esa presencia maternal omnipotente y que ignoraba el desfallecimiento. Presencia física que buscará desesperadamente, apresado en una angustia que le amenaza con su disolución. Desalojar la intrusión del Otro para no quedarse sin aliento, ese Otro, que cuando lo es de la certeza, infiltrado en la identificación produce con dimensión de acontecimiento, la quiebra.

Desgarro del fantasma y arteria narcisista que antes de caer, porque *la identidad cuelga de un gancho*, rehace un vínculo forzado y absoluto con el objeto.

La tragedia edípica es como un arquitecto de la historia que se dibuja en la geometría de las subjetividades. Un organizador de la cultura como actividad sublimada ya que la prohibición está incrustada en el lenguaje.

Llanto y grito, si ambos son modos de llamada, el llanto disimula la energía violenta de la no resignación. Tragedia y empuje, poderío amargo de quien no dimite ante su propia existencia. Sonido robusto de la indefensión que repite y persigue el hallazgo de la diferencia, dirigido a desentrañar un enigma mortal, en tanto al igual que para los griegos, de la resolución de su enigma dependerá los senderos de su vida.

Lorca profundiza en el grito, en los "sonidos negros" que evocan el abismo. Desde el psicoanálisis podríamos decir, que se trata de una llamada a la huella que funda lo inconsciente.

## Repetición

A partir de Más allá del principio del placer se produce una rotación en la teoría freudiana. Hasta ese momento en su obra, se repite porque hay represión. La entrada conceptual de la pulsión de muerte no solo queda abrochada con la destrucción y las tendencias agresivas sino también con los fenómenos de la repetición.

Desde entonces la pulsión de muerte adquiere paradójicamente, un signo positivo dominando a la repetición y a su sentido. La muerte afirma la repetición. Ahora bien ¿bajo qué forma? Para Deleuze, se trata de la repetición y sus disfraces. Para Freud, de la insistencia de la pulsión de muerte en volver a un estado inanimado conservando un modelo material y fisiológico. Pero Deleuze rompe con un modelo evolutivo y material de la repetición, para llegar a afirmar que la repetición es esencialmente simbólica. Dilucida que en el fondo se trata de la repetición y sus disfraces; ya que es al constituirse como tal que la repetición se disfraza. No se trata de que esté debajo de una máscara, sino como hito entre una y otra. Las máscaras recubren a otras máscaras. "No hay un primer término que se repita; y hasta nuestro amor de niños hacia nuestras madres repite los amores de los adultos hacia otras mujeres". (10)

No se repite lo que ocurrió sino que en cada **intervalo**, entre una y otra repetición, habría un punto de inflexión que difiere de la repetición anterior, siendo la diferencia lo que permite incidir desde el psicoanálisis. Es esa diferencia la herramienta de la praxis psicoanalítica: el pasado es el tiempo infinito del inconsciente, el pasado trabaja en el presente, y es el intervalo de la diferencia, de la hiancia abierta hacia el pasado.

Decíamos al principio que había sido Gilles Deleuze y su manera de hacer de la repetición un concepto de diferencia, quien nos incitaba a re-visitarse a los griegos. Subrayando al espacio y al tiempo como medios repetitivos Deleuze se pregunta por qué la Naturaleza repite y por eso dice que la Naturaleza es un concepto alienado, porque la comprensión no está en ella, sino que la comprensión está *en el espíritu que la contempla o que la observa, y que se la representa*.

De ahí que nos podamos atrever a pensar al mito en el orden de la necesidad del nacido humano.

Necesidad de conferir a algún escenario el carácter de intocable, como si respondiéramos a una orden del imaginario individual y social según el cual: algo debe permanecer como otrora, apartado fuera de cuestión, intocado por la confrontación. De igual manera en el mito familiar se forjará el pivote en torno al que han de bailar los fantasmas de una y otra generación.

### Hacia los griegos: la senda del *logos*

Así como podemos leer en Freud metáforas arqueológicas para especificar estratos psíquicos con resto traumático, o utilizando la geometría del mito para hacer de Edipo la encrucijada del padre; otro contorno surcado en este trabajo ha sido, volver a la estela de algunos griegos para recrear de su pensamiento, donde la palabra trauma evocaba herida, y donde trauma también llegó a ser, hablando de guerras, una forma de llamar a la derrota.

En el centro de la palabra griega felicidad, *eudaimonía*, está anidando el *daímon*, que bajo la caprichosa forma de un duende otorgaba sus dones a los hombres, pero sin embargo reservaba a los dioses el reparto gratuito de los beneficios. En “El porvenir de una ilusión” de 1927, Freud advertía que los bienes obtenidos por el hombre, su manera de conseguirlos y de distribuirlos no podía transformarse en *lo esencial o lo único de la cultura*; sino que el hombre debía consumir un cambio que lo hiciera *portador de la cultura*. E. Lledó por su parte nos recordaba que el ‘*bientener*’ era lo que les garantizaba a los griegos el ‘*bienestar*’, hasta que la intimidad del lenguaje transformó el ‘*bienestar*’ en el ‘*bienser*’.

En el dominio de lo imaginario, del puro espejismo, la verdad se asoma con voz tímida. Los mitos, también los ‘endopsíquicos’, muestran que su *poyética* construye una armonía cautivante para todo sujeto, ya que lo que cautiva también sostiene; el problema anida en el lado quebradizo del cautivador y del cautivado.

Tal vez por esa armonía cautivante las referencias mitológicas han sido tan frecuentes en Freud. La riqueza argumental de la construcción mítica del mismo Freud nos ha facilitado la visualización de algunas de sus nociones.

El héroe no podía dejarle indiferente porque resumía dos elementos importantes: naturaleza e ilusión. La ilusión surge de la mirada del hombre que construye para nominarla, su nombre. Podríamos concebirla como un acto *poyético*. La naturaleza, como afirma Freud en “El porvenir de una ilusión”: nos mata; la ilusión, nos advierte que los sentidos pueden engañar (11). Dice Ferrater Mora que los filósofos griegos hacían ya la distinción entre ‘realidad’ y ‘apariencia’ apoyándose en la desconfianza de la percepción sensible, sin que en ningún caso ‘el mundo de la ilusión’ haya sido declarado ‘inexistente’.

El hombre tenía que construir sistemas de creencias que lo protegieran de la barbarie. La identificación de los sujetos con sus sistemas de creencias ha producido el agrupamiento y ha transmitido sus leyes e ideales. Es posible que se escrutara en la sombra del mito, una señal que funcionara como instancia tercera entre lo que mata y lo que engaña, pues aunque la acción de comprender se sirve de la ilusión, toda comprensión se inserta en lo simbólico.

Siguiendo la senda del *logos* y la *poyética* y antes de retornar a los griegos vamos a mencionar a un filósofo judío-alemán, pero nacido en Poznan, actual ciudad de Polonia, (1874/1945). Su nombre es Ernst Cassirer, y es quien plantea la posibilidad de repensar a la filosofía no sólo como crítica del conocimiento, sino como crítica de la cultura humana en tanto actividad simbólica que se aleja de la inmediatez del dato y es objeto de la creación del hombre. Ya había sido dicho por Aristóteles que el hombre era *un animal político*, y era la ciudad, la *pólis*, la que ofrecía una forma de convivencia; mientras la *política*, se ocuparía de la organización de la *pólis* para compensar al hombre de su soledad originaria.

En su libro “Filosofía de las formas simbólicas” Cassirer analiza la noción de ‘símbolo’, para llegar a afirmar que el hombre es *un animal simbólico*: “*el hombre es el único, de todos los animales, que tiene logos*”. El ‘*tener*’ de esta frase despeja la expresión ‘*dar logos*’. *Se tiene el logos*: en tanto instrumento fundamental para la estructuración de la ciudad atravesada por la política, *para darlo*. La palabra, como tesoro de intimidad que cada uno se da a través de la donación del Otro, crea y recrea lo que somos.



Para Cassirer la consciencia humana por obra de la **identificación**, se nutre y aprende de la lengua materna, como una forma de entrenar a su propio destino. Para él la voz que emitimos en el inicio de la vida no es sólo un grito de dolor, un aliento de placer, es un soplo semántico que saliendo de nuestra boca ha de llevar al hombre hacia el universo de lo simbólico.

Volviendo a nuestra senda podríamos decir que para los griegos en el siglo VI a.C. la figura del héroe metaforizaba una lucha contra un destino mortal mientras la mitología y la filosofía dirigían su mirada hacia el núcleo de la *physis*, es decir hacia el origen primario de lo que existe en el mundo, la naturaleza.

*Physis* es una palabra griega que se traduce como naturaleza, se deriva de un verbo que significa brotar, nacer, crecer, aparecer, desarrollarse; lo opuesto a terminar, perecer. Para los griegos tenía un sentido dinámico y estaba referida a la fuente, a la fuerza de donde nacen las cosas. Esta fuerza creadora que alimentaba el despliegue del universo, transportaba también sus limitaciones, a las que solo eran ajenos los inmortales, los dichosos habitantes del Olimpo.

Si una criatura estaba vinculada en el orden de la necesidad a los frutos de la tierra, era mortal, y por tanto era imperfecta. Ser un hombre implicaba estar atado a los límites del tiempo. Este carácter menesteroso del hombre le empujaba como decía Platón a volcarse en diversas formas de unión con la naturaleza que le rodeaba y a unirse con los otros hombres, deviniendo en el decir de Aristóteles un ‘animal que habla’, es decir un ‘animal político’.

Asistimos así al nacimiento de una cultura en principio épica, de un *lógos* en el que el pasado de las hazañas de los héroes, el relato de las guerras se alzaba sobre la inmediata temporalidad que consumía al hombre y le permitía transmitir la historia, hilar en la lengua los acontecimientos, lo que concierne a interpretarlos. Sin las palabras el hombre se quedaba privado de su singularidad.

En el siglo IV a.C. para Hipócrates había que hacer de la naturaleza, el médico de la enfermedad. El médico secundaba a la naturaleza como pro-

ducto de su arte. El arte era tratar de hacer lo que la naturaleza consentía que se hiciera; acto ético de profundo respeto al otro.

¿Porqué no preguntarnos si en la mueca del lenguaje que alcanza al sujeto en la quiebra psíquica, portadora del trauma; en ese exceso fuera del sentido que lo parasita, no se podría esconder una mueca simbólica permutable para su reconocimiento donde la *poyética* del análisis encarnaría el resquicio de una salida?

Hipócrates incorporaba la *retórica* a la medicina y la palabra pasaba a formar parte de la cura. El *logos*, el lenguaje sobre la *physis*, mientras la naturaleza del cuerpo se organizaba en torno a los humores. De tal forma la palabra habitaba lo Real del cuerpo. La palabra psiquisizaba al cuerpo.

El sofista Gorgias de Leontini en Sicilia fue el inventor de la *retórica*. Dirigía a los pacientes de su hermano Heródico un discurso persuasivo, como se puede leer en el Diálogo platónico que lleva su nombre (Gorgias). Él relata cómo conseguía convencer a los enfermos que ponían resistencia a las indicaciones médicas con el arte de la *retórica*.

Así como la **armonía** constituía la salud, al igual que en el aparato psíquico freudiano, el **exceso** de un elemento constituía lo patológico. La enfermedad fue dejando de ser exterior para ser internalizada. La naturaleza humana era ya la suma de *soma* y *logos*. Se insinuaba la psique.

Para los hipocráticos, la práctica terapéutica dejaba de ser magia y se convertía en *techné*, el arte de curar. La *techné* reuniría nuestros términos conocidos como: ciencia, arte y técnica. Tenía límites y un fin concreto; se oponía a la casualidad.

La *techné* incluía una transferencia al saber ya que consistía en un saber-hacer por haberlo aprendido para un fin determinado. En oposición a la *poyésis*, la *techné* era lo enseñable y lo transmisible. Por consiguiente de la *poyésis* se podría hablar pero no se podría transmitir. Me desvío aquí para apuntar que si consideramos al acto analítico como acto *poyético* será siempre forzado todo intento de comunicarlo en una enseñanza.

Este arte de la *techné* estaba unido al tiempo. Se trataba de un arte de lo adecuado, un arte de trabajar con el tiempo. Lo adecuado era el momento óptimo, a lo que llamaban el *kairós*. Se trataba de decir lo que había que decir y cuando correspondía. La búsqueda del *kairós*, del instante propicio para intervenir, es una noción que aparece repetidamente en los textos hipocráticos, ya que de esa intervención en el instante indicado dependía muchas veces la vida del enfermo. Para los hipocráticos ‘saber hacer’ era: saber qué se hace y por qué se hace. El arte de la medicina era *poiyésis* y la *poiyésis* se caracterizaba por ser una producción propia. Si se creara lo que se supone saber, se borraría lo que supuestamente se ha creado.

Debemos resaltar que esa *poiyésis* no era transmisible puesto que era única. Se trataba de algo nuevo que surgía en ese acto. Para el psicoanálisis un acto de creación no significa necesariamente sublimación, en tanto el acto de creación es un momento de apertura del inconsciente, donde algo se pone en marcha y trabaja en nosotros sin participación de un yo. (11) De aquí que podamos pensar lo terapéutico como creación, ya que la potencialidad psíquica se activa buscando los restos de su historia para re-crear otra cosa y renovar hasta sus síntomas.

La *empireia*, no era solo la experiencia sino la forma de trato con las cosas de la enfermedad. Aunque estaba en estricta relación con la *techné*, a la *empireia* no se la consideraba del todo segura.

García Gual en su introducción a los Tratados Hipocráticos dice que en el 500 a.C. fue Alcmeón de Crotona quien después de afirmar que el papel medular del cerebro era ser el centro del pensamiento y del sistema nervioso, definió la salud como un equilibrio de fuerzas y la enfermedad como un **excesivo** predominio de una de ellas. Es interesante el nombre elegido para la salud, *isonomía* y para la enfermedad, *monarchia*, utilizando una metáfora política que parece haber abierto un camino muy transitado por los hipocráticos. Como se puede observar la preocupación freudiana por la imprescindible descarga del exceso que garantiza el equilibrio psíquico, no se aleja de esta idea capital en los griegos.

La monarquía de la enfermedad, por su parte no ha perdido actualidad y sigue sometiendo al sujeto al padecimiento del exceso.

Platón en el Fedro escrito algunos años después de la muerte de Hipócrates, elogia el método de éste al señalar al método médico como el que debe servir para una verdadera retórica científica.

El arte y la *techné* para tratar las almas por el discurso médico persuasivo, es una afirmación que Platón pone en boca de Sócrates en el Fedro. Viene a legitimar así a Hipócrates como el creador de una dialéctica de la técnica y el arte del pensar. El método del maestro de Cos del que habla Platón, consagra a Hipócrates como primer dialéctico de la ciencia de la historia. Método dialéctico concebido para alcanzar la *épistēmē* en el estudio de las enfermedades, nacido de la praxis, de la experiencia clínica. Luego Platón lo sistematizaría para aplicarlo a la retórica, como ciencia y arte de la conducción de las almas: *psicagogia*, explicada y definida por primera vez en el diálogo de Fedro con el tema de la psiquiatría y la clasificación de la locura.

La palabra *psyché* aparece raramente en los Tratados del Corpus, por ejemplo en “Sobre la dieta”. El hombre era un cuerpo sano o enfermo, cuyos trastornos psíquicos tenían también un origen corporal, idea que muchos en el siglo XXI aún conservan. Se consideraba que el médico hipocrático era un profesional que aplicaba una *techné* que estaba vertebrada en una *therapeia* al servicio del cuidado del cuerpo del enfermo. Este era su objetivo.

El médico mediante su cuidado pretende recuperar la salud natural, *el buen orden del cuerpo*, en la línea de Alcmeón, el equilibrio interno que habría sido perturbado por algún agente dañino, ya que todo debía funcionar en armonía con la naturaleza.

Vencer a la enfermedad significaba reconquistar la propia *physis*, expulsando los factores dañinos que la descompensaban. La enfermedad, *nósos* era un concepto esencial en la perspectiva hipocrática, en tanto el hombre era un *ser sujeto* a la enfermedad y a la muerte. Los médicos de la segunda generación hipocrática son los que empiezan a utilizar el término ‘humores’. El término *psyché* poseerá un valor psicológico/antropológico en “Sobre los aires, aguas y lugares”. Va a adquirir valor de ‘carácter’ de un individuo o de un pueblo.



A pesar de los conocidos enfrentamientos habidos entre medicina y filosofía, pareciera que al hipocrático no le interesaba demasiado saber sobre el ser del hombre, sino la observación del cómo y cuándo enfermaba; cómo podía ser devuelto a su salud y a su equilibrada naturaleza, y para ello el médico ponía en juego toda su capacidad de observación, sus sentidos y su práctica clínica: *“a partir de lo que se muestra debe ver lo oculto”*. A partir de los síntomas debería deducir los padecimientos internos y pronosticar el proceso morboso.

El hipocrático debía interpretar, leer, en el rostro, en la postura del enfermo su dolencia. El pronóstico importaba más que el diagnóstico y era lo primordial de ese saber médico, que veía al enfermo **como paciente de un proceso**.

El médico hipocrático no disponía de un cuadro de muchas enfermedades con nombres específicos a los que referirse y su farmacopea era muy pobre. Su *techné* trasladaba a los elementos benéficos de la propia naturaleza su carácter sanador.

El médico era un tercero que asistía como un refinado y atento testigo al combate que libraba el enfermo con su malestar. La atención centrada en la observación clínica del médico antiguo abarcaba no solo a los factores de su naturaleza que alteraban su equilibrio, sino al ambiente en el que el enfermo vivía y actuaba. La dietética llegaba a ampliarse en su estudio hasta las condiciones circundantes al paciente. Se comenzaba a pensar que el hombre estaba condicionado por su entorno físico y climático. (La atención dedicada a estos factores es evidente en textos como “Sobre aires, aguas y lugares” pero también en muchas historias clínicas de las “Epidemias”).

Ya nos hemos referido a las complejas relaciones entre la medicina y la filosofía en la antigua Grecia a pesar de, o gracias a lo cual, se influyeron recíprocamente, aunque la medicina haya sido una de las primeras ciencias en conquistar su autonomía metodológica. La unión entre filosofía y medicina no se iniciará de manera acabada hasta los pitagóricos. Sin embargo filosofía y medicina se han enriquecido mutuamente, manteniendo un diálogo inagotable aunque no siempre manifiesto pero fecundo y fecundante, desde su naci-

miento hasta el paso del mito al logos, haciendo del tiempo *‘el eje de la historia’* como lo bautizara en su día Karl Jaspers, médico psiquiatra y filósofo.

Si se considera a la filosofía previa y determinante de la medicina, la primera, la filosofía iría de la idea al hecho, de la teoría a la *praxis*. Mientras que el pensamiento auténticamente hipocrático va de la observación de los hechos a la reflexión teórica, de la *praxis* al *logos*. Para algunos filósofos la medicina le debe a la filosofía el haberse convertido en una ciencia ya que fueron los filósofos jónicos de la naturaleza los que buscaban la explicación natural de todos los fenómenos. Este aspecto lo aprovecha Hipócrates y lo hace brillar en el texto considerado fundacional de la neuropsiquiatría, la Enfermedad Sagrada. Para otros la medicina griega merece ser reconocida como la que antecede a la filosofía socrática, platónica y aristotélica.

Resumiendo sería la filosofía presocrática de la naturaleza la que habría fecundado a la reflexión teórica de la medicina, y esta a su vez desde la *praxis* y el logos habría fecundado a la filosofía a partir de Sócrates en adelante. Por su parte el método dialéctico del maestro de Cos habría sido el que anticipara la dialéctica de Platón y también la de Hegel.

Hay un momento muy destacado de la cultura griega y es el del apogeo de la ilustración y del racionalismo, momento al que pertenecen los escritos de los últimos decenios del siglo IV a.C. en su mayoría son obra de Hipócrates y de otros médicos de su generación. Son profesionales comprometidos en demostrar que la medicina, es un saber operativo acerca del hombre y del entorno en el que vive y perece. Hipócrates era unos 10 años más joven que Sócrates, nació en el 460 a.C. Sócrates era descendiente de Asclepio, considerado el héroe fundador de la medicina.

La concepción filosófica de la enfermedad y la salud en la que el hombre era pensado como un organismo complejo sometido a la labor originada por factores naturales es anterior a Hipócrates. Alcmeón de Crotona, Empédocles de Agrigento, y Diógenes de Apolonia inician esta tradición como pensadores de particular influencia presocrática.

La concepción de la salud como equilibrio interno, de la enfermedad como el **excesivo** predominio de un elemento sobre otros, y la teoría de que el cerebro era el origen de la actividad mental ya había sido expuesta por Alcmeón y recogida por los médicos hipocráticos. No es en sí misma la aceptación de estos principios lo que define a la medicina hipocrática, sino la instrumentación y el aprovechamiento que hacen de ellos, al hacer de la reconquista de la salud, la restitución del equilibrio somático. No solo se le exigía al médico estar atento sino también el aprovechamiento del *kairós*, ya que el tiempo, como ocurre en la práctica analítica, eran factores de incuestionable valor en todo proceso terapéutico.

En lo que se refiere a las enfermedades se las reconoce en una larga lista que va desde la naturaleza universal a la singular, pasando por los hábitos, las palabras, los gestos, los silencios, los pensamientos, los sueños, los insomnios, las pesadillas, cuáles y cuantas, los tics espasmódicos y **sus llantos**.

La visión del hipocrático es integral, se centra más en el conjunto orgánico que en el órgano específico dañado. Se le reclama atención porque además de ver y tocar, debe escuchar. Los diagnósticos locales se dejan de lado para estudiar el cuadro sintomático general. Por la misma regla de tres al hipocrático le interesa más seguir el curso de la enfermedad que atender al estado momentáneo del paciente. La protagonista de la historia no es la enfermedad sino el paciente con su naturaleza particular y su organismo humano.

Lo cual nos hace pensar que el médico griego incluso mientras creía atenerse a su estricta observación, no podía escapar a un a priori inconsciente, a una interpretación de los hechos que podía enmascararlos. Toda hermenéutica respecto de un saber se inscribe en un sistema de creencias precedentes, que así como engendra nuevos saberes los restringe. Así las generalizaciones heredadas de la fisiología presocrática condicionaron inevitablemente, aunque sirvieran de base, a la medicina hipocrática.

### La tragedia

Evocar ahora el núcleo de la tragedia es también exhumar que lo que Freud definió como un axioma en el mito, en el Complejo de Edipo de cada

sujeto, para Lacan es una estructura, un nudo freudiano.

Ni en la tragedia ni en el complejo de Edipo se soluciona nada, pero sí se anuda algo, en los casos afortunados, la posición que va a tener un sujeto. Ese anudamiento, tampoco es una solución, pero sí una propuesta de articulación del lenguaje a su malestar. Esta articulación claramente se tambalea cuando el trauma se rinde a la pasión imaginaria y hunde al sujeto en las grietas del phatos, en el sentido del sufrimiento.

Se considera 'tragedia', a un género teatral precedente de la Antigua Grecia, inspirada en los ritos y representaciones sagradas que se hacían en Grecia y Asia Menor, aunque su origen sea un problema no resuelto. La etimología de la palabra nos lleva a un ritual de sacrificio, en el que se ofrecían animales a los dioses.

La tragedia devino una obra literaria y dramática de la Antigua Grecia como manifestación teatral, de estilo elevado, capaz de infundir lástima y terror. El destino funesto del héroe acababa habitualmente en un desenlace desgraciado. Señala Aristóteles que nace como una improvisación (antes de asumir una forma escrita y preestablecida) "*del coro que entonaba el ditirambo*", que consistía en un himno, un canto coral en honor de Dioniso en el que se exaltaba el vino, la música y la sensualidad. Se cuenta que al inicio eran breves manifestaciones con acento burlesco y elementos satíricos.

La característica del ditirambo era el elogio exagerado y un enaltecimiento **excesivo**. Dioniso era la divinidad protectora de la vida y símbolo del placer, del dolor y de la resurrección. Los ditirampos eran justamente los himnos que se cantaban en su honor en la época de la vendimia. El canto épico-lírico que se recrea en el ditirambo acaba transformándose en teatro.

Etimológicamente se distingue también en la palabra 'tragedia' la raíz de (trágos) "macho cabrío" y (díā) cantar. Sería como "el canto del macho cabrío" en referencia a algún certamen trágico o al sacrificio de este animal sagrado y consagrado por el público como ofrenda a Dioniso. Otros anudan trage-*dia* con *oda*. De *oda* se dice que es una obra poética de tono elevado que más allá



del tema que recrea, recoge en el canto una reflexión del poeta.

La soledad del héroe se fue transformando en uno de los temas de la tragedia. Estaba estructurada en tres partes: el prólogo, que según Aristóteles es lo que antecede a la entrada del coro, daba una ubicación temporal uniendo el pasado del héroe con el presente. También en el prólogo se informaba al espectador del castigo que iba a recibir el héroe. Luego proseguían los cantos a cargo del coro y la orquesta.

Posteriormente seguían los episodios, es la parte esencialmente dramática, donde se producen los diálogos entre el coro y los personajes y entre los personajes entre sí. Por último el éxodo era la parte final de la tragedia donde el héroe reconocía su error, recibía el castigo divino y allí residiría la supuesta enseñanza moral para el espectador, que alejándose de sus pasiones alcanzaría un nivel de sabiduría.

Después de haberse inventado el género de la tragedia con argumento histórico (La Toma de Mileto, por ejemplo) desarrolla significados nuevos y su estilo trágico se fue transformando en sinónimo de poesía o estilo ilustre. Así como en un principio se le había conferido un profundo sentido religioso en tanto la obra trágica había nacido como representación del sacrificio de Dioniso (Baco) y formaba parte del culto público, fue evolucionando hacia el drama trágico.

Entre el genio primitivo de Esquilo y el espíritu razonador de Eurípides aparece Sófocles, uno de los poetas trágicos más conocidos por nosotros. No sólo por ser uno de los grandes maestros de la tragedia griega, sino por ser Edipo la obra trágica sobre la que Freud desarrolla una de las arquitecturas míticas más significativas de la construcción psicoanalítica.

Esquilo es con quien la tragedia empieza a ser una trilogía y por su rigor extremo, es a quien se considera responsable de establecer reglas fundamentales en el drama trágico. Al introducir a un segundo actor hace posible la dramatización de un conflicto. Sus personajes son héroes con características superiores a las humanas.

Con Esquilo la representación de la tragedia asume una duración definida desde el amanecer has-

ta la puesta de sol, tanto en la realidad como en la ficción, y en el mismo día se representaba la trilogía: tres partes narradas con un hilo conductor que al aunarse construían una misma historia.

La cotidianeidad llegaría con Eurípides así como una mayor atención sobre las emociones de sus personajes. El realismo con el que traza la narración de la dinámica psicológica de los personajes se considera una de sus mayores creaciones, de tal forma que pueden aparecer seres problemáticos e inseguros que se alejan de la figura del modelo del héroe clásico. Aunque continúan procediendo del mundo del mito pueden aparecer asediados por la locura, la perversidad o la sed de venganza.

Gracias a estas producciones artísticas hemos podido comprobar la atención dirigida por el hombre hacia su mundo interno. La tragedia es también una exploración del autor por los abismos del alma. Lo trágico tiene un eje común que será la lucha contra un destino inexorable, determinante de la vida de los hombres, de los mortales, una búsqueda acuciante y sin tregua.

El eje central de la tragedia al igual que cuando el psiquismo se quiebra, es la restitución dolorosa del orden y la memoria del trauma derramándose entre el Unheimlich y la angustia, o entre la soledad y el silencio de su destierro.

Sófocles, surge como el joven rival de Esquilo. Entre sus innovaciones debemos destacar: la introducción del monólogo (por ejemplo Edipo), la introducción de un tercer actor lo que permitía multiplicar el número de personajes, y en consecuencia la humanización de la escena, ya que el tercero siempre humaniza y permite a los personajes ahondar en su verdad, facilitándole al público la catarsis por identificación. Las dificultades y los conflictos de sus héroes no son consecuencia de la culpa sino que desarrolla en el drama una reflexión sobre el sufrimiento como condición central de la condición humana.

Para él la soledad del héroe es una idea primordial. Cabe destacar en su teatro su fidelidad a una concepción del mundo, según la cual el mundo se hallaba regido por las leyes eternas. Estas leyes estaban encarnadas por los dioses y los hombres se hallaban sujetos a ellas. El hombre debía asumir su destino y llevar una vida sujeta a

sus principios éticos. Por todo esto varios pensadores han considerado que en la tragedia griega, la tragedia es la soledad. Este héroe de carne y hueso no luchaba contra un enemigo exterior sino contra sus propias miserias.

Respecto de lo trágico Deleuze destaca que tiene que ver con la naturaleza del saber reprimido, saber del que se está separado por lo que ignora que sabe. Esta es solo una cara de la repetición. Vamos a recordar su cita:

*“Hay una tragedia y una comicidad en la repetición. La repetición aparece siempre dos veces, una como destino trágico, otra con carácter cómico. En el teatro, el héroe ensaya su representación precisamente porque está separado de un saber esencialmente infinito. Dicho saber está en él, se sume en él, pero actúa como una cosa escondida, como una representación encofrada...lo trágico tiene que ver con la naturaleza del saber reprimido... como si se trata de un terrible saber esotérico; de ahí la manera como el personaje queda excluido de él, la manera como ignora que sabe. El problema práctico en general consiste en lo siguiente: dicho saber no sabido debe representarse como impregnando toda la escena... comprendiendo en sí todas las potencias de la naturaleza y del espíritu; pero, al mismo tiempo, el héroe no puede representárselo, debe por el contrario ponerlo en escena, representarlo, repetirlo, ensayarlo”.* (13)

Saber representado pero ignorado que impregna la escena de la quiebra psíquica. Imposibilidad de representarse un intrusismo que más que denunciar la fragilidad de una identidad, revela la potencia de una identificación al vacío del Otro. La quiebra es una escena de exclusión donde el sujeto recrea un saber ignorado que clama y grita detrás de una significación. Debe repetirlo para llegar a representárselo, para traicionar el texto de la generación anterior, para reinventar a otro que esté de su lado y reaprender a vivir con un Otro perdido. Tal vez ésta sea una posibilidad de que aunque el trauma siga parasitándole, no le fagocite y que alguna verdad no-toda le autorice a vivir alojando a su enigma.

En nuestra lengua ‘enigma’ es sinónimo de misterio. Pero para varios autores el *enigma* en la tragedia se caracteriza por tener una formulación

contradictoria. A través de la Esfinge se hace presente una imposición divina, pero el enigma es siempre un enigma mortal y el hombre que se enfrenta a la Esfinge deberá resolverlo o de lo contrario perderá su vida. Es al *oráculo* a quien el dios inspira una respuesta y es el *profeta*, el intérprete de la palabra divina. Para Aristóteles el *enigma* es la formulación de una imposibilidad racional pero que aún así expresa un objeto real. Por eso se supone que es el sabio el que debería desatar ese nudo contradictorio.

### Edipo Rey

El conjunto de lo expuesto hasta aquí me ha llevado a escoger de la obra de Sófocles, Edipo Rey, para reflexionar sobre la soledad del héroe trágico.

Sófocles nacido en Colono murió en Atenas hacia el 406 a.C y fue Aristóteles el que hizo de su obra el modelo de la tragedia clásica como el mayor de los dramaturgos griegos. A diferencia de otros trágicos escribe una trilogía secuencial en la que cada una de las obras empieza y termina. Se considera que es el que mejor supo reflejar los dilemas espirituales del siglo V a. C, cuando Atenas se hallaba en su máximo esplendor político, económico y cultural. Sófocles hace de Edipo un héroe que se convierte en instrumento de su propia fatalidad. Cuando el asesino sea descubierto se le prohibirá rendir culto a los dioses, y *nadie del pueblo le hablará*; será prisionero del silencio, además de ser desterrado. Hay un diálogo entre Edipo y Tiresias que degenera en un enfrentamiento. Edipo se siente señalado por el adivino que denuncia su implicación en el asesinato. Edipo interpreta que se trata de una conspiración del anciano y de Creonte.

Su idea persecutoria muestra a un Edipo habitado por un saber ignorado.

Tiresias al verse insultado por Edipo como traidor decide hablar. Lo acusa de ser la causa de tantas desgracias y advierte que sobre él pesa una maldición. Acerca del asesinato de Layo dice que éste se encuentra cerca, que se cree que es extranjero pero se demostrará que es tebano, que será privado de la vista y exiliado; que será a la vez hermano y padre de sus propios hijos, hijo y esposo de su madre y asesino de su padre.



Entre los ancianos tebanos cunde la duda por las confusas palabras de Tiresias. Creonte se indigna al ser acusado de conspirar para usurpar el trono por Edipo y replica que él ya tiene suficiente poder en Tebas y que no desearía las preocupaciones y los problemas que debe afrontar un rey. Además señala a Edipo que no se debe acusar sin pruebas y que si no cree que lo que ha dicho el oráculo de Delfos sea cierto, puede ir él mismo a comprobarlo. También le dice a Edipo que si tiene pruebas de que él se ha confabulado con el adivino Tiresias, él mismo se condenará a muerte.

Yocasta, esposa de Edipo, ejerce de mediadora en la disputa y tranquilizando a Edipo le explica que no se había cumplido el oráculo.

Tras conocer los motivos, dice a Edipo que no debe dar crédito a las adivinaciones proféticas ya que un oráculo predijo a Layo que moriría asesinado por uno de sus hijos y sin embargo, Layo fue asesinado por unos bandidos en un cruce de tres caminos.

El hijo de Layo había sido entregado a un campesino para que lo matara, pero la conmiseración del campesino hizo que solo le atara de los tobillos abandonándolo en el bosque, esperando su muerte. Cuando Edipo conoce las circunstancias de la muerte de Layo y repara en sus características físicas se alarma y pide la presencia del único testigo del asesinato. Hay un gran suspenso porque Yocasta no conoce los motivos de ese miedo de Edipo.

Edipo le cuenta a Yocasta que sus padres fueron Pólipo y Mérope, reyes de Corinto. En un momento dado le llegaron rumores de que no era hijo natural de ellos y, al consultar el oráculo de Delfos, Apolo no respondió a sus dudas y por el contrario le dijo que se casaría con su madre y mataría a su padre. Por ello se había marchado de Corinto, para tratar de evitar el cumplimiento de esa profecía. Más tarde, en sus andanzas, había tenido un incidente en un cruce de caminos, había matado varias personas y sus características eran las mismas que las conocidas en el asesinato de Layo. La esperanza que tiene Edipo de no ser el asesino de Layo es que el único testigo había afirmado que habían sido varios los asesinos.

Yocasta manda llamar al testigo y también se presenta como suplicante ante el templo de Apolo para que resuelva sus males.

Mientras, llega un mensajero inesperado que trae nuevas noticias sobre los supuestos padres de Edipo en el reino de Corinto. Pólipo había muerto a causa de su vejez y quieren proclamar a Edipo como rey de Corinto. Yocasta, tras oír las noticias, trata de hacer ver a Edipo que tampoco el oráculo según el cual iba a matar a su padre se había cumplido y por tanto ya no debería de temer el otro oráculo que decía que se casaría con su madre.

El mensajero es conocedor del hecho de que en realidad Pólipo y Mérope son los padres adoptivos de Edipo, ya que él mismo lo había recogido cuando era un bebé abandonado por un pastor con las puntas de los pies atravesadas.

Al conocer los temores de Edipo, el mensajero le explica estos hechos pasados con la intención de que Edipo se tranquilice. Pero él quería desentrañar su origen y descubre que el mismo pastor que fue testigo del crimen de Layo había entregado a Edipo, cuando éste era un bebé, al mensajero.

La reina Yocasta, tras oír el relato completo del mensajero, ya ha comprendido todo el profundo misterio y sale huyendo después de intentar en vano que Edipo se detenga en su investigación.

Llega el testigo del crimen y es interrogado por Edipo y por el mensajero y en principio se resiste a dar respuestas. Ante las amenazas de Edipo revela cómo el niño que le había sido entregado para que lo abandonara en el monte Citerón era hijo del rey Layo y la reina Yocasta y había sido entregado a él para matarlo e impedir que se cumpliera un oráculo funesto y él lo había entregado al mensajero por piedad.

Edipo comprende que Yocasta y Layo eran sus verdaderos padres y que todos los oráculos se han cumplido.

A partir de esta revelación un mensajero de la casa cuenta todos los detalles del suicidio de la reina Yocasta y la posterior ceguera de Edipo.

Edipo aparece con los ojos ensangrentados y pide ser desterrado. Dice que ha preferido cegar-

se porque no puede permitirse ver, después de sus crímenes, a sus padres en el infierno, a los hijos que ha engendrado, ni al pueblo de Tebas.

Luego en la obra de Sófocles hay tres líneas:

1. un destino determinado por el oráculo: *el niño nacido de Yocasta mataría a su padre,*
2. la pulsión de saber en la insistencia de Edipo por *'desentrañar su origen'*
3. el crimen y el castigo. *Culpa irreparable quedando excluida la posibilidad de la palabra.*

Es decir su tragedia reside en lo irreparable, y lo irreparable queda atado a los tobillos de Edipo, a la culpa y a la ausencia de palabra proveniente del Otro. El héroe se quedará sin aliento y sin rozar siquiera "un hombro donde solloza la muerte" (14).

Según Pierre Grimal, Edipo es el protagonista más célebre de las leyendas de la literatura griega. Todos los antepasados de Edipo habrían reinado en Tebas y existen diversas tradiciones en lo que concierne al nombre de su madre, por ejemplo en la Odisea se llama *Epicaste* y en los trágicos *Yocasta*. Pero su papel es muy importante en la leyenda y también en la obra de Sófocles. En cambio, según Esquilo y Eurípides, el oráculo habría sido anterior a la concepción, advirtiendo a Layo y prohibiéndole que engendrara un hijo. Prohibición que Layo desatiende. En estas versiones se abre una consecuencia de desmentida: ¿sería la renegación del padre la que sentencia al hijo?

Edipo significa 'pie hinchado' ya que su padre, para impedir que se cumpliera el oráculo le habría perforado los tobillos para atarlos con una correa y la hinchazón producida por esta herida, sería la que da su nombre al héroe. Luego en el nombre ¿estaría ya la marca de una herida/trauma solidaria de la renegación?

Respecto de la causa por la que Edipo abandona a sus padres adoptivos también hay diferentes versiones, pero varias están ligadas **al interés del héroe por desentrañar su origen**. En cualquier caso, en el curso de su viaje llega a una **encrucijada**, a un cruce de caminos donde el terror se ofrece como sendero en su resolución de desterrarse para huir del vaticinio de Delfos y no matar a su padre Pólipo.

En la búsqueda de su origen mata a su padre biológico sin saberlo. Ésta escena lleva a Freud a importar del mito la escena parricida para conceptualizar lo que sería una de las nociones centrales del psicoanálisis, situando en el Complejo de Edipo la encrucijada que permitirá a Lacan introducir al padre como operador en la estructura del sujeto.

La tragedia de Edipo es la del saber que se ignora, la del trozo de historia que le fue sustraída por la generación anterior y de la que fue excluido; la tragedia del secreto que se sienta en la silla vacía a la que todos ven pero todos sortean.

Alejándose de Delfos, Edipo llega a Tebas y se encuentra con la Esfinge que plantea enigmas y devora, al igual que lo hace la culpa, al que no sea capaz de resolverlos. Huyendo de una amenaza se encuentra con otra. Al resolver Edipo los enigmas o bien el monstruo despechado se arrojó al abismo o fue el mismo Edipo quien lo hiciera. Para expresar su agradecimiento los habitantes de Tebas le dan en matrimonio a la viuda de Layo y le ofrecen el trono de Tebas; trono que Creonte, hermano de Yocasta, ocupaba como regente y que cede gustosamente por haber sido vengada la muerte de su hijo Hemón que había sido devorado por la Esfinge. No podemos dejar de subrayar como tanto en algunos relatos de los mitógrafos, como en la versión de Sófocles de Edipo Rey, se enlazan los siguientes itinerarios:

- 1º El héroe se autodesierra para salvar al padre (Pólipo) y por matar al padre (Layo) es desterrado.
- 2º El héroe encarna la maldición de la culpa como destino y hace de la soledad la consecuencia de la culpa y su tragedia.
- 3º El pasaje de la voz activa a la voz pasiva metaforiza otro pasaje, el del ser al estar en manos de la desventura de la que no hay salida.
- 4º El héroe se identifica con el padre que mata para salvarse firmando su infortunio. El asesinato como evitación precipita al sujeto en el abismo.

Podemos concluir que el personaje de Edipo encarna tanto la dependencia infantil respecto de los objetos primarios que la identificación del



Super-Yo perpetuaría, como el concepto freudiano de 1929/30 de “El malestar en la cultura”, donde el horror al castigo por las trasgresiones reales o fantasmáticas, permite la articulación entre el sentimiento de culpa y el imperativo del Super-Yo. La enseñanza de Lacan nos lleva a inferir de esa búsqueda y evitación del padre, que para Sófocles, Padre, tampoco era un significativo cualquiera sino privilegiado, ya que lo sitúa en el centro de la estructura trágica. Padre, es el significativo que pone en funcionamiento la trama. Padre es el operador.

### La soledad como tragedia

Exceso, tragedia y exclusión del saber son tres elementos que atraviesan la experiencia de la soledad en la quiebra psíquica y la soledad del héroe trágico. Sabemos que la exclusión del saber, este ‘él no sabía’ de Edipo es para Lacan la función propia del sujeto. Pero el color de la exclusión a la que hacemos referencia queda aislado del saber como consecuencia del accidente del Nombre-del-Padre, en éste caso, solidario del fallo en la generación anterior. La salida de la quiebra reivindica una traición al texto establecido, al guión de la generación de los padres.

Esa dimensión trágica de la soledad es la que podemos situar como característica de la que se experimenta en la quiebra psíquica. Este aspecto nos permite acceder a una experiencia de la soledad que evoca la angustia de fragmentación, de desaparición y de separación, sin consistir exactamente en ninguna de ellas, pero diferenciada de la soledad constitutiva del sujeto por la creencia/convicción de no tener salida.

Una mujer de mediana edad, viene a pedirme análisis. Su viaje analítico se había iniciado en la adolescencia con un primer análisis al que le sigue un segundo y luego éste, su tercer ‘intento’ como ella lo llamaba. Habían pasado muchos años y había adquirido un buen ‘currículum’ como paciente en análisis, podríamos decir que se había transformado en una iluminada aprendiz de bruja. Informada y culta disponía de un discurso rebelde que se resistía a la resignación. En esta viñeta se ofrecen algunos momentos de su discurso que ilustran ese goce atado a los tobillos de su soledad:

*“Le tenía mucho miedo a mi madre y se lo sigo teniendo. Cuando me pegaba pensaba que me podía matar, que se le podía ir la mano. Me hacía daño, me dolía. Mi madre o me mira con odio o no me ve.*

*Ella está siempre ahí, hasta cuando estoy en la cama con mi pareja. Anoche tuve un sueño corto, los dientes los tenía para adentro, como en un círculo, superpuestos. Mi cara estaba deformada, parecía hinchada, no me reconocía. Ya sé que los dientes representan mi agresividad. En el sueño mi agresividad se iba para adentro pero lo que tengo que hacer es sacarla. Si pudiera decirle a mi madre ique me deje en paz! Yo tengo un intruso adentro de la cabeza.*

*Otro sueño que tuve era que una amiga mía iba a desenterrar a su padre, y yo le decía ino lo hagas! Le decía que debía enterrarlo definitivamente. Si pudiera hacer lo mismo con mi madre. No hablar con ella y explicarle, no, eso no, en el momento ponerle un límite. Pero no me atrevo, la siento tan poderosa. He hablado tantas veces de esto. Tal vez si se muriera tan poco me dejaría tranquila porque yo tengo que obedecerla, una hija está para eso, si hay desavenencias entre una madre y su hija, la culpable es la hija, nunca la madre. Si le pego un corte, me dirá que nunca más volverá a hablarme ni a verme. Me dejaría afuera y yo sería condenada para el resto de mi vida. Una maldición de cuya culpa no podría escapar recaería sobre mí. La culpa sería infinita porque eso sería peor que asesinar.”*

Jurídicamente, la característica de la quiebra es una bancarrota por la insolvencia generalizada o permanente en el tiempo de una persona, institución o empresa para hacer frente a los pagos que debe realizar y de tal magnitud que se torna insalvable para el sujeto. Por eso importamos para el psiquismo la palabra quiebra ya que se trata de un dolor que se experimenta como imposible de solventar. Ruptura que deja al sujeto perdido en un vacío de silencio. En el caso de los hijos de psicóticos con una potencialidad psicótica, el momento de la quiebra está comprometido con ese goce, en tanto como decía el poeta: “Nuestra identidad cuelga apenas de un gancho y nos roza la sospecha de la ventaja de ser nada.”(15)

En las psicosis encontramos el desasimiento libidinal del mundo externo y la retracción libidinal hacia el yo como una forma del narcisismo secundario considerado por Freud. Según Lacan, serán las consecuencias de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre en un Otro no marcado por la castración. Al quedar fuera de la Ley queda fuera de la lógica. Ese Otro caprichoso e impredecible, puede hacer del hijo su presa o su prótesis. Su angustia responde a la certeza, no hay enigma, ni pregunta, solo certeza.

El psicótico quiere imponer su ley porque para él, el desorden no está en él sino en el mundo. Si es condición del inconsciente resistirse a la comprensión, mientras el sujeto forma parte de la incompreensión, el psicótico se solidifica al encarnar la incompreensión para el resto del mundo, mientras el mundo se alivia especulando que el psicótico es un destinatario que no ha sabido recoger el mensaje de la especie.

Desde la **certeza** del padre/madre forcluidos hasta la creencia/convicción del hijo elegido discurre un puente que une y fideliza el vínculo transgeneracional. Desde la certeza hasta la creencia, bajo el puente se abre la grieta que aspira la pulsión de vida.

Tal vez a día de hoy, podamos decir más de lo que **la quiebra psíquica** no es, que de su pantanoso tejido. No podemos afirmar que es un brote ni un desencadenamiento, pero hay ruptura. No se trata de la forclusión del Nombre-del-Padre, porque no hay psicosis, sino de un fallo en la inscripción de éste operador.

Hay ruptura en la convicción que funcionaba como tejido de sostén de la fidelidad a la herencia fantasmática. Hay desgarro, repetición y diferencia provocando que irrumpa la soledad-sin salida haciendo trizas los espejos. Al igual que para el héroe griego, no hay salida. Sólo errar en los desiertos de las palabras, sin poder dar cuenta del trayecto, sin que las arenas del sentido aporten el limo de alguna ilusión.

Sabemos desde Freud que la inscripción de la metáfora en la madre permite la ecuación peneño. Cuando no hay fallo simbólico en ésta inscripción el hijo no solo se pone a salvo de quedar adherido a la madre, de transformarse en una prolongación de ella, sino que podrá inscribir el

significante de la falta en la madre, falta que él no podrá colmar accediendo a la lógica fálica y a su deseo. La castración abre la posibilidad del tener para no ser el falo de la madre. La función del padre hará el resto, será el paso lógico que posibilite su convivencia con el agujero. Será el visado necesario para su exilio sometiéndose a la ley de la prohibición del incesto.

La quiebra es también un impulso de salida de un sujeto triangulado, no de un psicótico. Triangulado implica: que el espacio psíquico tiene tres vértices y por lo tanto habrá elección de objeto e identificación que se dirigirán hacia cada uno de los otros vértices por separado; predominio fálico; activación del deseo en la lógica edípica; entrada de la ley a través del Super-Yo; y resignificación por retroacción de lo vivido. Este último aspecto sería el más importante para el trabajo que nos ocupa.

La conquista del espacio edípico asegura el surgimiento de las identificaciones secundarias (conviene recordar aquí que son secundarias a la pérdida o resignación de un objeto y necesitan de un tiempo habitualmente largo para cimentarse; a diferencia de las primarias que se consideran como ‘momentos fundantes’) y también por ello edípicas, siempre parciales, identificaciones con un rasgo (*eiziger-Zum*) del objeto, que autorizarán a la historización subjetivante de la infancia. Sello de trasmisión e injerto de los ideales de la otra generación en el pequeño y prematuro sujeto.

Su prematuridad, su antes de tiempo, se pone de manifiesto cuando irrumpe el desamparo; así como un nuevo intento de la reorganización retroactiva (*nagträglichkeit*) para resignificar la caída en un intervalo fatuo. Caída del sujeto en el intervalo entre un significante y otro.

En la quiebra irrumpe el grito de un afán de ruptura con la fidelidad a la generación anterior. No debemos dejar de apuntar que ésta manera de pensarla no se afilia a ningún modelo ni evolutivo ni del desarrollo libidinal. Sin embargo, se inscribe en la presencia del concepto de retroacción (*nagträglich*) de la teoría freudiana que sin duda en el pensamiento de Lacan (*après-coup*) adquiere fuerza y vigencia.

A diferencia de la angustia, la aparente actualización del desamparo deviene irrupción, irrupción



de hundimiento, de ruina, de tajo, y por ello rechaza la posibilidad de dejarse analizar. Conmina a ser reconocido en su actualidad y por ello, a diferencia de la angustia que busca calmarse en el hallazgo del sentido, el desamparo se exhibe intolerante ante la referencia al pasado, y lejos de abrirse a la interpretación bascula hacia la respuesta violenta, procurando en una maniobra tanática intimidar al analista y persuadirlo de su impotencia. Ya para los filósofos y los médicos hipocráticos era evidente que a la naturaleza le gustaba ocultarse y que todo develamiento requería de un arduo trabajo.

Dicho en otros términos la quiebra psíquica gravita entre la insuficiencia ante el exceso y la penumbra de su anterioridad generacional. Tal vez, al igual que el síntoma, metáfora bloqueada que necesita una interpretación, de un sujeto capturado en las redes del deseo, pero que en este caso, deambula en su identificación sin norte por un vacío que ni siquiera le pertenece.

Ardid de un narcisismo dañado y riesgo del atractivo mismo de las identificaciones con la locura del progenitor, que como todo loco que se precie, compromete en su delirio o en su alucinación tanto a su verdad como a su ser. El loco no es solo frágil, tampoco irresponsable; mayor fragilidad reside en el Yo del analista sujeto a sus pasiones imaginarias, a su obstinación por entender incluso cuando sabe que la comprensión puede extrañarle por el sendero de lo imaginario. Si el loco fuese nada más que frágil no habría tales riesgos en la generación de los hijos. Es la creencia del hijo elegido y seducido por esa voz que predica: que su locura impone un límite a su libertad, la que fragiliza al hijo.

Así como el sujeto se identifica con la imagen del otro en el espejo y queda cautivado por ella por efecto de alienación, así como la palabra es un nudo de significaciones, el hombre va a constituirse por ese nudo imaginario donde yace la relación de la imagen con la tendencia suicida advertida por el mito de Narciso.

Esta vehemencia hacia la muerte con la que iniciamos la vida, que podría representar la pulsión de muerte o el masoquismo primordial en el decir de Freud, forma parte de la experiencia indigente de nuestro nacimiento.

A su eco se lo oye asomarse en la ruptura del sujeto, que mientras ensaya una salida, tantea con pasos narcisistas su propio final intentando la resolución ilusoria de una nueva discordancia con su linaje. El miedo del sujeto que se quiebra no es a la muerte, muy al contrario la pulsión de muerte lo impulsa. Su terror es vivir con un dolor sin fronteras, sin significación que le impide morir, porque aún no ha podido separarse del amor intrusivo al que permanece ligado y que le somete a vivir sin proyecto y sin futuro.

El coste de la infidelidad que el sujeto augura en la ruptura, deja oír en el mismo núcleo de la vida la inevitable presencia de la muerte. Afortunadamente entre las máscaras que constituyen la repetición y el orden simbólico está implicada la diferencia. Ya que si lo repetido, es tal, lo es porque no puede ser representado, buscará un nuevo sentido que lo enmascare, pero aunque lo enmascare será diferente del anterior, no puede no ser diferente porque no lo enmascararía.

Cuando el trabajo del análisis desvía la repetición, no la disuelve, la desvía.

El aprendizaje mismo, hasta el más primario, se hace gracias a la repetición, transcurre de la repetición a la *poýesis*, ya que no hay creación fuera de la repetición.

Mientras el sentido es un disfraz del que dependemos, el héroe del análisis no es ni el analista, ni el analizante, sino la transferencia, puesta en escena teatral y que justamente por ello puede operar el desvío. Su potencia testimonia un éxodo a las profundidades de la repetición. La repetición nos enferma y nos cura, sin ella no se podrían transitar los escondrijos de la creación. Por esto afirmo que la quiebra psíquica se produce para ofrecer una salida 'dese-hable', con 'h' muda, letra muda que no se olvida de la voz de su soledad. Como manuscritos con tachaduras, deshechos del lenguaje que no se han podido nombrar, como escrituras en los márgenes que crean en acto la estrategia de la separación, de la despalabra, para que hable el corte del sujeto honradamente infiel a la identificación con la generación anterior, y salga del secuestro en el que fue colonizado.

## Notas al texto

- (1) Nietzsche, citado por Stefan Zweig en: Sigmund Freud (La curación por el espíritu). Editorial Apolo. Barcelona, 1953.
- (2) R. Juarroz: "Casi Ficción" poema 53, p. 493. Poesía Vertical II. Buenos Aires. Emecé Ed. 2005.
- (3) Comparto con J. C. Maleval la dificultad, pero también la necesidad de aclarar que muchos síndromes psiquiátricos y locuras disociadas pueden aparecer en una estructura histérica y que la temática edípica es fácilmente descifrable en los delirios histéricos, así como que 'falta la falta' que se anuda con la castración.
- (4) F. García Lorca: Obras Completas. Prosa. Granada.
- (5) V. Korman: La identificación en las teorías psicoanalíticas. Tomo I (Inédito).
- (6) Hanns: Diccionario de términos alemanes de Freud. Lumen, Bs. As. 2001.
- (7) V. Korman: Ibid. Capítulo 2.
- (8) J. Lacan: "El inconsciente es la parte del discurso concreto, como *transindividual*, que falta a la disposición del sujeto para restablecer la continuidad del discurso inconsciente". Función y campo de la palabra y del lenguaje. Escritos I, México, Siglo XXI editores, 1971, p. 79.
- (9) F. García Lorca: "Pequeño vals vienés" en Huida de Nueva York, de Poeta en Nueva York. Obras Completas I, p. 568. Galaxia Gutenberg - Círculo de Lectores. Barcelona 1996.
- (10) G. Deleuze: Diferencia y Repetición. Editorial "Los disfraces y las variantes, las máscaras o los travestimientos, no ocurren como por encima, sino que constituyen por el contrario elementos genéticos internos de la repetición misma, sus partes integrantes y constituyentes... Freud no puede evitar mantener el modelo de una repetición bruta, al menos como tendencia"... (p. 60). "En una palabra, la repetición es simbólica por esencia, el símbolo, el simulacro es la letra de la repetición misma. Mediante el disfraz y el orden simbólico, la diferencia queda comprendida en la repetición." (p. 61) Barcelona. Ediciones Júcar, 1988.
- (11) En El porvenir de una ilusión, Freud afirma que la cultura y las prohibiciones habrían originando un desasimiento del estado animal; la sublimación y la interiorización de la prohibición habrían hecho del Super Yo el patrimonio psíquico de la cultura para solventar la hostilidad pulsional: el incesto, el canibalismo y el gusto de matar. Ante la imposibilidad de cancelar la cultura, frente al encuentro con la Naturaleza la sociedad humana habrá de aliarse para su protección. De ésta alianza forma parte fundamental, el concepto de sublimación.
- (12) A. Berenstein: Seminario sobre la melancolía. [www.associaciofronts.com](http://www.associaciofronts.com)
- (13) G. Deleuze: Ibid, p. 58.
- (14) F. García Lorca. Obras completas.
- (15) R. Juarroz: Ibid, poema 73, p. 498.

## Contacto

M. Carmen Rodríguez-Rendo • [carmenrodriguezrendo@gmail.com](mailto:carmenrodriguezrendo@gmail.com)

Comité editorial de Diván El Terrible on-line.

Teléfonos: 914 161 258 • 657 806 638



## Bibliografía

- André J.: *Les 100 mots de la psychanalyse*. M. D. Impressions. Francia, 2009.
- Berenstein A.: Seminario 2 “Sobre la melancolía”. [www.associaciocfronts.com](http://www.associaciocfronts.com)
- Deleuze G.: *Diferencia y Repetición*. Júcar Universidad. Barcelona, 1988.
- Ferrater Mora: *Diccionario de filosofía*. Editorial Ariel. Barcelona 1994.
- Freud S.: “Totem y Tabú” (1912/1913).  
“Lo inconsciente” (1915).  
“Lo ominoso” (1919).  
“Más allá del principio del placer” (1920).  
“El porvenir de una ilusión” (1927).  
“El malestar en la cultura” (1930).  
Obras completas. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1996.
- García Gual: *Introducción a los “Tratados Hipocráticos”*. Editorial Gredos. Madrid, 2000.
- García Lorca F.: *Obras Completas*. Tomo I y tomo III. *Poemas y Prosa*. Edición de Miguel García Posada. Galaxia Gutemberg. Barcelona 1996.
- Grimal P.: *Diccionario de mitología griega y romana*. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1997.
- Hanns: *Diccionario de términos alemanes de Freud*. Lumen, Bs. As. 2001.
- Juarroz R.: *Poesía Vertical*. Tomo II. Emecé Editores. Buenos Aires, 2005.
- Korman V.: *La identificación en las teorías psicoanalíticas*. Tomo I y tomo III (Inédito).
- Lacan J.: “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” (1953) *Escritos I*. Siglo XXI editores. México 1971.  
“El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. Seminario 2. (1954/55) Editorial Paidós. Barcelona, 1983.  
“De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1955/56). *Escritos II*. Siglo XXI. México 1976.  
“Las formaciones del inconsciente”. (1957/58), Seminario 5. Ed. Paidós. Barcelona, 1999.  
“La angustia” (1962/63) Seminario 10. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2006.  
“De nuestros antecedentes” (1966). *Escritos I*. Siglo XXI editores. Buenos Aires, 1971.
- Lledó E.: *Elogio de la infelicidad*. Cuatro ediciones. Madrid, 2005.
- Mahieu E.: *La dialéctica en los pensadores griegos*. Web de la Asociación Henry Ey, Córdoba, Argentina.
- Maleval J. C.: *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Paidós. Buenos Aires, 2009
- Piciana H.: *El nombre del padre: una marca*. Ediciones Grama. Buenos Aires, 2011.
- Sófocles: *Edipo Rey*. Biblioteca Clásica Gredos. Barcelona, 2007.

# El cuerpo y las psicosis.

## *The body and the psychosis: current treatments.*

Roser Casalprim.

Psicoanalista, Barcelona.

### Los tratamientos actuales

Empezaremos con una palabras de Sarah Kane que nos permitirá ilustrar de entrada el tema que vamos a abordar, para después, plantearles algunas de mis preocupaciones relativas a los tratamientos actuales de las psicosis, o si quieren, de la locura, en el ámbito de la salud mental, para finalmente introducir la cuestión sobre los efectos posibles sobre el cuerpo -en este caso del cuerpo del sujeto psicótico-, de una práctica clínica, la analítica, basada en la palabra. Ello nos lleva a formular las siguientes preguntas: ¿cuándo se trata de la psicosis es eficaz el tratamiento analítico?, ¿qué condiciones de posibilidad y qué límites nos plantea esta práctica en el trabajo analítico aplicado a las psicosis? Para responder a ello, les hablaré de un caso.

#### 1. Sarah Kane

Se trata de una dramaturga y escritora, diagnosticada de esquizofrenia que, en 1999, escribió un breve monólogo, titulado “4.48 Psicosis”. El título hace alusión a la hora en que se realizan más suicidios, según las estadísticas del país británico, argumentando que más o menos a esta hora acaba el efecto de los psicofármacos (antipsicóticos, ansiolíticos, etc.) tomados la noche anterior y empieza de nuevo la angustia. Dice la autora:

*“Después de las 4.48h no voy a hablar más (...) he llegado al final de esta lúgubre y repugnante historia, la historia de una mente confinada en un **cuerpo extraño** (...) He estado muerta por mucho tiempo (...) Canto sin esperanza en el límite”.*

*“Es tan jodido el dolor que se puede sentir y que no es físico. Todos los tratamientos psiquiátricos intervienen y toman en cuenta la parte física del asunto. Entonces te duermen o te excitan o te relajan o te estimulan, pero nada puede aplacar este sufrimiento que no es físico (...) Se trata de una dolencia que se engendra en los pliegues de mi mente”.*

*“Hay una falta de **comprensión** que sólo el que los padece lo puede entender. Uno puede llegar a acompañar pero sin entender. Es desolador” (1).*

Hemos elegido estos fragmentos porque nos permiten ilustrar algunas cuestiones que nos interesa resaltar: en las psicosis es frecuente y casi constante, la vivencia de “**un cuerpo extraño**”, en la que el cuerpo va por una parte y el sujeto por otra, ya sea a través de cierta automatización del cuerpo que cobra movimientos más allá del dominio de quién lo habita: enlentecimiento motriz, hiperactividad, fuerte agitación corporal, catatonía o rigidez corporal, u otras sensaciones corporales diversas como, por ejemplo, “un rayo que me traspasa”, tal como decía recientemente un sujeto psicótico. En el caso de la esquizofrenia, encontramos fundamentalmente los fenómenos de la fragmentación del cuerpo o su inmovilización total o parcial, en la paranoia la invasión del cuerpo por el goce del Otro, en algunos casos de autismo, la indiferencia total por el cuerpo del otro, sin borde, “*pudiéndose mover en el espacio (...) como si el cuerpo del otro fuese invisible o transparente*” (2), o en algunos casos, los pasajes al acto, en los que se produce un “dejar caer su cuerpo”.

Por otra parte, **las limitaciones del tratamiento psicofarmacológico**: a menudo sólo los fármacos

no pueden aplacar el sufrimiento que “no es físico” sino psíquico, “engendrado en los pliegues de la mente” tal como lo describe S. Kane. Lacan, en uno de sus escritos, nos recuerda, también que “*la locura es un fenómeno de pensamiento*” (3). Esto se contrapone, por tanto, a la tendencia actual dominante cuyo discurso se centra sólo en la capacidad de actuar con el psicofármaco sobre el cerebro como si se tratase de un conocimiento causal del origen del trastorno.

La praxis clínica muestra a menudo que el loco, también se resiste a que se responda de él o se lo trate sólo en términos puramente biológicos, olvidando o suprimiendo la realidad psíquica subjetiva.

Finalmente, la autora alude al tema de la **comprensión**, mostrando una gran lucidez. Salvando las distancias y la heterogeneidad del contexto de los ámbitos de esta enunciación, también Lacan en el Seminario sobre “Las Psicosis” advierte de que es preciso que el clínico “*se abstenga de comprender, (...) se trata de interrogar (no de comprender) retomando los significantes del psicótico, lo más cerca posible de lo que nos dice, no introducir significantes nuevos, en suma, partir de una posición de no saber, ya que ¿de qué nos habla el psicótico? De algo que le ha hablado, testimonio de este ser que le habla al sujeto*” (4).

Si no se trata de comprensión, ¿de qué se trata, pues? En la psicosis, entre otras cuestiones, se trata de poder escuchar, es decir, de acoger lo que el sujeto trae de su certeza, desde una posición de no saber y absteniéndose de interpretar. Por otra parte, se trata de apuntar en la intervención a orientar el goce, es decir, favorecer la invención propia a la que apunta cada sujeto en el trabajo que podrá ir realizando sobre su psicosis y posibilitar que algunas derivas “negativas” hacia las que se pueda ir deslizando las pueda frenar ya que, a nuestro entender, las intervenciones del clínico pueden apoyar ciertas cristalizaciones en uno u otro polo.

## 2. ¿Cuáles son los tratamientos actuales de la psicosis?

Para hablar sobre los tratamientos actuales de las psicosis y de los llamados “trastornos mentales” en general, es preciso contextualizar la cuestión

ya que no es lo mismo hoy día que hace 40 o 20 años. De entrada, en el ámbito de la salud mental ya no se habla apenas de psicosis sino de TMS/TMG, categorías que engloban varios diagnósticos al mismo tiempo, entre ellos las psicosis, formulados en base a la clasificación internacional de la OMS (CIE 10) en el caso de la infancia y la adolescencia y en el Manual diagnóstico DSM-IV en el caso de los adultos. Haciendo un análisis muy somero de este último manual, destacaremos que implica la descomposición/destrucción de la nosología psiquiátrica clásica, desapareciendo la noción de “enfermedad mental” y substituyéndola por la de los “trastornos”, de manera que hay un gran número de individuos que pueden cumplir los criterios de definición de un trastorno. Por otra parte, se trata de un intento, diríamos fallido, de encontrar un lenguaje común frente a la diversidad de orientaciones teóricas y prácticas clínicas *psi*, que tampoco son tantas. Es por eso que este manual se fundamenta y se define como *ateórico*. Por otra parte, se habla de “clientes” o de “usuarios” y hay una clara tendencia a la homogeneización de los tratamientos basados fundamentalmente en protocolos y guías clínicas consensuadas y avaladas por la *evidencia científica*.

A nuestro entender, se trata de un recurso cada vez mayor a un reduccionismo positivista sustentado en una ideología que aspira, sin conseguirlo, a localizar el síntoma del sujeto en un marcador biológico, ya sea un gen o un déficit de la bioquímica cerebral.

Por otra parte, asistimos a la institucionalización de un cambio de paradigma, un proceso iniciado aproximadamente a principios de los años 90, que atraviesa todo el campo social y, por lo tanto, todas las disciplinas o saberes y sus prácticas, así como el ámbito de la formación y la investigación. Se trata de un paradigma en el que se prioriza lo que es objetivable. En consecuencia, nos encontramos en un momento histórico en el que se intenta reducir la subjetividad a números, estadísticas, siglas, evaluación de la eficacia y la eficiencia -según la ideología del *management*-, se habla de la “gestión” de casos, etc. Asistimos también, a un cambio cultural y ético que favorece la implementación a gran escala del consumo de psicofármacos, situando el problema de los malestares de la existencia y los

síntomas de los diversos sufrimientos mentales en las coordenadas del mercado.

Este proceso tiene una lógica compleja y no hay que olvidar que incluye diversas variables de orden social tales como la crisis económica, los procesos migratorios, la globalización, etc.

De manera muy simplificada y, por tanto reduccionista, éste es el marco general de hoy día.

Y frente a este panorama, ¿cuál es la visión social que se tiene del psicoanálisis?, ¿está, tal como dijo Derrida ya en 1996, “asimilado a un medicamento vencido, relegado al fondo de una farmacia, que puede siempre servir en caso de urgencia o de falta, pero hay cosas mejores?” (5). Éste es también uno de los eslogans de algunos psiquiatras y otros profesionales *psi* para apoyarse en la eficacia de la medicación o de las terapias que aseguran la curación de determinados síntomas en seis sesiones (por ejemplo, las fobias), frente al tiempo más largo de una experiencia que le requiere a un sujeto preguntarse sobre las causas de su malestar o hacer un trabajo sobre su psicosis, que puede incluir la medicación o no.

No compartimos el pesimismo que se desprende de lo que plantea Derrida, quizás sí que, en la actualidad, la experiencia analítica quiere ser relegada como terapéutica, también en el ámbito de la salud mental, pero, según nuestro parecer, la práctica analítica es una de las más rigurosas que hay, por tanto es deseable y esperable que pueda permanecer. Ahora bien, otro tema es si los psicoanalistas estarán a la altura de responder a las nuevas modalidades de presentación de los síntomas actuales, tanto en el ámbito clínico como en el sociocultural.

En noviembre de 1967, Lacan hizo una conferencia sobre “el psicoanálisis y la formación del psiquiatra” (*Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne*) en el Círculo de estudios psiquiátricos, fundado por Henry Ey. Se trata de una conferencia de gran valor por la anticipación de algunas cuestiones que podemos ir localizando en el momento actual con respecto a los efectos de determinadas prácticas clínicas. Entre otras cuestiones, Lacan destaca la *Historia de la locura* de Foucault, elogiando que este autor “demuestra magníficamente la mutación esencial que se produce a partir del momento en que (...) los locos han sido tratados,

de la manera que se nombra como humanitaria, a saber: encerrándoles (...) Es a partir del momento en que el loco es aislado que se empieza a tener la idea de síntoma”. Y continúa: “El hecho de que se tienda cada vez menos a no aislarlos quiere decir que se ponen otras barreras, otras murallas, (...) se les considera cada vez más como objetos de estudio más que como punto de interrogación” En esta misma línea, advierte que esta práctica generará “una nueva repartición (...) que se llamará: el efecto de segregación” (6) ¿Acaso no ocurre ya en la actualidad algo de lo acabamos de plantear tal como muestran algunas de las llamadas *poblaciones diana* que son estudiadas y clasificadas bajo el epígrafe de un trastorno determinado y a las que se les aplican después tratamientos de carácter estandarizado? Estamos pensando, como uno de los ejemplos entre otros, en ciertos casos diagnosticados de TDA/H, cuya indicación y advertencia, por parte de algunos clínicos, a los padres de los menores estriba en que si sus hijos no toman medicación pueden devenir violentos, drogadictos e incluso delincuentes.

Y finalmente para retomar el punto planteado al inicio, el psicoanálisis como práctica clínica, que según una expresión de Lacan, “no es una terapéutica como las demás” ¿cómo se sitúa en relación a otras prácticas clínicas? y, más concretamente en relación al tema que nos ocupa, ¿cuál es su abordaje de las psicosis? Responderemos a estas preguntas a través de un caso clínico.

### 3. Caso R.: “Va de retro”

Se trata de una adolescente que empezó el tratamiento a los 14 años en el marco de un centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), en el inicio del desencadenamiento de su psicosis y cuyo trabajo de análisis aplicado a la psicosis duró hasta cumplidos ya los 18 años, llevándose a cabo un destacable trabajo en red, tanto a nivel de la escuela ordinaria como con el centro de día al que R. acudiría a partir de los 16 años y después con el CSMA para que prosiguiese su tratamiento.

Es un caso de psicosis paranoica, con oscilaciones entre la persecución y la erotomanía.

Ante todo destacaremos algunas cuestiones fundamentales de la historia de este sujeto, a la que

llamaremos R., ilustrando, después, el recorrido que realizará durante el tratamiento hasta alcanzar una cierta estabilización.

Algunos elementos de la historia familiar.

Con respecto a la historia familiar, sólo disponemos de algunos elementos fragmentarios de ella, a pesar de las múltiples entrevistas mantenidas con la madre de R. Ésta, sólo pudo relatar algunas cuestiones, algo confusas y fragmentadas, de la historia infantil de la paciente, como si para ella su hija no tuviese “historia”. Por otra parte, el padre sólo consintió en acudir a una única entrevista: no creía en los *psí* de ninguna índole. Según refirió la madre: “*pasaba de todo y no quería saber nada*”, cuestión a la que él mismo asintió, diciendo que él “*no sabía nada*” y que era la madre “*quién sabía todo*” acerca de las hijas. La madre lo presentaba como un hombre “*encerrado en sí mismo, tosco y de pocas palabras*”.

R. es la hija menor. Tiene otras dos hermanas de 20 y 16 a. respectivamente. Tanto ella como su hermana mayor nacieron “*sin esperarlas*”. Cuando se quedó embarazada de su hija menor, el padre estaba muy deprimido. Ella no deseaba más hijos. Apenas se acordaba ya del embarazo de R. del que sólo destacó que tuvo algunas dolencias en la barriga. Parto y nacimiento normales.

R. empezó a hablar y andar más tarde que sus hermanas -la madre no pudo precisar, quizás casi a los 2 años, pero aseguraba que siempre fue más lenta en todo, se movía poco y con torpeza. Para ella, su hija siempre “*falló en que era tímida y cobarde. Todavía ahora si no sabe, no pregunta*”. Por otra parte, le asustaba lo nuevo por desconocido. De pequeña, también le daba miedo el agua y, si le chillaban, se ponía muy nerviosa y no dormía.

Bastante apegada a la madre y a su hermana mediana por la que se hacía representar y quién, a menudo, respondía en su lugar.

R. nunca fue a la guardería y empezó a ir al colegio sin dificultades. La madre recuerda que, alrededor de los 7 años, dijo durante un tiempo que era adoptada. La hermana mediana siempre alardeaba de que a la única que los padres esperaron fue a ella. Efectivamente, ése fue para la madre el único embarazo decidido y deseado.

En definitiva, no parecía que a R. le fuese reconocida, de entrada, su existencia como tal en el deseo de la madre.

Nada destacable con respecto a los abuelos paternos ni maternos, ni en el discurso de la madre ni de R. Un tío paterno esquizofrénico, pero no sabían nada de él, a excepción de lo dicho, porque el padre nunca quería hablar de él.

Sobre el desencadenamiento

Cuando recibimos a R. la primera vez, presentaba claros signos de psicosis: alucinaciones auditivas y visuales, interrupciones a nivel del pensamiento, desconexión, aislamiento social -sólo salía de casa para ir al Instituto-, enlentecimiento motriz, andaba de lado, a menudo hacía el gesto de taparse la cara, cierta confusión temporal y reticencia.

Ya de entrada, sitúa los trastornos de carácter persecutorio que la agobian.

Lo primero que dirá es que los niños de su clase la insultan en la manera de ser que tiene ella. Le dicen: “*cara de banana, mongola y que está loca*”. Cree que “*tienen algo de verdad, pero poco...*” Considera que es una chica “*triste, aburrida y rara*”. A veces tartamudea cuando va a comprar o tiene que hablar, porque se pone nerviosa. ¿Qué la pone nerviosa? “*El solo hecho de hablar*”. Teme que no va a saber pronunciar bien las palabras, todas las palabras, excepto “*porque*” y “ *pues*”, ya que le sirven de apoyo para seguir hablando. Más tarde agregará:

*“Dicen, por ahí, que yo antes era un Dios. Cuando estoy en mi casa y en todas partes, me miran, me hablan y me dicen que me fui con uno... y dejé de ser Dios, pero es una tontería...”*

Precisará que esto le ocurre desde hace unos dos meses y que fue “*de repente*”.

Por su parte, la madre relatará que, cuando está en la calle dice que la están mirando o que hablan mal de ella, que anda mal. Desde hacía un mes, se ponía de lado para comer -como si se tapase para que no la vieran-, se tapaba para vestirse y no quería ducharse porque decía que la observaban. Apenas comía y no quería dormir porque oía voces que le decían que no iba a despertar,

que moriría porque se la “*llevarían con ellos*”. Le preguntaba a la madre el significado de algunas palabras que oía y no comprendía.

En aquel momento, tanto la madre como R. se mostraban muy reticentes a la medicación, así que no hice una indicación en este sentido (7), pero señalé que posiblemente sería necesario más adelante y atendí a R. a la mañana siguiente.

Las primeras entrevistas, a pesar de su reticencia a hablar en algunos momentos, permitirán cernir la coyuntura del desencadenamiento. La tónica de éstas era el relato de R., a muy pequeñas dosis, sobre el instituto y algunos de los fenómenos que le retornaban en lo real, fundamentalmente las conversaciones que oía referidas a su “cara de banana” y las miradas que le “*decían cosas*”, que ella clasificaba en dos grupos, “*las normales*” ( que, a veces, hacía cosas que estaban mal, algunos movimientos torpes, su lentitud ) y “*las que no le gustaban*”, que resume en una: “*me dicen que soy una ramera*”.

En una entrevista manifestará su certeza de que no caía bien a la gente. Dirá: “*yo sé que no caigo bien a la gente, lo sé desde hace poco*”. “*Desde cuando?*”, le pregunté. Desde hacía unos 2 meses, fue entonces cuando oyó el primer comentario, “*que no caía bien*”, el segundo, “*eres tonta*” y “*no dices nada gracioso*”. Después, los insultos: “*eres una ramera*” y una canción que ellos cantaban:

“*Ella es banana, so puta religiosa. Ella es banana, es un monstruo*”. También cantaban: “*campana sobre campana, pero diciendo banana sobre banana*”.

A la siguiente entrevista, que se iniciará diciendo: “*soy única en el mundo, yo eso lo sé, soy diferente, única, pero las cosas me afectan como a los demás*”. Después de preguntar: “*¿Qué te está afectando ahora?*”, empezará a quejarse de que no puede confiar en la gente porque cuentan lo que les dice y relatará que en una ocasión le dijo algo a una persona -que deja bien claro que no dirá quién es- y, desde entonces, no cesan los comentarios. Durante una excursión con la escuela hacia dos meses, se encontró con un chico que le manifestará su interés por ella. Le dijo que ella le gustaba y que querría ser su novio. R. referirá: “*un chico me acosó con sus insinuaciones*”.

Aunque en un primer momento tuvo la impresión de que le gustaba, al cabo de poco se dio cuenta de su rechazo. Le dijo a él que todavía era pequeña y que sólo le gustaban las palabras afectuosas, nada más.

A su regreso de la excursión, empezará a no poder dormir, a no tener ganas de comer, a aislarse, etc.

Podemos, pues, hacer la hipótesis de que fue este punto de “*acoso*”, de una intrusión amorosa que no pudo soportar, lo que parece haber provocado el desencadenamiento. A partir de este momento, la situación del sujeto se agrava, deviniendo cada vez más difícil.

Por otra parte, coincidiendo en el tiempo, su hermana mediana, en la que R. se había apoyado siempre, empieza a tener un novio y a pasar menos ratos con ella, lo cual contribuirá a su desestabilización.

Un aparato de influencia particular: el retro (8)

Se trata de un instrumento del que R. empezará a hablar al cabo de casi un año de tratamiento, coincidiendo con su regreso de unas vacaciones de verano, en las que dirá que se divirtió bastante, a excepción de un día en que fue con su hermana mediana a un bar y se encontró con chicos de su edad y mayores que ella. Refiere que se puso muy nerviosa, se puso a llorar y salió huyendo, a causa de que oyó voces que aludían a sus lunares y a su nombre y apellidos: “*ésa que tiene dos lunares en la cara, ésa es la puta*”. “*Putas es un ataque a mi nombre propio, así que no quiero que me llamen R. sino S.*”. Después de asegurarse de que el analista no va a contar a nadie lo que iba a decir, dirá que quiere hablar de “*lo más íntimo*”: “*me adivinan el pensamiento con un aparato*”. Antes no quería hablar de ello por vergüenza y porque le gustaba que la adivinasen, ahora no puede “*pensar libremente*”. Se queja de su intromisión ya que le transmiten rumores y le sustraen pensamientos, incluso ha dejado de escribir un diario -a lo cual la había alentado en otro momento- porque se lo leían (Aquí, el analista le propone guardarlo, para preservarlo de la intromisión). No puede precisar bien su estructura, no sabe cómo es ni de qué modo se encuentra ligada a él, quizás por una especie de telepatía, pero sí sabe que sirve para

identificarla cuando habla ella o cuando hablan los otros. Tampoco sabe quiénes son los que la adivinan, son desconocidos y no los puede definir, pero la agobian. Lo que ahora sí sabe, es que “no vetea” (9), lo cual para R. equivale a que no se desarrolla como una persona normal, ya que le cuesta hacer las cosas: gimnasia, preparar comidas, cree que debería empezar a plantearse si quiere casarse y tener hijos... y todavía se considera muy infantil. Eso es lo que la diferencia del resto de personas.

Poco a poco, podrá ir precisando que el aparato es parecido a un micrófono por el que se oye y se puede hablar, como el de los traductores, y lo nombrará “retro”. A través de él, también se ven imágenes: “es una pantalla con imágenes”, dirá. Imágenes en un solo plano, proyectadas sobre las paredes y los cristales. En esta pantalla ella se puede ver entre un chico que le gusta y su mejor amiga, por ejemplo, en un momento en que se plantea que a su amiga le gusta el mismo chico que a ella.

Si bien se produce un período bastante largo en el que R. a menudo está agitada y angustiada por esta intromisión, por este aparato de influencias negativas y la expansión -debido a esta influencia- de lo que ella nombra como “los comentarios que oye” al ámbito escolar e incluso a la sala de espera de la consulta ambulatoria (quedando sólo preservadas su clase y el despacho del ambulatorio), seguirá elaborando el “retro”, de manera que, después de un proceso largo y arduo, pasará de influenciarla negativamente a influenciarla positivamente. Se podría decir, de manera muy sintética, que pasó de “los perseguidores” a los “protectores”.

En este período arduo, tanto para R. como para la función del analista, se producirán diversos episodios tanto de carácter persecutorio como erotómano, hasta que la sujeto, de ser objeto de interés para muchos chicos (“yo sé que gusto a muchos chicos”) -incluso del padre-, pasó a decir:

*“me parece que tengo alucinaciones, creo que un chico va detrás de mí, que muchos me van detrás y es por eso que algunos están en contra de mí y me insultan (...) Yo tengo una enfermedad. Dicen que, detrás de la enfermedad que tengo, hay otra que se llama “mens-hou-*

*se” (mente y casa, dirá), aunque no tiene sentido”. Hay que recordar que “mens” también equivale a “hombres”.*

Si bien, en un primer tiempo, no sabía ni podía definir quiénes la adivinaban y leían el pensamiento, en un segundo momento, empezó a identificar a personajes con los cuales se comunicaba a través del pensamiento: ellos le hablaban y ella les hablaba también. Dirá: “por el retro me expreso mejor, tal como lo siento” (...) “es como un marco a través del cual me pueden ver y nos hablamos. A veces me agobian, pero ahora, casi siempre me calman”. Estos personajes son chicos y chicas de su edad fundamentalmente, algunos van cambiando y otros permanecen. Los chicos le preguntaban si quería salir con ellos, si quería besarles, hacer el amor, si querría casarse. Las chicas, por su parte, o la copiaban o eran lo contrario de ella. Primero algunos tenían un carácter persecutorio, pero, a éstos, al cabo de un tiempo los eliminaba del retro -haciendo una especie de deconstrucción del personaje correspondiente- y después, poco a poco, después de su selección, la mayoría de los elegidos, fueron siendo un apoyo para ella. Decía que la ayudaban.

La mayor parte de cuestiones que se fue planteando respecto a un posible encuentro sexual, pasaban por el retro. Se puede decir que el “retro” le permitía, en este momento, mantener una distancia con respecto a esta cuestión del “encuentro con el otro sexo” e irse planteando algunas preguntas al respecto.

Personajes del *retro*: la multiplicación de imágenes del semejante

Construirá dos series de personajes -en dos tiempos distintos- que estarán en el retro, a los cuales identificará y definirá. Destacamos sólo algunos de ellos, los más significativos:

1er. tiempo, 1ª serie:

- Manolo: se trata de un chico que le gusta, del que dirá: “fue el primero que llegó por el retro. Estaba sola y me acogió. Después, vino D. y J., entre los dos me decidí por J. -era más bueno- y entre J. y Manolo, decidí por Manolo, es el más bueno... Bajito y sin lunares”.

- El Grande: se trata de un hombre mayor que tiene un libro rojo de psiquiatría o de psicología. “*Me ayuda en mi enfermedad*”, dirá.
- Elisenda: se trata de una chica que la copia en todo, en el pelo, en el vestir.
- R. H: primeramente, para R. “*ella es la guarra, la puta*”. 2º R. la criticará porque va diciendo que le tiene celos por ser más guapa e inteligente. Dirá: “*es conocida, moderna, famosa, guapa y con mentalidad de mayor, al contrario que yo que tengo una mentalidad más infantil*”, “*no coincidimos en nada*”. 3º “*Parece mi doble*”.
- Pablito: tiene voz de niño y la ayuda. Le gusta hablar con él por su voz. Quiero destacar al respecto que, a lo largo del tratamiento, R. realizará un destacable recorrido por el objeto voz.
- David Cirici: es el autor de un libro que leyó (10). Ella también quiere escribir uno, en el que quiere reflejar que es “*única*”, ya que todo lo que le pasa es lo mismo, “*es todo uno: cara de banana-puta-Raquel*”.

Por otra parte, hay otros personajes que van entrando y saliendo, sin permanencia.

2º tiempo, 2ª serie: Se trata de los personajes que permanecerán estables en el retro hasta el final del tratamiento:

- Manolo, porque estaba sola y la acogió. Confía en él.
- El Grande, porque la ayuda en relación a su enfermedad.
- Vanesa, tiene la misma enfermedad que ella.
- Antonio, un chico de etnia gitana que le gusta y por el cual había sentido en otro momento una gran animadversión, porque su madre le había dicho que había robado. Ello lo anuda a un recuerdo infantil -que sitúa a los 5-6a.- en que había robado unos cromos. A partir de esto concluye: “*prefiero puta a ladrona*”.
- R. H: “*ahora tiene mucho estilo*”, dirá.

El rasgo común de todos ellos es que los admira porque la ayudan, situándolos en el plano del Ideal.

A partir de este momento, R. empezó a centrar más su interés en escribir fragmentos de cancio-

nes sobre el amor, empezó a hablar de los inicios de su enfermedad, llevando a cabo un cierto trabajo retrospectivo de su primera infancia en el que destacará su timidez, el cambio repentino respecto a la letra y algunos de sus miedos. Empieza también a preguntarse sobre el futuro de su enfermedad y de su futuro como mujer.

Hay un artículo de V. Tausk, titulado “*Acerca de la génesis del aparato de influir*”, en el que él plantea, siguiendo a algunos autores de la psiquiatría clásica, que la máquina de influir ha sido creada por la necesidad de causalidad inmanente al hombre. En cambio, en otros casos, la misma necesidad de causalidad es responsable de la creencia en perseguidores que actúan por sugestión y telepatía sin la ayuda de una máquina.

Queremos decir, aquí, que el “retro” construido por esta paciente tiene bastantes resonancias con el aparato de influir descrito por dicho autor.

Por otra parte, podemos hacer la hipótesis de que en el caso de R., el retro o el aparato a través del cual le adivinan el pensamiento, es una búsqueda y hallazgo de una causa de las transformaciones patológicas que la invaden, es el término final de la evolución del síntoma -que empezó con los sentimientos de perplejidad y extrañeza-, o si quieren, lo que le permite ir construyendo el síntoma. Dicho en otros términos, lo que le retorna de lo real desemboca en la construcción de un aparato de influencia, que le permite situar una causa -de sus males-, a través de una organización discursiva que le permite ordenar los fenómenos elementales y en un segundo tiempo, una protección frente a éstos, como un intento de suprimir el lugar de la aparición posible de la amenaza.

Hemos visto, que el “retro” lo va construyendo en varios tiempos: primero, se trata de un aparato que no sabe cómo es, luego lo irá describiendo y elaborando. Por otra parte, se trata de un aparato manipulado por enemigos desconocidos e indefinibles y, en un segundo tiempo, sabe cómo son y su círculo se amplía (casi como ocurre con el complot paranoico). Y, después, hay una transformación de los perseguidores en protectores, o mejor dicho, todo lo que le viene por el lado persecutorio es mediatizado por el retro y lo puede ir neutralizando a través de los personajes que la

protegen y/o ayudan, produciéndose cierta “estabilización” que le permite sostenerse para vivir sin tanto sufrimiento.

En cuanto a la eficacia de este recorrido del tratamiento de R. lo dejamos abierto para el debate ya que para tratar esta cuestión hay que remitirse primero a lo que se entiende por la eficacia de un tratamiento y ésta es una cuestión que requiere un desarrollo bastante amplio y específico. Sólo agregaremos que, si bien hoy día en el ámbito de la salud mental podemos decir que, cada vez más, parece haber también, un concepto imperante relativo a la eficacia terapéutica, sigue siendo un tema polémico ya que la polémica entre las diversas prácticas clínicas sobre qué cura y qué no cura o qué se cura y qué no se cura sigue abierta y en construcción y ello porque no todas las prácticas clínicas coinciden a la hora de dar respuesta a estas preguntas. Esperemos que el debate en este sentido siga y pueda seguir existiendo.

Noviembre 2012

## Notas

- (1) Kane. S. 4.48 Psychose. Ed. L'Arche Paris, 2001.
- (2) Izcovich.L, El cuerpo y sus enigmas. Ed. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, 2009. pág.24.
- (3) Lacan. J. Propos sur la causalité psychique. Écrits. Éditions du Seuil. Paris, 1966.

- (4) Lacan. J. Seminario III “Las psicosis” Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984, págs. 63 y 75.
- (5) Galende, artículo acerca de su libro “Psicofármacos y salud mental”. Lugar editorial, 2008, pág. 31.
- (6) Lacan. J. Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne. Inédito, con traducción mía, págs. 13 y 15.
- (7) Al cabo de unas varias entrevistas volví a introducir el tema, ya que se produjo un agravamiento previsible de su estado y, por tanto, de su sufrimiento psíquico. Se pautaron, antipsicóticos.
- (8) Ante todo, conviene destacar que no se trata de ideas de influencia, sino de un instrumento construido por el delirio de R.  
Retro = forma prefijada de la partícula latina “retro” que significa “hacia atrás”. Denota también un tiempo anterior. Otra acepción común es: que se inspira en el pasado o lo recuerda.
- (9) Vetear = señalar o pintar vetas en una cosa. Veta = propensión a alguna cosa; franja de una materia que se distingue de la masa en la que se halla interpuesta.
- (10) El libro al que R. hace alusión es “*El conde y la leprosa*”. Se trata de una joven que no puede hablar y, a través de una operación, podrá hacerlo.

## Contacto

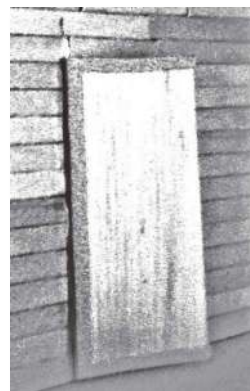
Roser Casalprim • rcasalpr@copc.cat

# Proceso analítico y Rorschach.

## *Psychoanalytic process and Rorschach Test.*

### Margarita Artusi.

Licenciada en Psicología, especialista en Psicodiagnóstico de Rorschach egresada de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach, docente e investigadora de la Universidad del Salvador y miembro en formación de la Asociación Psicoanalítica Argentina.



### Objetivo

El test de Rorschach puede ser un valioso elemento auxiliar del psicoanalista, tanto para facilitar su trabajo como para impulsar la investigación aplicada a la clínica.

En esta exposición mostraré cómo integro el test de Rorschach a mi práctica analítica valiéndome para hacerlo de la presentación de un caso (Silvia), en el cual pude administrarlo tres veces a lo largo de un tratamiento que lleva hasta el momento casi cuatro años de duración.

Mi propósito es señalar las ventajas que se obtienen al relacionar los aportes de dos prácticas diferentes pero perfectamente compatibles: psicoanálisis y test de Rorschach, subrayando la cantidad y variedad de fines que pueden lograrse mediante la utilización del Psicodiagnóstico en un proceso analítico.

### Introducción

*“...el test proyectivo: en cierta manera se trata de un psicoanálisis condensado.”*

(Anzieu, 1981, p. 16)

Los beneficios que se obtienen de hacer confluir Rorschach y psicoanálisis fueron reconocidos desde la creación de este importante test proyectivo.

**Hermann Rorschach**, vicepresidente de la Asociación Suiza de psicoanálisis fundada en 1819, siempre se mostró dispuesto a explorar un caso tanto a partir del Psicodiagnóstico como a la inversa, *“abordando el protocolo desde los resultados analíticos”* (Rorschach, 1972, p. 196) para iluminar el psicograma *“desde dentro”* (Rorschach, 1972, p. 197).

Más tarde, numerosos rorschachistas siguieron su camino, entre ellos **Ewald Bohm** y **Bruno Klopfer**, quienes incluyeron a *“la etiología y curación de las neurosis”* (Bohm, 1979, p. 23) y a *“la efectividad de la psicoterapia”* (Klopfer y Davidson, 1979, p. 16) entre las áreas factibles de ser esclarecidas con ayuda del test de Rorschach.

Del lado del psicoanálisis son muchos los autores que dedicaron su atención a la prueba de las manchas de tinta, siendo la aproximación con fines diagnósticos una de las más difundidas desde esta perspectiva. Recordemos que para **David Rapaport** *“el test de Rorschach es el instrumento para el psicodiagnóstico más poderoso que se conoce”* (Rapaport, 1971, p. 187) y que **Jamil Abuchaem** sostuvo que *“un método tan generoso como el de Rorschach paga con creces el tiempo y el esfuerzo empleados en su aplicación y su interpretación”* y *“nos ofrece una información tan valiosa y específica que lo vuelve indispensable cuando se desea un estudio*

*serio de un caso para diagnóstico*” (Abuchaem, 1979, p. 79).

Otros psicoanalistas se han acercado al Psico-diagnóstico con otros fines:

- Para teorizar sobre él, como **Daniel Lagache**, autor de un interesante artículo sobre la “*ensoñación imaginante*” (Lagache, 1982).
- Para establecer criterios de interpretación de sus resultados desde una perspectiva psicoanalítica, como **Juan A. Portuondo** y **Roy Schafer**.
- Para comparar ciertas respuestas al test con las producciones oníricas, como **Alcyon Baer Bahía**.
- Para utilizarlo como punto de partida de concepciones originales, como **Didier Anzieu**, quien lo utilizó para la elaboración de su teoría del “*yo-piel*” (Anzieu, 1987).
- Para proponer formas novedosas de clasificar e interpretar los datos del test, como **Vera Campo**, quien basándose en los aportes de la Escuela inglesa discriminó diferentes cualidades en las texturas para obtener información acerca de las modalidades de relación objetual del examinado.
- Etc.

#### Caso Silvia:

##### *La niña de la casita de cartón<sup>1</sup>*



<sup>1</sup> La foto corresponde a una casita de cartón realizada por Silvia en un intento de llegar a tener su casa por medio de prácticas supersticiosas.

Hace dos años, Silvia vino a verme porque se había separado de su pareja y se sentía muy mal. “*Perdí todo*”, “*no voy a aguantar si no estoy con Estrella*”, decía.

En la primera sesión habló de su sensación de vivir en un “*Truman show*”, expresó sus sospechas de que hubiera micrófonos en el consultorio y contó que había llegado a pensar en matarse utilizando eutanásico para perros.

Los primeros meses de tratamiento fueron difíciles. Silvia esperaba que yo mágicamente hiciera que volviera con su novia o al menos que le proporcionara los medios para lograrlo. Luego comenzó a solicitarme datos estadísticos precisos. “*¿Cuántas parejas que se separan vuelven a estar juntas?*”, preguntaba con insistencia. Mientras tanto consultaba a brujas, tarotistas y videntes buscando a alguien que, a diferencia de mí, fuera capaz de adivinar el futuro y de conocer todo sobre Estrella.

Paso a paso comenzamos a realizar un trabajo analítico bastante prometedor, pero cuando llegó el invierno nos paralizamos. Silvia entraba al consultorio muy abrigada, se sentaba rígidamente en su silla sin sacarse la mochila ni la campera y hablaba en voz baja, respondiendo apáticamente a mis intervenciones. Yo no supe qué hacer para salir del letargo (Cesio, 2010) que nos embargaba. Con la excusa de que tenía poco tiempo porque estaba buscando departamento para mudarse, un día me comunicó que suspendería su terapia momentáneamente. Pasados varios meses la llamé para ver cómo estaba, me dijo que más adelante podríamos continuar el tratamiento y al poco tiempo me llamó pidiendo volver.

En el segundo tramo del proceso analítico, los cambios apenas esbozados en el primero, se aceleraron y profundizaron.

Dos de los temas que aparecieron mucho al comienzo del tratamiento fueron su inmadurez (“*sigo siendo nena*”, “*me siento nena en un mundo adulto*”) y su sensación de ser una persona “*jodida*”, como le decía su madre, condenada a ocupar el lugar de la “*oveja negra de la familia*” (“*Yo soy Bart, mi hermana es Liza*”).

Acerca de su madre Silvia decía: “*mi mamá está mal de la cabeza*”, “*se mete mucho*”, y agregaba: “*no quiero ser igual que mi mamá*”.

Aparentemente la madre de Silvia siempre tuvo dificultades para aceptar el crecimiento y la autonomía de sus hijas. Cuando Silvia y su hermana eran niñas, mostraba una afectividad exaltada, con frecuentes desmayos y constantes quejas y amenazas, se enfurecía y les pegaba con un rebenque. De todas maneras Silvia la adoraba y *“le escribía cartitas de amor”*.

La madre de Silvia no acepta su orientación sexual y considera la homosexualidad como una enfermedad. Criticó mucho su vínculo con Estrella, y mientras este duró, la relación entre ellas se llenó de peleas, sospechas, engaños y rencores. Silvia sostiene que su madre hacía brujerías para separarlas.

Un día su madre le dijo: *“vos sos un hijo para mí”*, y ella pensó: *“voy a ser una eterna bebé para mi vieja”*. Lentamente Silvia fue pudiendo desligarse de los mandatos e ideales maternos, reconociendo en sí los efectos devastadores de su mirada censora.

De chica Silvia fue muy apegada a sus abuelos maternos y consideraba a su abuelo como su *“papá del corazón”*.

En el sistema familiar *“matriarcal”* que impera en la casa de Silvia, el padre pasa un poco desapercibido. Según ella, es un *“pobre tipo que no pincha ni corta”*, *“sometido”* y *“cegado”* por su madre.

Siempre hubo muchas discusiones entre los padres y Silvia sentía cuando era chica que debía cuidar a su madre y defenderla asumiendo una actitud varonil.

Los aspectos cariñosos del padre que contaba cuentos y regalaba chocolates *Jack<sup>2</sup>* a sus pequeñas, como así también los del *“viejo compinche”* que le enseñaba a manejar a Silvia en su adolescencia, fueron difíciles de rescatar, pero al hacerlo ella recordó la felicidad de los momentos pasados jugando dentro de una casita que él le había construido con cajas de cartón.

Últimamente Silvia está empezando a preguntarse cuánto influyó la madre en su distanciamiento del padre.

<sup>2</sup> Choclatín que traía un pequeño muñequito de juguete dentro del envoltorio.

En su relación con Estrella, Silvia era *“celosa, posesiva y absorbente”* y se quejaba de su frialdad. El vínculo entre ellas calcaba aspectos del vínculo de Silvia con su madre y estaba plagado de desconfianza, control, crítica e insatisfacción.

Lentamente Estrella pasó de ser la protagonista de todas las sesiones a convertirse en una presencia ilusoria y desdibujada. Silvia se preguntaba: *“¿existió de verdad?, ¿fue real o lo soñé?”*. Luego se transformó en alguien extraño y desconocido, que llevó a Silvia a pensar: *“estaba enamorada de la Estrella de la foto, de la Estrella de mi cabeza”*.

El proceso de objetualizarla y de reintegrar a la propia personalidad los aspectos positivos delegados en ella se fue desarrollando lentamente. Cedió la añoranza y se abrió una hendidura por donde ver a la Estrella *real* e interactuar con ella igual que con cualquier otra compañera de trabajo. Más tarde reconoció que más que *“enamorada de Estrella”* había estado *“obsesionada”* con ella.

Con el correr del tiempo Silvia llegó a hacerse amiga de otra chica que le gustaba y pudo disfrutar por primera vez de preciados momentos de intimidad, ternura y *“romanticismo”*, también entabló un vínculo de amistad con un compañero de trabajo a quien quiere como a *“un hermano mayor”* y más tarde tuvo relaciones sexuales con otra chica un tanto más joven que ella.

En este momento tiene una relación de pareja con una mujer de su edad, a la que describe como *“tranquila, suave y femenina”*, que es madre de un niño de cuatro años (*“estoy tratando de aprender a estar con alguien”*).

Muchas veces Silvia trajo al análisis un recuerdo infantil: había visto a un hombre masturbándose en un club, quedando muy impresionada por la reacción escandalosa de su madre cuando ella le contó que *“a un señor le había salido leche”*. Mas adelante habló de su inhibición para tocar sus propios genitales (*“no soy como yo quiero”*).

El deseo de ser un hombre se generó en Silvia a partir de múltiples vertientes. Cuando su madre estaba embarazada todos le decían que tendría un varón y su abuelo la trataba como si fuera un nieto.

Silvia recuerda que siendo niña quería “ponerse un pito de mentira”. Ya más grande llegó a soñar con viajar a otro país para inyectarse hormonas masculinas y realizarse una operación de cambio de sexo. Actualmente esta idea reaparece cada tanto pero Silvia desconoce un poco menos su cuerpo y ha comenzado a separar sexo de tipo de elección de objeto.

Las preocupaciones de Silvia relacionadas con el género que le atribuyen los demás se evidencian en ella contradictoriamente, intenta mostrarse viril pero se ofende si la confunden con un varón. La elección de la ropa también revela su conflicto de identidad sexual, tanto en la dificultad para sentirse cómoda con algún estilo como para acertar el talle. Al empezar a trabajar sobre este tema, a Silvia le costaba explicar qué significaba para ella ser un hombre. La exploración analítica sacó a la luz la idealización de lo masculino y arraigados prejuicios acerca de la debilidad y la falsedad como rasgos inherentes a la femineidad.

Silvia nunca había podido asistir a una consulta ginecológica. Aducía como excusa un incoercible sentimiento de vergüenza ante su desnudez. En el análisis apareció el recuerdo de un episodio de enuresis en el que su madre la desnudó delante de una amiga que se había quedado a dormir en su casa, haciéndola sentir muy desvalida y humillada.

Luego de un arduo trabajo y tras vencer fantasías terroríficas acerca del estado del interior de su cuerpo y su miedo a que se descubriera que poseía un cuerpo sexuado, o peor aún, que se “confirmara que no tenía ningún sexo”, pudo realizar todos los exámenes de rutina correspondientes a su edad.

También fue posible para ella reconocer su ambivalencia con respecto al deseo de tener un hijo, antes rotundamente negado. Al hacerse más evidente sus ganas de ser madre llegó a exclamar: “pero si quiero tener un hijo... entonces a la mierda la idea de ser hombre!”.

En la manera de estudiar, la metamorfosis de Silvia fue notoria. La repetida frase: “no entiendo nada”, se transformó en: “tengo ganas de saber”, “estoy pudiendo pensar y aplicar lo que estudio”, “antes no pensaba... pensaban por mí”,

“me da placer ir a la facultad y aprender”, “me gusta entender”, “lluvia de conocimiento”, etc.

Aunque a veces reprueba algún examen, mejoró en gran medida su rendimiento académico.

Adelantó en su carrera de medicina e hizo cursos afines, demostrando grandes progresos tanto en su capacidad de atención y concentración, como en la de comprensión, memorización y relación de conceptos. Descubrió el gusto por adquirir conocimientos y dejó de enojarse con los profesores y de temerles, permitiéndose disfrutar y aprender en sus clases e incluso admirar a algunos de ellos. Este avance fue paralelo al despertar de su curiosidad y a la debilitación de sus temores hipocondríacos.

Si bien había terminado una carrera terciaria y era técnica paramédica hacía ya un tiempo, Silvia continuaba ganándose la vida desempeñándose en un oficio relacionado con animales domésticos que ya la tenía cansada. Después de comenzar el tratamiento se animó a buscar trabajo en instituciones importantes y varios meses después fue contratada en el mismo lugar en el que trabaja Estrella. Al principio se vio envuelta en varias situaciones conflictivas con algunos compañeros, pero luego se adaptó bien a su ambiente laboral, llegando a ser respetada y apreciada por sus pares y superiores. Hoy en día desarrolla sus tareas con gusto y se las ingenia para darles un toque original, por ejemplo poniendo música en el quirófano. Además, hace todo lo posible para humanizar el trato de las personas internadas, lo que agrada a los que trabajan con ella y beneficia a los pacientes.

La necesidad de “tener su espacio, para poder ser quien quiere ser” fue declarada con insistencia por parte de Silvia desde el inicio del tratamiento (“en casa no puedo ser yo”). Gradualmente fue ganando espacios *transicionales* dentro de la casa en la que vivía con sus padres: plantó flores, adquirió un canario y se compró un pizarrón que instaló en la terraza, de la que se adueñó para poder disponer de un lugar donde sentirse “libre y tranquila”, aunque siguió queriendo marcharse de su casa. Recientemente Silvia pudo mudarse para ir a vivir sola en un departamento a mitad de camino entre la facultad y el trabajo, “y un poco lejos” de la casa de sus padres.

## Psicodiagnóstico de Rorschach

### Toma 1

En este caso lo que me llevó a administrar el test de Rorschach junto con las primeras entrevistas fue la preocupación que me provocaron el tono paranoico del discurso de la paciente y sus ideas de suicidio.

Los resultados del test ayudaron a confirmar que se trataba de un caso de neurosis y permitieron hacer un diagnóstico diferencial entre psicosis clínica, que quedaba descartada, y “*psicosis de transferencia*” (Rolla, 1981, p. 52), cuya emergencia efectivamente se verificaba en las etapas iniciales del tratamiento.

En cuanto al pronóstico terapéutico, si bien en función de la rigidez de las defensas y del empobrecimiento de la personalidad no podía desconocerse la gravedad del caso, era alentadora la presencia de elementos reveladores de conciencia de enfermedad por parte de Silvia.

Como de todas maneras el número de indicadores de riesgo de suicidio encontrados era significativo, consideré necesario realizar una interconsulta con un psiquiatra para pensar en conjunto de qué manera convenía abordar el caso. A partir de su informe y de la confirmación del establecimiento de un buen vínculo transferencial acordamos en que momentáneamente no se requería medicación y sí proseguir con el análisis, habilitando a Silvia a llamar por teléfono a su analista y/o al psiquiatra en cualquier momento que lo necesitara. Así lo hizo Silvia durante los primeros meses del tratamiento cuando surgían en ella “*ideas raras*” (relacionadas con el suicidio).

### Toma 2

El proceso analítico fue transcurriendo satisfactoriamente, y después de casi dos años, un tanto sorprendida por el progreso de Silvia decidí volver a administrarle el test de Rorschach, tanto para corroborar el cambio psíquico inferido a partir de su trabajo en sesión como para intentar descubrir retroactivamente otros indicadores de buen pronóstico terapéutico además de los usualmente utilizados a tal fin.

El lento pero evidente avance de Silvia, evidenciado principalmente por el aumento de su capacidad asociativa, fue confirmado gracias al retest.

### Toma 3

La tercera administración fue realizada en el transcurso del cuarto año del tratamiento. En esta ocasión me motivaron para llevarla a cabo los cambios positivos observados en Silvia: el inicio de una relación de pareja satisfactoria para ella y la concreción de proyectos largamente anhelados, como vivir sola y avanzar en sus estudios. Estas modificaciones coincidían con su posibilidad de cuestionar ideas firmemente arraigadas y por atreverse a imaginar caminos diferentes para su vida.

Los resultados del último test fueron muy diferentes con respecto a los del primero y se notaba en ellos una profundización de aspectos que en el segundo aparecían en forma incipiente.

Antes de continuar, aclaro que todos los protocolos de Rorschach obtenidos en este caso fueron clasificados y analizados de acuerdo con los lineamientos técnicos y criterios interpretativos de la **Escuela Argentina de Rorschach**.

La siguiente tabla refleja algunos de los **resultados del test** correspondientes a las tres tomas (el color  señala aquí valores aumentados – ↑ – o disminuidos – ↓ – con respecto a lo normal y el  valores ubicados dentro de rangos esperables – E –):

Rorschach	1	2	3
Fecha	27/7/2009	12/5/2011	09/2/2013
R	23 ↓	20 ↓	45 ↑
W%	39 ↑	50% ↑	27% E
W/M	9/1 ↓	10/2 ↓	12/4 E
F%	67% ↑	40% E	41% E
F+%	76% ↓	95% E	91% E
F+ext%	80% E	91% E	90% E
M	1 ↓	2 ↓	4 E
Ma/Mp	1/0 ↓	2/0 ↓	3/1 E
FM	0 ↓	4 ↑	6 ↑
FC	2 (1 for)	3	8
FK	-	1	1
H+A/Hd+Ad	8,67/7 ↓	12/4,5 E	22,5/10 E
Am%	26% ↓ (7)	34% E (8)	31% E (9)
ESPA	21 ↑	12	10

El **punto de vista cuantitativo**, basado en aspectos estadísticamente verificables, revela diferencias numéricas que reflejan y permiten apreciar

algunas de las modificaciones en la modalidad de funcionamiento psíquico de Silvia:

- Aumento de la productividad (Número de respuestas: R), de la precisión perceptiva y de la objetividad del pensamiento (calidad formal de las respuestas: F+%).
- Elevación del nivel de rendimiento intelectual (Movimientos humanos: M).
- Disponibilidad de más energía psíquica para abocarse a actividades académicas y/o laborales y diversificación de los intereses (Contenidos amortiguadores: Am%).
- Establecimiento de metas acordes con las aptitudes (Índice de aspiración: W/M).
- Mayor aceptación de impulsos (Movimientos animales: FM) y fantasías (Movimientos humanos: M), correlativa al aflojamiento de las defensas (Formas puras: F%) y a la disminución de la necesidad de control (respuestas Globales: W%).
- Incremento del contacto con el medio y enriquecimiento de la expresión afectiva (Color).
- Posibilidad de relacionarse con objetos totales (Índice de integración: H+A/Hd+Ad) y de ser empática con los demás (Movimientos humanos: M).
- Aparición de indicadores de capacidad de *insight* (Claroscuro de profundidad o tridimensionalidad: FK).

La disminución del número de **indicadores de riesgo de suicidio** (Escala de suicidio para adultos: ESPA) hasta valores no significativos<sup>3</sup> se corresponde con lo enunciado por Silvia en el Examen de Límites del tercer test: *“Lo del corazón en ascenso lo relaciono con... como que me estoy aceptando más y me voy queriendo un poco más. Al principio, en la época del primer test no me quería ni un poquito, tenía ideas de suicidio, no me importaba nada... ahora valoro mi vida”*.

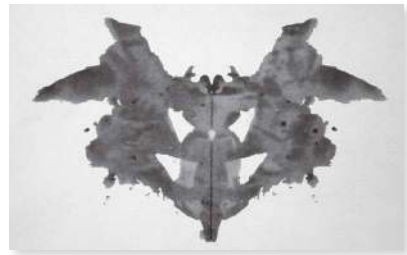
El hecho de que algunos de los **Fenómenos especiales** detectados en la primera toma (Acción padecida, Confabulación, Contenido siniestro, Crítica se objeto, Disociación, Mancha, Mor, Respuesta cambiada y Shock kinestésico) aparecie-

ran en menor cantidad o no volvieran a aparecer o en la segunda y tercera tomas indica:

- Disminución del monto de ansiedades confusionales y persecutorias.
- Descenso de la intensidad de los sentimientos de culpabilidad.
- Flexibilización de las defensas.
- Abandono de mecanismos disociativos y proyectivos.

Desde un **punto de vista cualitativo**, centrado en el análisis del discurso de la paciente y en la lectura psicodinámica de diferentes aspectos del test de Rorschach, hay muchos puntos interesantes para destacar, pero aquí me limitaré a transcribir y analizar brevemente ciertas respuestas, seleccionadas por la claridad con que ilustran la evolución del caso.

#### Lámina I:



Toma 1: WS. *“Insecto, medio raro... Estos son como los espacios entre alas y patas. Como si fuera un escarabajo... pero el escarabajo no tiene... ah, tiene alas el escarabajo... como un escarabajo... tiene como dos cuerpos el escarabajo. Como dos partes, arriba y abajo”*.

Toma 2: W. *“Escarabajo. El escarabajo quiere agarrar algo. Es mutante, porque tiene alas muy grandes. Está dividido, como que se afina acá”*.

Toma 3: D central. *“El escarabajo, como que está agarrando algo. Por la forma y el color negro”*.

En estas respuestas se repite el mismo contenido (*“escarabajo”*), pero en la tercera versión la localización pasa de WS (Global con Espacio en blanco) y W (Global) a D (Detalle usual) coincidiendo con lo que suele verse como un cuerpo de mujer y desaparece la idea de que el escarabajo es *“raro, mutante, tiene dos cuerpos o está dividido”*. Además, en la primera versión no hay movimiento, en la segunda el escarabajo sólo *“quiere agarrar”* y recién en la tercera finalmente lo logra y *“está agarrando algo”*.

<sup>3</sup> Se considera peligrosa la aparición de 16 a 24 signos.

A partir de dicha secuencia podría pensarse en una paulatina disminución del rechazo de Silvia hacia su propio cuerpo y en el incremento de su capacidad de autoafirmación, evidenciada por el paso desde una actitud pasiva y vacilante a otra más segura y activa.

#### Lámina VI:



Toma 1: “Y esto parece ¿viste cuando vos vas a comprar un cuero que hay un cuero de vaca extendido? No sé como se llama... Que está así como manchado, que está así abierto. En realidad a mí me gusta la carne pero no es que me super gusta y me da lástima cuando las veo que van al matadero, cada vez que las veo ahí digo: pobre vaca!. Como con pelo de distintos tono. En realidad me la imagino suave no sé porqué, pero el pelo de la vaca sí lo pasás a contrapelo es más bien durito, acá es como si fuera suave”.

Toma 2: “Este era el lobo que le habían sacado la piel, era el cuero... así suavecito. La textura, la forma. Yo tengo una de tigre o león, no sé qué es... con la cabeza también, pobrecito. Desde chica que lo veo... es muy parecido, pobre, lo voy a tirar a la mierda”.

Toma 3: “Alfombra. Como de piel de coyote. La textura suave, por los tonos”.

En estas respuestas se reitera la aparición de pieles, pero mientras que en las dos primeras la falta de recursos simbólicos adecuados lleva a Silvia a ponerse en contacto en forma directa con la crueldad implícita en los actos de matar (“matadero”) y de desollar (“le habían sacado la piel”) a animales con los cuales probablemente se identifica, en la tercera emerge en Silvia la posibilidad de tomar distancia para ver al cuero como un simple objeto de uso, como un elemento más de la cultura (“alfombra”) desprovisto de potencialidad traumática.

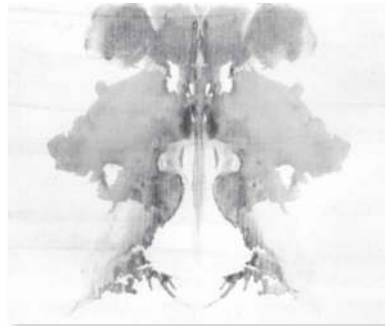
Para finalizar esta sección transcribiré algunas de las respuesta que aparecieron por primera vez en la tercera administración, para mostrar el “clima” de este test:

#### Lámina III:



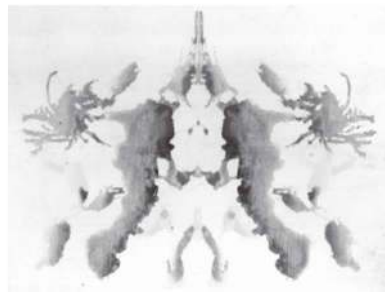
D rojo superior: “Monitos sentaditos, como descansando en un árbol, re-panchos...”

#### Lámina IX:



W : “Mujer con pollera verde y tacos altos. Podría ser que estuviese bailando”. Adicional: “O tocando un Violoncello”.

#### Lámina X:



W: “El océano está de fiesta”.

#### Descubrimientos

“Utilizando Rorschach... periódicamente aparecen verbalizaciones o actitudes de las cuales la clasificación no da cuenta y que merecen destacarse.” (Passalacqua, 2010, p. 13)

Como resultado del estudio de los tres protocolos de Silvia surgieron a la luz aspectos del material que me llevaron a pensar en la formulación

de algunos **Fenómenos especiales** nuevos a los que denominé:

- *Conjunción Significativa.*
- *Adjetivos Opuestos.*
- *Modificación del Punto de Vista.*

A continuación daré una breve definición, un ejemplo tomado del caso de Silvia y una interpretación hipotética de cada uno de ellos.

**Conjunción significativa (C.S.):** aparición en una respuestas de una combinación de elementos aparentemente incongruente que se torna coherente por expresar un significado.

Ejemplo: **Lámina II:**



Toma 2: W. "Otra vez los monjes y un corazón, como que nace... entonces va para arriba, nació el amor o está naciendo... ¿? Es como algo de ficción que da idea de una reconciliación".

Las Conjunciones significativas revelarían imaginación, creatividad y posibilidad de representar ideas figuradamente y de expresar sentidos metafóricos.

Además, en ciertas ocasiones podrían evidenciar capacidad de *insight* e indicar buen pronóstico terapéutico o progreso analítico.

Cuando como en este caso las respuestas de Conjunción Significativa remiten a problemáticas centrales del examinado, demostrarían la presencia de un rasgo considerado por **Herbert Rosenfeld** como uno de los factores particularmente favorables para el proceso analítico, que es la "capacidad para traer al análisis material relevante... de manera muy vívida y animada" (Rosenfeld, 1981, p. 334).

Silvia dio una sola respuesta de este tipo en la primera toma y dos *Conjunciones significativas* de mayor riqueza y complejidad en la segunda.

**Adjetivos opuestos (A.O.):** expresión en una misma respuesta o lámina de adjetivos opuestos atribuidos al mismo o a distintos contenidos.

Ejemplo: **Lámina III:**



Toma 1: Adicional. WS . "Y si lo doy vuelta parece un robot. No sé si es bueno o es malo. Como si estuviera herido... que lo mataron y saltó la sangre, aunque los robots no tienen sangre... pero este está medio humanizado... No sé si el robot es bueno o es malo... era bueno o malo por eso lo quisieron matar... parece que era bueno, tiene cara de bueno y lo mataron los malos.."

En este ejemplo se destaca el aspecto defensivo (disociación) de este fenómeno, que podría ser además un indicador de ansiedad confusional y de dificultad para manejarse con lo que Jorge García Badaracco llamaba "espontaneidad ideoafectiva", debidas a una "identificación patógena que actúa intrapsíquicamente como un mandato de no pensar por sí mismo" (J. García Badaracco, 1991, p. 236).

Silvia produjo cinco respuestas con *Adjetivos opuestos* en la primera toma, dos en la segunda y sólo una en la tercera.

**Modificación del punto de vista (MDPT):** el examinado cambia rápidamente la ubicación en el espacio desde la cual imagina mirar cierto contenido de una respuesta.

Ejemplo: **Lámina III:**



Toma 1: "Parece como si fuera un gato... como el gato de Shrek, visto así desde arriba, bah desde abajo..."

Mostraría una alternancia entre posturas propias e introyectadas, y posiblemente una tendencia a establecer vínculos caracterizados por una marcada asimetría.

Una respuesta de Silvia de la Lámina VI correspondiente a la tercera toma presenta esta particularidad y refleja la relación que podría llegar a tener este fenómeno con su sentimiento de inferioridad ante figuras masculinas o personas con autoridad: *“Un coyote visto de arriba, como si yo fuera chiquita y él grande... digo, visto de abajo”*.

No me extenderé sobre estos fenómenos que ya he examinado con mayor detalle en otros trabajos<sup>4</sup>, pero aprovecharé este punto para destacar la importancia de aunar la clínica con la investigación para poder confrontar lo observable en los protocolos de nuestros propios analizantes con lo trabajado en sesión. He comprobado que al hacerlo, el gran caudal de conocimiento sobre estos sujetos cuyo análisis nos ha aportado, junto con las múltiples adquisiciones teóricas que vamos incorporando permanentemente, funciona como una red o entramado de representaciones, afectos y vivencias que en virtud de la cantidad y calidad de asociaciones que propicia, provoca la emergencia de preguntas y concepciones que motivan para emprender trabajos de investigación.

### Teoría de los sueños de Ángel Garma

*“En un nivel psíquico profundo todos los sueños constituyen pesadillas.”*

(Garma, 1990, p. 215)

Garma afirmaba que *“el sueño es una dramatización enmascaradora de conflictos inconscientes traumáticos y de sus soluciones ficticias”* (Garma, 1990, p. 214), con la que se intenta corregir una situación adversa transformándola en una situación agradable o al menos en una no tan desagradable o indiferente y que el factor más importante en la génesis de los sueños es indefectiblemente algo desagradable a lo que el sujeto está fijado y sometido.

Pensaba que la **satisfacción de deseos** en los sueños es secundaria y sólo sirve para encubrir

una **situación traumática** que constituye su verdadera base, y creía que el aspecto alucinatorio y la *“cobardía”* de los sueños, es decir su incapacidad para *“atreverse mucho en el camino de la satisfacción”* (Garma, 1990, p. 125), se deben justamente a la existencia en su base de esta situación traumática imposible de ser elaborada normalmente.

Para Garma los sueños implican *“un pensar amplio que realiza muchas funciones intelectuales valiosas”* (Garma, 1990, p. 218), pero no sirven para resolver conflictos o favorecer su elaboración y no tienen un efecto curativo, *“a menos que sean psicoanalizados, con lo que se realiza una función traumatológica al enfrentarse los traumas originarios con las partes sanas del individuo”* (Garma, 1962, p. 79).

De todas maneras destacaba el valor que poseen los sueños para el tratamiento debido a su utilidad para el descubrimiento de los conflictos latentes del paciente.

Si bien el test de Rorschach es realizado en estado de vigilia, ciertas características de su metodología favorecen la producción de respuestas asimilables a relatos de sueños e interpretables como tales. La consigna inicial, que en función de su apertura funciona como una especie de invitación a la asociación libre, intensifica la transferencia y propicia la aparición de *“ocurrencias rechazadas”* y *“objetos rechazantes”* (Racker, 1981). Además, lo inestructurado de las manchas de tinta que funcionan a la manera de una serie de restos diurnos artificiales, favorece la disminución de la intensidad de las contrainvestiduras. Estas condiciones abren la puerta a la configuración de situaciones traumáticas, cuyo intento de tramitación psíquica lleva en algunos casos a elaborar por un camino regresivo respuestas semejantes a sueños<sup>5</sup>.

Para ejemplificar esto tomaré una respuesta<sup>6</sup> proporcionada por Silvia en su segundo test:

<sup>4</sup> “Fenómenos, nota previa a un trabajo de investigación”, “Conjunción significativa” y “Adjetivos opuestos” (inéditos).

<sup>5</sup> Alcyon Baer Bahía decía que mediante el test de Rorschach podemos ver cómo el examinado construye su “sueño” y destacaba el carácter onírico de algunas respuestas, fundamentalmente de aquellas que conllevan movimiento.

<sup>6</sup> De acuerdo con lo expuesto anteriormente esta respuesta constituye una *Conjunción significativa*.

Lámina VIII:



Toma 2: W. "Y esto eran como las nutrias que estaban a los costados (le hace ruido la panza y dice "tengo hambre"), como que están subiendo, están yendo para arriba. Además, es como la tierra, las capas... como más calientes las más coloradas y después más frío, como el corte transversal de la tierra, que termina en la montaña. Las nutrias están saliendo de lo caliente y se van para arriba, se estaban quemando pobrecitas... Por la forma y los colores de las distintas capas. Es como una imagen trucada, superpuesta, que expresa que las nutrias quieren salir de lo caliente, bah... que están saliendo".

Examen de límites (Asociaciones a partir de respuestas de conflicto y Relación con circunstancia personal): "Las nutrias estaban en peligro y están salvándose, están saliendo a flote, por decirlo vulgarmente, llegando a la parte fría. ¿Peligro? Lo caliente... sí es demasiado hace daño. Me da sentimiento lindo, como de alivio... La de las nutrias, porque están saliendo del problema... y el verde es el color de la esperanza. Tiene que ver con curarme (hace gesto de comillas), con mejorar en todos los aspectos. ¿Problema? Mi mamá. ¿Curarte? Ser yo... identidad".

Como "contenido manifiesto", esta respuesta presenta una dramatización en la cual dos nutrias suben desde las partes más calientes de la tierra hacia las partes más frías y logran salir ilesas del problema en que se encontraban.

La mezcla de tiempos verbales que Silvia utiliza para contar lo que sucede en la respuesta: "eran, están subiendo, se estaban quemando, están saliendo", se debe posiblemente a que la actualidad e intensidad del conflicto<sup>7</sup> intrapsíquico que encubre la escena plasmada en ella impide el uso exclusivo del pasado como defensa eficaz y hace que el presente se imponga intermitentemente.

Tomando en consideración las asociaciones de la paciente y atendiendo al simbolismo de los

<sup>7</sup> Este conflicto aparece señalado desde el Rorschach por reunión en esta respuesta de determinantes de diferente nivel formal (FM/CF): "respuesta de conflicto".

elementos en juego, puede inferirse que la situación traumática que subyace como "contenido latente" es una fijación a un vínculo incestuoso con su madre que le impide a Silvia crecer psicoemocionalmente y consolidar su identidad.

Los ruidos en la panza y el hambre experimentada por Silvia al momento de enunciar la respuesta darían cuenta en un lenguaje somático "oral-digestivo" de la emergencia de una imago de madre mala<sup>8</sup> que amenaza con privar de alimento, morder, dañar, quemar, etc. (Garma, 1954, p. 37).

La fantasía de salvación ("salir a flote") remitiría simbólicamente al nacimiento<sup>9</sup> y sería en este caso una expresión optativa con la que Silvia intenta disminuir la tensión psíquica inherente a una situación "caliente" y peligrosa, vinculada a lo que **Mauricio Abadi** denominaba "angustia del adentro" (Abadi, 1960), de la que necesita huir para no sufrir "daño"; aunque la idea de ascender también podría remitir al deseo y a la "esperanza" de curarse<sup>10</sup>.

El alivio sentido Silvia por el final feliz de la breve historia imaginada por ella se corresponde con la solución ficticia con la que pretendía librarse de los impedimentos que la limitaban entonces. Es notable como tiempo después, cuando finalmente logró vivir sola y tener una pareja homosexual, cosas a las que su madre se oponía, Silvia dio en la Lámina VIII una respuesta similar pero mucho más simple, en la que las nutrias simplemente suben a la montaña, sin amenaza de peligro ni necesidad de escapar.

Si bien dar una respuesta de este tipo no implica necesariamente la elaboración de su trauma genético, sí demuestra capacidad por parte de la paciente para usar las manchas del Rorschach al servicio de la comunicación y del cumplimiento del objetivo de brindar a su analista información importante acerca de sí misma a través de la expresión de fantasías desiderativas.

<sup>8</sup> **Garma** sostiene que en el superyó del niño se instala una madre mala fantástica que luego persiste imperecedera en el inconsciente.

<sup>9</sup> En los mitos la huida del infierno es una referencia usual al momento del parto.

<sup>10</sup> **Garma** (1956) muestra el sueño de una paciente (30: Los paracaaidistas) en el que *ascender* equivale a mejorar o conseguir un bienestar psíquico mediante el tratamiento psicoanalítico.

Por último considero que el hecho de que la paciente pueda hacer un “trabajo de la respuesta” como el visto en este ejemplo habla de un funcionamiento psíquico encuadrado en lo que **André Green** llama la “*lógica de la esperanza*”, más del lado del principio del placer-displacer que de la “*inercia esterilizante*” (Green, 2000, p. 47) de la compulsión a la repetición.

## Conclusión

En este trabajo se ve cómo la vinculación del psicoanálisis con el Psicodiagnóstico de Rorschach ha posibilitado la consecución de múltiples objetivos. Entre los más importantes destaco:

- Confirmación del diagnóstico de un caso.
- Obtención de datos pronósticos acerca del mismo.

- Evaluación del cambio psíquico de una paciente a lo largo de un proceso analítico.
- Enriquecimiento de la lectura del test de Rorschach mediante la detección de aspectos inexplorados, en este caso de posibles Fenómenos especiales, aptos para convertirse en puntos iniciales de futuras investigaciones.
- Utilización de la teoría psicoanalítica para analizar y estudiar comparativamente las respuestas del test de Rorschach.
- Articulación del estudio de un tipo particular de respuestas que aparecen en el test de Rorschach con la teoría de los sueños de **Ángel Garma**.

## Contacto

Margarita Artusi • margaritaartusi@hotmail.com  
 Terrero 3031 (1416) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
 Tel.: (54 011) 4585-7904 / Cel.: 15-4169-3441

## Bibliografía

- Abadi, M. (1960). *Renacimiento de Edipo*. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Abuchaem, J. (1979). *El psicodiagnóstico en el adulto, el niño y el adolescente* (Tomo primero). Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Alessandro M., Alonso H., Passalacqua A., *Sistema comprensivo-Escuela Argentina de Rorschach similitudes y diferencias*. Comunicación libre en el VI Congreso Europeo de Rorschach (E.R.A. 2000).
- Alessandro de Colombo, Alonso, Barreira, Codarini, Gravenhorst, Herrera, Menestrina y Passalacqua (1993). *El Psicodiagnóstico de Rorschach, Interpretación*. (Tercera edición). Buenos Aires: Ediciones Klex,
- Anzieu, D. (1981). *Los métodos proyectivos*. (Quinta edición). Buenos Aires: Editorial Ábaco.
- Anzieu, D. (1987). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Baer Bahía, A. (1950) Le test de Rorschach interprété du point de vue analytique. *Revue française de psychanalyse*, Paris, 455-503.
- Bohm, E. (1979). *El test de Rorschach*. (Segunda edición). Madrid: Ed. Morata.
- Bohm, E. (1988). *Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach*. (Novena edición). Madrid: Ediciones Morata.
- Cesio, F. (2010). *Actualneurosis*. Buenos Aires: Editorial La Peste.
- Freud, S. (1924). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García Badaracco, J. (1991). Concepto de cambio psíquico: aporte clínico. *Revista de Psicoanálisis*,

- Asociación Psicoanalítica Argentina, XLVIII, 2: 213-242. B. Aires.
- Garma, Á. (1954). *Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*. Buenos Aires: Editorial Nova.
- Garma, Á. (1956). *Psicoanálisis de los sueños*. (Tercera edición). Buenos Aires: Editorial Nova.
- Garma, Á. (1962). *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Garma, Á. (1990). *Tratado mayor del psicoanálisis de los sueños*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Green, A. (2000). Génesis y situaciones de los estados fronterizos. En André, J. Comp. *Los estados fronterizos ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis?* (pp. 27-59). Buenos Aires. Nueva Visión.
- Klopfers, B. y Davidson H. (1979). *Manual introductorio a la técnica del Rorschach*. (Sexta edición). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lagache, D. (1982). La ensoñación imaginante, conducta adaptativa en el test de Rorschach (1943). En *Obras II (1939-1946): El amor y el odio y otros estudios teóricos y críticos*. (pp. 110-118). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Passalacqua, A., Herrera, M. T., Orcoyen D. (1997). Investigación sobre suicidio y Rorschach. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Año 2, N° 1.
- Passalacqua, A. y Gravenhorst, M. (2010). *Los fenómenos especiales en Rorschach*. (Séptima edición). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Passalacqua, A. y col. (2003). *Psicodiagnóstico de Rorschach, sistematización y nuevos aportes*. (Quinta edición). Buenos Aires: Ediciones Klex.
- Portuondo, Juan A. (1973). *El Rorschach psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rapaport, D. (1971). *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Racker, H. (1981). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. (Séptima edición). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rolla, E. (1981). *La entrevista en psiquiatría. Psicoanálisis y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Rorschach, H. (1972). *Psicodiagnóstico*. (Sexta edición). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rosenfeld, H. (1981). Algunos factores terapéuticos en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica Argentina, Vol. 3, N° 2-3, 329-346.
- Schafer, R. (1967). *Projective testing and psicoanálisis*. New York: International Universities Press, Inc.
- Schafer, R. (1972). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach test, theory and application*. (Octava edición). New York: Grune&Stratton.

# El trabajo pionero de H. S. Sullivan en la psicoterapia de la esquizofrenia.

## *H. S. Sullivan's pioneering work on psychotherapy of schizophrenia.*

Francisco Balbuena Rivera.

Dpto. de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva.

**Resumen:** Con la ayuda de diversas fuentes y el libro *La esquizofrenia como un proceso humano* (1962), que aglutina escritos sullivanianos editados de 1924 a 1935, se analiza aquí el trabajo pionero llevado a cabo por H. S. Sullivan desde 1922 a 1930 en el hospital Sheppard y Enoch Pratt en Towson (Maryland, USA). Con ello, creemos, que expertos y legos en el pensamiento clínico de este autor vislumbrarán algunas de las tesis teórico-técnicas que después conformarán la matriz sullivaniana y su praxis en la psicoterapia de la esquizofrenia.

**Palabras claves:** H. S. Sullivan, esquizofrenia, hospital Sheppard and Enoch Pratt.

**Abstract:** With the help of different sources and the book *The schizophrenia as a human process* (1962), what gathers sullivanian writings edited between 1924 to 1935, is analysed here the pioneering work of H. S. Sullivan from 1922 to 1930 at Sheppard and Enoch Pratt Hospital in Towson (Maryland, USA). With it, we think that experts and laymen on the clinical thought of this author will glimpse some of the theoretical-technical theses that later will sustain the sullivanian matrix and his praxis on the psychotherapy of schizophrenia.

**Key words:** H. S. Sullivan, schizophrenia, Sheppard and Enoch Pratt Hospital.

### Introducción

Intentando reconstruir lo más fielmente el itinerario clínico-formativo de H. S. Sullivan (1892-1949) en el hospital Sheppard-Pratt, adonde llegó a finales de 1922 a solicitud del superintendente Dr. R. McClure Chapman (1), trabajando allí desde 1923 a 1930, primero como asistente médico y después director de investigación, H. S. Perry, biógrafa de Sullivan, reúne en el libro póstumo *La esquizofrenia como un proceso humano* (1962) una serie de trabajos que, precedidos de sus propios comentarios, ilustran acerca del septenio de estancia sullivaniana en tal institución mental y de las repercusiones que ello tuvo en su ulterior trayectoria profesional (2).

De ese tiempo, posiblemente en sus últimos 12 meses, destaca el diseño de una pequeña ala psiquiátrica por parte de Sullivan inserta en el edificio de admisión al hospital, donde fueron internados 6 sujetos varones con esquizofrenia. De ello es de interés recalcar la relevancia dada a las primeras 24 horas de internamiento para forjar un buen *rapport* y vínculo psicoterapéutico (3), condicionantes a su vez de la ulterior prognosis y alta hospitalaria. Pues, si la condición esquizofrénica resultaba de fallas interpersonales, haciendo suyo Sullivan el principio de que *lo semejante se cura con lo semejante*, pensaba que el sujeto afecto de esquizofrenia se “curaría” si era capaz de crear ‘otras’ relaciones interpersonales.

Para ello, seleccionó muy bien a 6 ayudantes, entre los que había 2 analistas, que instruyó en diversas estrategias para luego ser así capaces de tratar las alteraciones a las debieran enfrentarse (4). Asimismo, alentó la creación en tal ala de lo que llamaría *sociedad preadolescente*, un modelo social de tránsito hacia la madurez (2). De los ayudantes había algunos homosexuales, arguyéndose que era para contrarrestar la posible homofobia que los pacientes homosexuales hubieran hallado de no ser así (4), aunque Perry (2) afirma también que esto favorecía el retorno del psicótico a la realidad.

La elección de tales ayudantes homosexuales ha sido también vinculada con la condición homosexual de Sullivan, que por esos años inició una relación afectiva con James Inscoc, la cual podría haber durado toda su vida, alimentando la idea de que el interés sullivaniano en la homosexualidad, y particularmente en su nexa con la esquizofrenia, no era sólo intelectual, sino también personal. Respecto a Inscoc se ha dicho de todo, desde que era chapero, y fue así como lo conoció Sullivan, a que fue paciente en Sheppard-Pratt, lo que no se ha podido confirmar, o que fue contratado por Sullivan para realizar tareas domésticas, convirtiéndose luego en amantes (5). Independientemente de cual fuera el modo en que Sullivan e Inscoc se conocieron y/o formalizaron su relación, en nada ensombrece la enorme valía clínica del primero, pues una cosa es la vida profesional y otra la íntima-personal, que mientras no afecten una al desempeño de la otra, han de respetarse.

Existen, con todo, aspectos del rol de Sullivan en Sheppard-Pratt imprecisos, y, aun cuando Perry entrevistó a personas que le conocieron estrechamente como Clara M. Thompson (1893-1958), extrayendo también información de los registros magnetofónicos realizados a Sullivan o a pacientes, a quienes éste grabó más de 350 sesiones, convirtiéndose así en uno de los primeros terapeutas en hacerlo (6), usando para ello un micrófono oculto (4), tales dudas persisten (2).

Sabemos, eso sí, que Sullivan tenía amplia libertad para organizar el ala, al gozar del favor del Dr. Chapman, de mentalidad abierta y empatía clínica, lo que permitió incorporar las ideas sullivanianas al tratamiento de los sujetos afectos de

esquizofrenia (7), a los que Sullivan entrevistaba cuidadosamente, interesándose por establecer con ellos un espacio donde se sintieran seguros y cómodos (5). En tal sentido, los esquizofrénicos tenían libertad para expresar emociones, abrazar y besar a los ayudantes, sólo con fines psicoterapéuticos, como decía Arthur Linton, uno de tales ayudantes, persiguiendo así que aquellos homosexuales aceptaran su condición sexual, más que juzgar a ésta una anomalía de la naturaleza asociada a su enfermedad mental. De tal proceder clínico, como del saber emanado de él, se beneficiaron luego quienes gozaron del magisterio de Sullivan en Chesnut Lodge, cuya fama acrecentó aún más F. Fromm-Reichmann (8); ha trascendido también que en el ala los 6 ayudantes varones se relevaban cada 12 horas, formando 4 el turno de mañana y 2 el de noche. Existía también personal de apoyo instruido por Sullivan, que tomó a algunos en análisis, permitiéndoles el acceso a las sesiones clínicas (4). Igualmente, en los alrededores del hospital, Sullivan poseía una casa privada donde se almorzaba y polemizaba en un clima de respeto y tolerancia.

Por el contrario, las relaciones personales de Sullivan con otros galenos de Sheppard, como W. W. Elgin, más tarde su Director médico asociado, no fueron cordiales, afirmando éste de aquél que era un sujeto de difícil trato, habitualmente en conflicto con la administración del hospital, completamente impredecible en sus relaciones sociales, sin término medio para lo que le atraía como le disgustaba. No fue, con todo, eso lo que determinó la dimisión de Sullivan de Sheppard-Pratt, sino su creencia personal de que el salario que percibía era exiguo para la importancia y dedicación exigida a su puesto, recibiendo a su petición de incremento de sueldo la negativa del hospital, añadiéndose además a esto el escaso presupuesto que éste destinaba a investigación (4). Apoyando esto está la misiva que Chapman remitió a Sullivan el 4-4-1930 y las que Chapman escribió al Dr. E. A. Robinson, miembro de la directiva del hospital, fechadas el 25-2-1930 y el 3-4-1930 (1).

Otra razón que ha sido esgrimida para la marcha de Sullivan aduce a que le fue negado encargarse del edificio de admisión, entonces con 75 camas, lo que le hubiera permitido incrementar sus recursos financieros, algo del todo inviable

por las malas relaciones que mantenía con el departamento administrativo del hospital. Sumado a esto estaría la falta de confianza de Chapman hacia Sullivan, para quien el funcionamiento del hospital había empeorado debido a la impaciencia del último por aplicar un ambicioso programa psicoterapéutico cuando los medios y personal eran escasos (4). Asimismo, tampoco se veía con buenos ojos los ensayos clínicos de Sullivan favorecedores de un intercambio físico no sexual doctor y paciente, aun cuando éste se hacía dentro de un marco ético y de ayuda al esquizofrénico, lo que era visto por autoridades hospitalarias y otros galenos inadecuado y peligroso (5). A pesar de ello, Sullivan, fuera ya de Sheppard-Pratt, y hasta morir en 1949, siguió en contacto con la plantilla y Chapman, a quien dedicó su primer libro publicado (1).

Dicho esto, expondremos a continuación el pensamiento clínico sullivaniano emergente durante esos años en Sheppard-Pratt, apoyándonos en la antología de escritos técnicos ya referida intitulada *La esquizofrenia como un proceso humano*. Previo a ello, ha de señalarse que el primitivo interés de Sullivan por el sufriente afecto de esquizofrenia surgió cuando trabajaba en el hospital Elizabeth, bajo el indeleble magisterio de W. A. White (1870-1937), antes de irse a Sheppard-Pratt, como C. M. Thompson afirmó emocionada honrando la memoria de Sullivan (9). *Escritos técnicos tempranos: germen del principio Similia similibus curantur*.

Comenzaremos con *Esquizofrenia: sus rasgos malignos y conservadores. Una comunicación preliminar*, ensayo que, junto a *El complejo oral*, había sido presentado por Sullivan en dos encuentros científicos celebrados en 1924, que pensaba se editaran como un único trabajo (10). Sin embargo, el segundo de ellos ha sido omitido en la antología usada, arguyendo Perry razones de espacio, como que supuso un intento fallido de incorporar observaciones sullivanianas en torno a la esquizofrenia a la matriz freudiana, si bien simultáneamente afirma que es una fascinante preformulación de teorías sullivanianas acerca del desarrollo humano.

Del primero, por el contrario, cabe destacar el tenaz rechazo sullivaniano a juzgar la esquizofrenia como una especie morbosa de base biológica,

sin negar por ello predisposiciones genéticas, como a usar los términos demencia y malignidad al referirse a tal entidad clínica, al postular que la condición esquizofrénica no lesiona de forma homogénea toda la organización psíquica de quien la padece, refiriéndose aquí a sus rasgos conservadores, reorganizadores de su estructura mental y de los cambios operados en su personalidad, en la que también influye el *milieu* social al que el psicótico retorna tras huir de la realidad pretérita que le atenaza (11).

Es, justamente, auxiliándose el terapeuta de tales rasgos conservadores que subyacen en el psiquismo del sujeto con psicosis, y no en los que la enfermedad ha mermado desigualmente, que aquél estará en disposición de reconducir al paciente a la recuperación y reintegración social, juzgándose dinamizadores terapéuticos de tal cambio insuflar al enfermo la creencia interna de que puede sortear y/o superar las dificultades interpersonales, utilizándose también el grado de *insight* que posea para valorar la estabilidad de su recuperación psíquica y emocional.

Los rasgos conservadores, ya en los estados catatónicos, ya al comienzo de la esquizofrenia, son así concebidos como una tentativa de regresión a un proceder psíquico más primitivo, infantil o prenatal, cuyo objetivo es reintegrar las masas de experiencia vital que fallidamente no fueron estructuradas en una unidad funcional, abocando así al psicótico a múltiples disociaciones, no sólo con la realidad externa, sino también con su propio universo psíquico interno.

En resumen, y como acertadamente refiere M. Conci (12), este trabajo revela cómo Sullivan, siguiendo a Bleuler y no a Kraepelin, intentó conceptualizar de nuevo la posición incierta de la esquizofrenia como síndrome clínico, auxiliándose para ello de la teorización psicoanalítica freudiana y de su propia experiencia profesional.

Con todo, de tal realidad inter-e-intrapsíquica, sólo parcialmente inferida por quien contacta con el ser-pensar del doliente esquizofrénico, Sullivan se ocupa en *Peculiaridad del pensamiento en la esquizofrenia* (13), en donde revisando trabajos psico(pato)lógicos editados enfatiza el valor fundamental de la simbolización, cuyo estudio juzga capital para desentrañar y mitigar la asfixiante

angustia de quien una vez se replegó sobre sí y ahora se procura reconectar a la realidad social. Pues, al entender sullivaniano, al obrar así, se podrá acceder a ese enigmático estar-en-el-mundo que conforma la alteridad del sujeto con esquizofrenia, antes constreñido a una misinidad inabordable, sin sentido, ininteligible para el otro, que le condenaba al ostracismo social y a cualquier tentativa de abordaje y/o mejoría terapéutica.

Por ello, sin negar el sustrato orgánico a partir del que emanan los procesos psíquicos superiores, Sullivan se interesa por la ontogenia de la simbolización, que en cada individuo tendrá matices singulares, compartiendo todos los miembros de la especie humana diferentes niveles de abstracción y capacidad simbólica, como expresa Ch. Spearman en su libro *La naturaleza de la "inteligencia" y los principios de la cognición*, publicado en 1923, en el que se basa Sullivan para conceptualizar el proceder psíquico anómalo del esquizofrénico. Así, junto a la aprehensión de la experiencia fenoménica por el aparato psíquico del perceptor, la rememoración de relaciones psíquicas variables en nivel de abstracción, y la evocación de correlatos dirigidos a potenciar más símbolos, Sullivan añade la reproducción, desaparición y claridad psíquica con que los símbolos se expresan en la conciencia del sujeto. Se aleja así de la primera tópica freudiana, postulando en su lugar lo que denominará inatención selectiva, modelización del funcionamiento psíquico más cercana para nosotros a planteamientos actuales cognitivistas que psicoanalíticos freudianos.

Las producciones verbales del paciente psicótico, trazón somato-psíquica de un ser-pensar delirante, deben contemplarse siempre bajo la óptica sullivaniana en un espacio social, donde, contando con la historia vital pretérita, aquél sea capaz de establecer dinámicas sociales diferentes, facilitadoras de su reencuentro con la realidad externa-interna de la que se había alejado y replegado sobre sí.

Siguiendo nuestro análisis de los escritos sullivanianos, abordaremos ahora el intitulado *El inicio de la esquizofrenia* (14), si bien antes es conveniente recalcar la omisión que de nuevo realiza Perry (15) de 3 artículos de Sullivan aparecidos

en 1926. El primero, *Maduración erógena*, por vincularse estrechamente su contenido a otro escrito sullivaniano publicado en 1930, *Cultura sexual arcaica y esquizofrenia*, que después trataremos; el segundo, *Regresión: una consideración de los procesos mentales reversibles*, por el carácter de mera etiqueta verbal al que acaba reducido el término regresión, difícilmente abordable en la esfera de la psicosis, arrogándose Perry la potestad de suprimirlo, pues, según ella, eso hubiera hecho Sullivan, quien habría hablado lo menos posible de tan abstruso tema. Se evidencia también en el mismo el uso ocasional de Sullivan de la hipnosis con sujetos esquizofrénicos, y del tercero, *La importancia de un estudio de símbolos en psiquiatría*, de gran contenido filosófico, merece destacar la idea sullivaniana según la cual el proceso perceptivo de un esquizofrénico es una forma más entre otras de captar la realidad (15).

Ya de *El inicio de la esquizofrenia*, que vio la luz en 1927-1928, se refieren como factores preliminares en la irrupción de esta enfermedad mental desajustes del sujeto al contexto social, ausentes en quienes mantienen una relación afectiva adecuada, siendo la primera vez que el término interpersonal se cita en un escrito técnico sullivaniano para dar cuenta de las fallas sociales que el psicótico posee.

Prosigue recalcando el importante rol que el enfoque psicodinámico debiera tener en la formación del futuro galeno, al ser muy útil para teorizar acerca de lo que subyace en el sentir-pensar esquizofrénico, para después indagar en algunas de las conflictivas que los adolescentes atraviesan en su desarrollo evolutivo, que algunos "resuelven" sumiéndose en una excesiva ingesta de alcohol, llevando aquí un serio análisis de las condiciones premórbidas que anteceden a la clínica de la psicosis.

En lo que respecta a *El campo común de investigación y psiquiatría clínica* (16), publicado en 1927, conviene decir que no fue el único trabajo de naturaleza experimental elaborado por Sullivan, que ese año y el siguiente realizó 2 más, que fueron editados en 1927-1928, girando ambos acerca de la experiencia afectiva en la temprana esquizofrenia. Si bien, arguyendo la anticuada metodología usada por Sullivan y el

abandono de éste a partir de 1930 de toda tentativa para evidenciar experimentalmente el ingrediente emocional en la incipiente esquizofrenia, Perry (17) opta por eliminar los 2 escritos antes aludidos.

De vuelta al primero, volcado en la investigación psiquiátrica, se interroga acerca de lo que es la ciencia, y particularmente en su aplicación al campo de la psiquiatría clínica, donde a su entender existe una polarización entre galenos del alma y biologicistas, que asemejan al psiquiatra a un internista fracasado, en lugar afirma Sullivan de valorar al buen internista también un exitoso psiquiatra. Si a ello se añade los exiguos fondos asignados a investigar enfermedades mentales, más aún si se comparan con los que otras patologías reciben, el arte de la psiquiatría y la amplitud de sus bases científicas se tornan según él una difícil empresa humana.

Rechazando la intromisión de ignorantes y diletantes en la praxis clínica y la excesiva generalización de resultados, como campo común de investigación en el saber psiquiátrico, sitúa la observación del pensamiento y de la conducta humana, abogando porque el analista abandone el rol clásico de espejo neutral para el otro, tornándose alguien que trata de descifrar, escuchar lo mudo y visibilizar lo ignoto e incierto que acongoja al esquizofrénico.

En cuanto a *Criterios tentativos de malignidad en esquizofrenia* (18), que expuso resumidamente en un encuentro conjunto de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Psicopatológica Americana, editándose en 1927-28, comienza afirmando que la prognosis psiquiátrica debería juzgarse una técnica especializada de la psicología social, al vincularse con la predicción de la futura adaptabilidad del sujeto al entorno social, recalcando la dificultad de distinguir los factores culturales propiciadores de ello, como el peso aislado y en conjunto que éstos poseen cara a la recuperación psicosocial del individuo con esquizofrenia.

Los aspectos volitivos desde esta óptica adquieren una preeminencia en el acontecer vital del esquizofrénico, analizando aquí Sullivan el trabajo onírico, como otras manifestaciones psico(pato)lógicas infantiles y preadolescentes asociadas al

dormir-despertar y el desarrollo psicosexual, del que refiere una mejor prognosis en pacientes de tipo oral libidinal que en otros en los que domina otra fase psicosexual.

En *Investigación en esquizofrenia*, aparecido en 1929-30, Sullivan expande sus intereses previos acerca de las ciencias sociales, expresando la necesidad de evaluar al sujeto con esquizofrenia como una *persona* (19) y no un mero agregado de elementos fisiológicos, psicológicos, etc., abogando porque se realicen estudios comparativos de pacientes mentales afectados de distintas patologías psíquicas con los diagnosticados de esquizofrenia, extrayendo así un mapa conceptual de lo que caracteriza a unos y otros enfermos, y en lo que atañe al proceder esquizofrénico de las fallas sociales y emocionales de las que da cuenta su historia de vida, en la adolescencia y después en la adultez, como de los patrones de afrontamiento y/o tentativas de resolución que pusieron en marcha con mayor-menor acierto (20).

De relevancia sullivaniana también es investigar el tipo de situación social que ha perdido significado para el esquizofrénico, como la partición de intereses que exhibe entre sucesos externos e internos, destacando aquí las delusiones y preocupaciones hipocondríacas, señalando del catatónico la perplejidad que su conducta irradia, dada la falta de acciones externas y disipación energética que presenta frente a quien desde fuera lo observa.

Por el contrario, en *Cultura sexual arcaica y esquizofrenia* (21), editado en 1930, aunque presentado por Sullivan un año antes en el 3º Congreso de la Liga Mundial para la Reforma Sexual, supone un viraje respecto a lo ya expuesto, pues, más que centrarse en la clínica psicótica, lo hace en la higiene psicosexual, y en particular, en la necesidad de cambiar las actitudes culturales entonces vigentes hacia el sexo. De ahí que sin negar factores hereditarios en la esquizofrenia y la existencia de manifestaciones homosexuales en sus afectados, sea partidario de explicar tales impulsos libidinales basándose en la psicodinamia de tales sujetos, ayudándose aquí de la teorización freudiana en lugar de recurrir a anormalidades endocrinas o gonadales. Subyaciendo a esto parece latir el genuino compromiso sullivaniano

con el sufriente psíquico, al que no hay que criminalizar ni juzgar un invertido sexual, sino una persona cuyas conflictivas psíquicas le abocan a una suerte de dificultades interpersonales a las que se debe dar solución.

De igual modo, erradicar la visión de la homosexualidad como una perversión sexual frente a una heterosexualidad normal dominante es otro de los objetivos que según Sullivan han de marcarse los reformadores sociales, más cuando hay padres que al educar a sus hijos le imprimen lo que él llama una *fobia primitiva genital*, a la vez que niegan que aun habiendo tenido experiencias homosexuales tempranas no pueda luego alguien reorientar sus prácticas sexuales hacia la esfera heterosexual. En otro plano, *Individuos esquizofrénicos como una fuente de datos para una investigación comparativa de la personalidad* (22) es el trabajo que Sullivan expuso en 1929 en el 2º coloquio de investigación de la personalidad, cuya primera edición se realizó en 1928, participando en ella aquél con una ponencia en la que refería la necesidad de una buena comunicación entre científicos sociales y psiquiatras, para que unos y otros compartieran y se beneficiaran de los hallazgos mutuos que de la conducta humana normal y anormal obtuvieran. Tal objetivo, según Perry (20), fue al que después dedicó gran empeño la *American Journal of Psychiatry*, publicación a cuya creación Sullivan ayudó, iniciando su senda editorial en 1938.

Por su parte, en *La relación de inicio con resultado de esquizofrenia* (23), tras revisar lo acontecido a 100 pacientes de alrededor de 250 investigados, señala que el inicio insidioso de los procesos esquizofrénicos resulta más pernicioso que si su comienzo fuera abrupto, ya porque el desorden insidioso es diferente del agudo, ya porque la distorsión de la personalidad subyacente al inicio insidioso es más severa aunque de similar naturaleza a la del inicio agudo. La prognosis y evolución ulterior del paciente serán pues más favorables con un comienzo abrupto que no insidioso.

Finalmente, respecto a este trabajo, en su *Historia del psicoanálisis*, R. Fine expresó en 1979 que tales pacientes fueron tratados por Sullivan con lo que podría llamarse una terapia psicoanalítica modificada, o una aproximación

psicológica al ego, y no por el psicoanálisis freudiano entonces en boga (24).

Los dos siguientes escritos sullivanianos que analizaremos serán *Factores medioambientales en la etiología y curso bajo tratamiento de la esquizofrenia* (25), publicado en 1931, e *Investigación sociopsiquiátrica*, aparecido en 1930-31 (26). En el primero, presentado ante una audiencia de galenos, reiteró que la esquizofrenia es un desorden causado por fallas interpersonales, sin negar por ello la influencia de factores hereditarios, constitucionales y/o la concurrencia que otras dolencias puedan tener en su aparición y desarrollo posterior, mostrándose convencido de que aun cuando en el futuro conozcamos los efectos que esos factores provocan, los investigadores hallarán que su ocurrencia no difiere de la evidenciada en los mismos por la población general. Como elemento amortiguador de un previsible desajuste psicossocial del sujeto, refiere el establecimiento de relaciones íntimas adecuadas en la preadolescencia y juventud, al juzgar ambas etapas evolutivas claves para el futuro destino psíquico y pulsional de un ser humano, que, de ser hospitalizado, se le debe ayudar tras el alta a reintegrarse a la sociedad. Quien psicoterapéuticamente trate al sufriente psíquico lo debe ver así desde la óptica sullivaniana como una persona y no como una entidad biológica enferma (25).

En el segundo, cuyo subtítulo era *sus implicaciones para el problema de la esquizofrenia y la higiene mental* (26), el auditorio reunía a higienistas mentales y psiquiatras, antes quienes insiste en la provisionalidad de los hallazgos obtenidos respecto a factores etiológicos en la esquizofrenia, particularmente hereditarios y constitucionales, apostando por fallas personales siempre relativas a un individuo en interacción social con otros, como así avalan datos extraídos de la clínica y de las teorías de la personalidad normal-anormal hasta entonces formuladas.

El foco de trabajo psicoterapéutico debe así ser desplazado del individuo a las transacciones sociales en el entorno hospitalario, transformando a éste en una experiencia de crecimiento personal para el internado y no en un centro custodial.

En pos de ello, Sullivan plantea la necesidad de una validación consensual de objetivos psicote-

rapéuticos y de todo cuanto afecte la dinámica cotidiana de los sufrientes psíquicos hospitalizados, considerando crucial para ello el asentimiento de toda la plantilla, como la puesta en marcha de lo acordado dentro de un marco ético y de absoluto respeto y profesionalidad hacia el enfermo mental. Finalizando, expresa que el camino hacia la edad de oro de la psiquiatría no se logrará a través de la propaganda sostenida financieramente, como tampoco por la fe, esperanza o caridad, sino por una práctica loable de la ciencia, sustentada en el serio escrutinio de hipótesis y preconcepciones, de las que emane una mejora de las herramientas usadas en el abordaje-tratamiento de las condiciones psíquicas bajo examen (26).

En los comentarios técnicos de Perry (27) que anteceden el siguiente trabajo a analizar, *El tratamiento psicoanalítico modificado de la esquizofrenia* (28), en nota a pie de página, se informa de la supresión del escrito *Formación del estudiante de medicina general en psiquiatría*, al juzgarlo no central para la temática en torno a la que gira los escritos aglutinados en *La esquizofrenia como un proceso humano*. Del primero, cuyo contenido seguidamente trataremos, conviene señalar que incluye un informe del Dr. W. V. Silverberg, quien, tras dejar Sullivan Sheppard y Enoch-Pratt, asumió desde junio de 1930 a junio de 1931 la responsabilidad del ala hospitalaria experimental por el último creada, que, a tenor de los buenos resultados logrados, refuerza según Perry (27) el buen hacer clínico anterior de Sullivan.

Entrando ya en su contenido, que fue publicado en 1931-32, debe en primer término señalarse el uso que hace del término psicoanalítico, concebido dentro de un contexto interpersonal supeditado a un marco cultural, que el clínico no ha de ignorar, pues son tales referencias culturales y señas de identidad colectivas las que le permitirán comprender y abordar la aparente psico(pato)logía del sujeto. Pues hay sujetos que fuera de su cultura y *milieu* social serían diagnosticados de locos, mientras que si evaluamos su conducta tomando como patrón la esgrimida por otros miembros de su cultura, tal etiqueta diagnóstica resultaría errónea.

Como criterio clínico para distinguir a una persona con esquizofrenia de otra que no lo sea, usa

el proceder psíquico de ésta en estado de vigilia o de sueño, de tal suerte que, salvo que aquélla exprese algún estado de alteración de conciencia sobrevenido por condiciones orgánicas o psico(pato)lógicas, la persona aquejada de esquizofrenia actuará ante la realidad como si de un sueño o fantasía se tratara. Teoriza al respecto del modo en que opera el psiquismo de un esquizofrénico, que concibe como un sistema de tendencias psíquicas disociadas, con las que el sujeto pretende amortiguar la masiva angustia que le acongoja, desaconsejando el uso de la hipnosis en pre-esquizofrénicos agitados, al provocarles esto un grave descontrol emocional que colocaría al clínico en una situación delicada. Asimismo, rechaza la diferencia establecida por P. Schilder entre esquizofrenia y pseudoesquizofrenia (11).

Sí, por el contrario, juzga como herramientas psicoterapéuticas eficaces para tratar a los afectos de esquizofrenia los procedimientos psicoanalíticos y programas socio-psiquiátricos, valorando un artefacto teórico más que una evidencia clínica la inclusión en el discurso analítico del cambio de fijación de los impulsos libidinales de una zona erógena a otra como un índice serio de recuperación en tales sujetos. De igual forma, refiere que los pacientes con alta probabilidad que la terapia resulte eficaz son en primer lugar aquellos en que se ha producido un cambio rápido, esto es, en pocas semanas, de un ajuste parcial al entorno a otro de aparente psicosis; en segundo término, sitúa los hebefrénicos, quienes no han vivenciado regresión alguna hacia intereses de la temprana niñez o infancia; y, en tercer lugar, estarían los paranoides o en un estado paranoide aderezado de fenómenos residuales de corte esquizofrénico, que no han experimentado una recuperación parcial por una masiva proyección o transferencia de culpa. Finalmente, del catatónico crónico se muestra optimista respecto a su prognosis, juzgándole una extensión crónica del estado genuinamente esquizofrénico, considerando la duración de la enfermedad mental una variable importante cara al tratamiento y evolución posterior (28).

Sea como fuere, desde la óptica sullivaniana, lo primero a conseguir en el trabajo psicoterapéutico con un esquizofrénico es sacarle de la situación en que manifiesta sus dificultades, conduciéndole a otra en que se sienta alentado para renovar sus

esfuerzos de ajuste psicosocial. Clave en esto serán los fenómenos transferenciales y contra-transferenciales movilizados, previniendo de la enorme sensibilidad emocional subyacente al esquizofrénico, que el analista debe tener presente en las interacciones con él, independientemente del “camuflaje” que el esquizofrénico use en los intercambios sociales en que se vea envuelto.

El esquizofrénico, igualmente, precisa una capacidad suficiente de *insight* y de conocimiento de cómo está organizada su propia personalidad, para así evitar un sadismo enmascarado o inconsciente, celos o unas expectativas mórbidas de resultados. Ha de estar libre también de las habituales supersticiones éticas y de delusiones, siendo para esto capital en opinión de Sullivan desarrollar o crear de nuevo en el enfermo una autoestima, merced a la cual se sienta atractivo para los otros y tratado desde el inicio como *una persona entre otras personas*.

El antepenúltimo escrito técnico sullivaniano que trataremos es *Desórdenes mentales* (29), aparecido en 1933, al que le siguió en 1934 el intitulado *Psiquiatría*, omitido por Perry, que fueron encargados a Sullivan para que formaran parte de la *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*. En él, hace referencia al desarrollo histórico experimentado en los modelos psico(pato)lógicos, comenzando su recorrido con el demonológico, para luego centrarse en el sociológico y otros, elogiando la labor de W. A. White, S. E. Jellife y A. Meyer en la psiquiatría norteamericana, como la de S. Freud o C. G. Jung en Europa para incluir explicaciones psicógenas y/o asentadas en variables medioambientales para dar cuenta de las enfermedades mentales. Y, sin obviar factores hereditarios y/o constitucionales, dice Sullivan que variaciones interindividuales detectadas en gemelos puedan ser explicadas en mayor medida por influencias ambientales que genéticas. Igualmente, toda conducta ha de ser para él valorada dentro de una situación social y no de forma aislada (29).

En cuanto a los 2 últimos trabajos que revisaremos, *Formación psiquiátrica como un prerrequisito para la práctica psicoanalítica* (30) y *Estrés cultural y crisis adolescente* (31), señalar que mientras el primero fue publicado en 1934-35, el

segundo, redactado entre 1929 y 1933, vio la luz póstumamente en 1972 como el capítulo 7 del libro sullivaniano *Psicopatología personal: tem-pranas formulaciones*.

Del primero cabe destacar la importancia que Sullivan otorga a la formación psiquiátrica, al poner en contacto directo a quien la realiza con el enfermo mental, como con los fenómenos transferenciales, juzgando así tal formación capital para quien después quiere formarse en la terapia psicoanalítica para encarar la clínica. Considerando como promedio 18 meses de formación psiquiátrica en un hospital mental, expresa que tal período podría reducirse con adecuada supervisión (30).

Ya del segundo, expresar el valor que confiere a la adolescencia como una etapa clave del ciclo vital, especialmente respecto a la elección de objeto sexual, cuya definitiva fijación homosexual o heterosexual dependerá del modo en que el joven encare y resuelva los conflictos asociados a su *self* e identidad sexual. Entre ellos cita la angustia de castración, masturbación y visión negativa acerca del sexo que el Estado, la Iglesia, etc., sostienen por distintas razones, y que debieran para Sullivan revisarse cuando ciertos cambios sociales y culturales tienen lugar (31).

## Conclusiones

Como hemos mostrado, desde su labor temprana en St. Elizabeth y más aún en Sheppard-Pratt, Sullivan defendió el importantísimo rol que el entorno social y los otros ejercen en la etiopatogenia de la condición esquizofrénica, convencido que si tal enfermedad mental se expresa en alguien que convive con otros, será también en interacción con otros donde hallará el camino para recuperarse psíquicamente. No es de extrañar por ello que a Sullivan se le haya considerado después un claro exponente del psicoanálisis culturalista, al abogar por la influencia de los factores psicológicos, sociológicos y culturales en detrimento de los biológicos, o creer más en el potencial psicoterapéutico del encuentro humano cotidiano con los pacientes que en el análisis retrospectivo de sus conflictivas y/o de su sexualidad infantil (1).

Aun así, en 1963, después de revisar el libro de Sullivan *La esquizofrenia como un proceso hu-*

mano, un año antes publicado, Laing mostraba su decepción porque muchas de las hipótesis formuladas en este libro todavía no se hubieran confirmado o refutado, afirmando que quizás todavía había tiempo para ello (6).

Finalmente, manifestar que hubiéramos deseado que H. S. Perry no hubiera suprimido los artículos sullivianos citados, pues a nuestro entender la

producción intelectual temprana de este autor cabe evaluarse desde una posición crítica seria y no hagiográfica, en la que los logros y/o fallas teórico-técnicas sean juzgadas por el desarrollo interno-externo de la psiquiatría de entonces, y no por el presentismo y/o la posición defensiva de quienes creen ser fieles a Sullivan mutilando sus escritos.

### Contacto

Francisco Balbuena Rivera • balbuena@uhu.es

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva

C/ Gólgota 8, 2 D • 41007 Sevilla

### Bibliografía

1. Forbush, B. The Sheppard & Enoch Pratt Hospital 1853-1970. A History. Philadelphia & Toronto: J. B. Lippincott Company, 1971.
2. Perry, H. S. Introduction. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, XI-XXI.
3. Arieti, S. *The interpretation of schizophrenia, 2ª ed.* New York: Basic Books, 1974.
4. Schwartz, J. *La hija de Casandra. Una historia del psicoanálisis en Europa y América*. Madrid: Síntesis, 2000.
5. Wake, N. "The Full Store by no jeans all told": Harry Stack Sullivan at Sheppard-Pratt, 1922-1930. *History of Psychology*, 2006, Vol. 9, Nº 4, 325-358.
6. Laing, R. D. Review of Schizophrenia as a human process by H. S. Sullivan. *International Journal of Psychoanalysis*, 1963, 44 (3), 376-378.
7. Noble, D. T. Discussion of Paper by Dr. D'Amore. En A. R. T. D'Amore (Ed.), *William Alanson Alanson White. The Washington years, 1903-1937. The contributions to psychiatry, psychoanalysis and mental Health by Dr. White while Superintendent of Saint Elizabeths Hospital*. Washington, D. C.: U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1976, 95-100.
8. Hornstein, G. A. *Salvar a una persona es salvar al mundo. La historia de Frieda Fromm-Reichmann, una mujer que desafió a su época*. Barcelona: Andrés Bello de España, S. L., 2001.
9. Thompson, C. Harry Stack Sullivan, the man. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, XXII-XXV.
10. Perry, H. S. Commentary 1. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, 3-6.
11. Sullivan, H. S. Schizophrenia: Its Conservative and Malignant Features. A Preliminary Communication. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 7-22.
12. Conci, M. *Sullivan Revisited-Life and Work. Harry Stack Sullivan's Relevance for Contemporary Psychiatry, Psychotherapy and Psychoanalysis*. Trento: Tangram Edizioni Scientifiche, 2010.
13. Sullivan, H. S. Peculiarity of Thought in Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 26-99.
14. Sullivan, H. S. The onset of Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 104-136.



15. Perry, H. S. Commentary 3. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, 100-103.
16. Sullivan, H. S. The Common Field of Research and Clinical Psychiatry. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 140-156.
17. Perry, H. S. Commentary 4. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, 137-139.
18. Sullivan, H. S. Tentative Criteria of Malignancy in Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 158-183.
19. Sullivan, H. S. Research in Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 186-202.
20. Perry, H. S. Commentary 6. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, 184-185.
21. Sullivan, H. S. Archaic Sexual Culture and Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 206-215.
22. Sullivan, H. S. Schizophrenics Individuals as a Source of Data for Comparative Investigation of Personality. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 218-232.
23. Sullivan, H. S. The Relation of Onset to Outcome in Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 236-244.
24. Fine, R. *Historia del Psicoanálisis, 2 tomos*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
25. Sullivan, H. S. Environmental Factors in Etiology and Course under Treatment of Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 246-255.
26. Sullivan, H. S. Social Psychiatric Research. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 256-270.
27. Perry, H. S. Commentary 11. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company., 1962, 271.
28. Sullivan, H. S. The Modified Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 272-294.
29. Sullivan, H. S. Mental Disorders. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 297-307.
30. Sullivan, H. S. Psychiatric Training as a Pre-requisite to Psychoanalytic Practice. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 297-307.
31. Sullivan, H. S. Cultural Stress and Adolescent Crisis. En H. S. Sullivan, *Schizophrenia as a human process*. New York: W. W. Norton & Company, 1962, 321-351.



# ACTUALIZACIONES





## Herencias. La transmisión en psicoanálisis.

Autora: Elina Wechsler.  
Editorial Letra Viva • 2013.  
ISBN: 978-950-649-459-9 • 107 págs.

Un interesante recorrido por el psicoanálisis y la transmisión, comenzando por la transmisión simbólica e imaginaria del Edipo, sus dificultades, ejemplificando (Antígona, el hombre de las ratas,... Carla, Emilia, Valentina) hasta llegar al síntoma. “Transmitir es dejar huella. Es inscribirnos en la corriente de la vida sin saberlo. Sin pretenderlo. Para que otros la vuelvan a transmitir de otra manera, a su manera. Transmitir en psicoanálisis es analizar. Con las huellas de aquéllos que nos analizaron. Sin saberlo. Para que otros vuelvan a analizar, a su manera, con nuestras huellas”.

Otro apartado volcado a la genealogía femenina, el amor, la maternidad (transmisión en acto), la feminidad, sin dejar de lado la cuestión del padre en relación a la histeria y a la neurosis obsesiva, la función paterna o el significado de un hijo para la madre o para el padre.

Abordaje del tabú en la alimentación, en la imagen, las transmisiones orales, la obesidad, la bulimia... Para terminar en la transmisión del Psicoanálisis. Con sus imprescindibles formación, supervisión, transferencia, siempre transmisión, también en el análisis del analista.

El analista, mediante el acto analítico en transferencia, deviene portador de la transmisión del psicoanálisis. Transmisión que posibilitará que ese analizante devenga a su vez portador de la transmisión con otro sujeto y que tendrá como efecto que el Psicoanálisis logre perdurar.

Saber que transmitimos es transformar la transmisión inconsciente en consciente. Saber que tenemos deudas, que no hay posibilidad alguna de una creación ex nihilo, que somos parte de una cadena y que no hay manera de escapar de ella. Nunca estamos solos, aún cuando lo creamos, porque aún desde antes del primer grito nos marcan las huellas de las generaciones pasadas. Porque nuestro último aliento se inscribirá en el primer aliento de nuestros sucesores”.

**Elina Wechsler** es miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, miembro de la IPA. Profesora invitada del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica de la Universidad Complutense.



## Experiencias terapéuticas grupales.

Autor: Emilio Irazábal Martín y Mariano Hernández Monsalve (Coords.).

Edit. Grupo 5 • Serie Intersecciones y fronteras de la salud mental. ISBN: 978-84-93987-25-1 • Madrid, 2013 • 252 págs.

El libro es fruto de unas Jornadas organizadas sobre trabajo grupal en la salud mental en la Agencia Laín Entralgo de Madrid y cuyo resultado es esta obra colectiva con la participación de 24 autores pertenecientes a diferentes recursos públicos de salud mental.

Recoge la propuesta grupal como proceso de cambio en la rehabilitación y va hilvanando, como bien señala, una serie de biografías rotas correspondientes a pacientes con trastorno mental grave que se encuentran en experiencias grupales en diferentes contextos y encuadres. Por esto incide en la terapia de grupo como método de tratamiento del trastorno mental tiene ya un cierto recorrido en nuestro país. El progresivo aumento de la demanda asistencial en los servicios públicos de Salud Mental empuja a los profesionales a iniciarse en estas prácticas, aunque con deficientes herramientas teórico-técnicas -los profesionales caminan un poco a ciegas y contra corriente; los programas de formación en esta modalidad de terapia se pueden contar con los dedos de una mano; la investigación sobre resultados tampoco tiene el apoyo necesario.

El pensamiento dominante en las políticas de salud mental mira hacia otro lado sin pararse a valorar lo beneficios que para el paciente tienen los tratamientos colectivos. Aún así, existen “islas” donde la terapia de grupo camina con solidez atrayendo a profesionales que buscan distanciarse de lo hegemónico y dogmático, aportando ilusión y esperanza en este campo.

Este libro recoge una serie de experiencias grupales que pueden ser calificadas de *avanzadas*: prácticas que llevan años realizándose, utilización de metodologías suficientemente contrastadas, exposición de resultados positivos para los pacientes, así como la valentía mostrada por los interrogantes y dificultades planteadas.

*Experiencias terapéuticas grupales* es un texto dirigido a los profesionales interesados y practicantes de estas metodologías, que encontrarán algunos de los problemas más actuales en el trabajo con grupos terapéuticos. También aquellos profesionales cuya relación con la terapia de grupo es como *derivantes* de pacientes encontrarán una buena información que redundará en beneficio de su tarea, y a los pacientes que asisten a los grupos les ayudará a entender y dar mayor significado a sus procesos terapéuticos. Porque las terapias grupales han de ocupar un lugar preferente entre los recursos de los servicios de salud mental con preocupación comunitaria. No es casual el postulado adleriano de “así como enfermamos en sociedad, en grupo, podemos curarnos en sociedad, en grupo” que se mantiene en nuestros días.



## Sobre la Responsabilidad Criminal. Psicoanálisis y Criminología.

Autor: Luís Seguí • Edita Fondo de Cultura Económica.  
 Colección: Psicología, psiquiatría y psicoanálisis.  
 ISBN: 978-84-37506-83-8 • Madrid, 2012 • 255 págs.

Si tanto la psiquiatría como la jurisprudencia se ocuparon desde comienzos del siglo XIX de la conexión entre el crimen y la locura, la aparición del psicoanálisis operó como un revulsivo en el ámbito de aquellas disciplinas. El presente ensayo explora los avatares de la relación entre el discurso psicoanalítico y el discurso jurídico partiendo del hecho de que uno y otro se ocupa del mismo sujeto. Sin embargo, aunque se trata del mismo sujeto, no se puede ignorar que existe una diferencia sustancial: mientras que para el derecho el inconsciente no existe al tiempo de juzgar un acto, el psicoanálisis no concibe al sujeto sino como sujeto del inconsciente, con las consiguientes diferencias en cuanto al criterio de responsabilidad que puede atribuirse en cada circunstancia a los protagonistas.

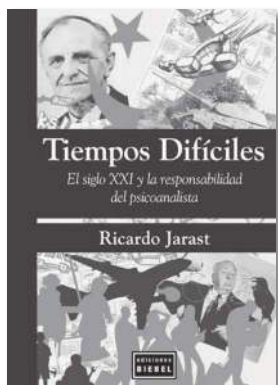
Si bien la condición humana no predispone a los hombres a la sujeción voluntaria de los instintos, la persistencia de la violencia y el crimen a lo largo de la historia no obedece exclusivamente a las patologías individuales. La presencia de la pulsión de muerte a escala global, traducida en asesinatos masivos, guerras, crímenes contra la humanidad o genocidios, exige ser estudiada y diagnosticada como parte de lo que Jacques Lacan definió como una “clínica de la civilización”. El concepto de responsabilidad en sus dos vertientes, objetiva y subjetiva, es utilizado por el autor como eje articulador de la no siempre pacífica convivencia del psicoanálisis con el derecho.

Aborda una duda ¿el derecho no es un instrumento para dictaminar lo que es propio de una comunidad y lo que no lo es? Y la responde. El amo es un significante, pero ese significante se encarna en determinadas figuras, unas simbólicas, que son las instituciones, y otras físicas como los sujetos investidos de poder. El derecho, las leyes, son los instrumentos a través de los cuales el discurso

del amo se expresa, auxiliado por la policía, las cárceles y los manicomios, porque la ley sin poder coactivo para hacerla cumplir no tendría ninguna eficacia. Freud escribió hace cien años que una comunidad humana se mantiene unida gracias a las identificaciones y a la violencia, que el amo utiliza cuando las identificaciones se debilitan o desaparecen y la cohesión social -la obediencia- debe ser impuesta por la fuerza. En este sentido, la respuesta a si el derecho no está perimido para dictaminar lo que es propio de una comunidad y lo que no lo es, debe ser negativa.

El derecho es un conjunto de normas a través de las que se regula la convivencia social, incluso bajo la hegemonía del discurso capitalista. Otra cosa es que hay personas que se rebelen contra esa ley, luchan para combatirla y la sustituyan por otra u otras que consideren más justas y más coherentes con sus deseos. El reclamo de más y más seguridad conduce a la paranoia, como se comprueba en el panorama internacional, especialmente en los Estados Unidos y Europa, y donde pocos políticos se atreven a decir a la gente la verdad: que la seguridad absoluta no existe, y que vivimos en la sociedad del riesgo global, como la ha definido el sociólogo alemán Ulrich Beck. Claro que se juega con fuego cuando se genera una alarma injustificada multiplicadora de la paranoia al exagerar la falta de seguridad, como cuando se intenta restar importancia a determinados hechos trágicos argumentando que son puntuales, es decir excepcionales, a pesar de que se repitan con alarmante frecuencia.

**Luís Seguí** se apoya en su amplia formación académica. Licenciado en Derecho en Argentina, su país de origen, posteriormente cursó estudios de Historia, Ciencias Políticas y Psicoanálisis. Es miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) y de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo freudiano desde su fundación habiendo sido director de la Biblioteca de la ELP en Madrid.



## Tiempos Difíciles. El siglo XXI y la responsabilidad del psicoanalista.

Autor: Ricardo Jarast.

Ediciones Biebel, 2013.

ISBN: 978-987-1678-28-0 • 230 págs.

Este libro abarca un amplio abanico de temas y reflexiones sobre el psicoanálisis. Se inicia con *El siglo XXI y la responsabilidad del psicoanalista*. Continúa con el análisis de dos tiras de Clemente, el personaje del humorista Caloi y la no pertenencia psicoanalítica del concepto de “subconsciente”. El siguiente capítulo trabaja las historias adolescentes de Dora y la joven homosexual, pacientes de Freud. El prolongado tratamiento de una paciente anoréxica adulta, el uso de la noción de “yo-piel” de Anzieu, y los comentarios de Aulagnier, Baranger y García Badaracco conforman el capítulo 4. El término japonés *amae* y su uso psicoanalítico, aparece en el artículo siguiente.

Estos cinco capítulos fueron escritos en Argentina. Los siguientes, escritos en España, hablan de la migración; la histeria y el yo-piel; el hitlerismo y el neofundamentalismo islámico; el concepto winnicottiano de “temor al derrumbe” y la somatosis, con una incursión en *El Eternauta* del historietista Oesterheld; el trabajo prolongado en la red andaluza de Salud Mental. Los dos últimos capítulos emplean modelos cinematográficos: *Invictus* de Eastwood, *Psicosis* de Hitchcock y *Cisne negro* de Aronofsky.

Stefano Bolognini, autor del prólogo, señala que el común denominador de las reflexiones de Ricardo Jarast, está dado por el gran amor del autor hacia el psicoanálisis, entendido éste “no en sentido académico, sino como el más útil y convincente instrumento puesto a punto por la humanidad para afrontar el sufrimiento y recuperar la posi-

bilidad de vivir con dignidad, entereza y vitalidad la propia existencia”.

**Ricardo Jarast** nació en Buenos Aires en 1949. Médico psiquiatra titulado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Realizó su formación psicoanalítica en la Asociación Psicoanalítica Argentina donde alcanzó la categoría de Miembro Titular. En 1990 migró con su familia a Sevilla, contratado por el Servicio Andaluz de Salud para organizar la Unidad de Salud Mental Infantil de Jerez de la Frontera donde trabajó 19 años. Desde 2009 trabaja en la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Virgen de Macarena de Sevilla. En los años noventa la Asociación Psicoanalítica de Madrid lo nombró Miembro Titular. Ha participado activamente en congresos psicoanalíticos europeos e internacionales. En 2002 la Editorial Promolibro de Valencia publicó su libro *Objeto transicional y yo-piel* y en 2010 Ediciones Biebel de Buenos Aires publicó su libro *El modelo de Los Otros. Cine y psicoanálisis*.

## Delitos Contra La Integridad Sexual. Articulaciones Psicoanalíticas. Desde las sombras del entre rejas.

Autora: Alicia Beatriz Iacuzzi • 2013.

Ediciones de las tres lagunas • ISBN: 978-987-656-073-3.

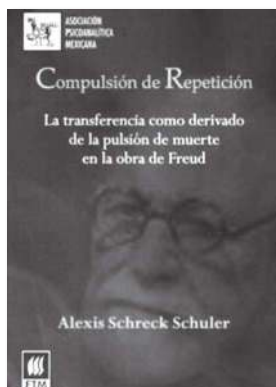


En pro de la consistencia de la pirámide jurídica, la criminalidad objeto de la Criminología debería integrar también aristas provenientes de experiencias penitenciarias en esta y otras problemáticas con la mira puesta en la prevención primaria, secundaria y terciaria. A los profesionales de la Salud Mental les compete esclarecer zonas que por su especificidad no son abarcadas por otras disciplinas haciendo aportes a la cosmovisión criminológica. La propuesta etiológica que nos llega desde el paradigma de la biología resulta limitada. Los profesionales del Área Salud Mental dentro de las unidades penitenciarias -consolidados en nuestra función- podemos erigirnos en corresponsales que den cuenta de manera integral para que devengan en políticas públicas en las agendas del Estado. Este texto tiene su cuna en 25 años de inserción laboral como psicóloga clínica-psicoanalista en una Unidad Penal de Régimen Semiaabierto y Régimen Abierto del Servicio Penitenciario de la provincia de Buenos Aires.

Amplio trabajo con víctimas de los llamados “delitos sexuales” pero había un vacío en relación a los “perpetradores”, quienes estaban en la “invisibilidad” científica. Era necesario un gesto ético para redimensionar la clave “re” (rehabilitación, reinserción, etc.). Consideré que la institucionalización favorecía contar con una estrategia que facilitara la indagación de referencias fácticas y empíricas. No obstante ser utópico pensar la erradicación de estos delitos, la inquietud le llevó a tomar iniciativas, utilizó el modelo de investigación Extraclínico Empírico Multidisciplinar Institucional con orientación psicoanalítica pluralista. Las cifras y los resultados preliminares son solo herramientas que marcaron un rumbo de trabajo. La representatividad de la muestra tomada permitió remitir específicamente a un perfil de las personas presas, depurando falsas premisas que, como creencias, circulan como pre-supuestos. Medicalización y/o judicialización son los prismas

desde donde se examina e intenta dar respuestas a la problemática, con miras al “control” y regulación de la misma. A estos excluidos se los incluye en un circuito -el sistema penitenciario- donde se los retiene sin más. En estas manifestaciones humanas quizás sea indispensable un salto cualitativo. Para abrir una puerta hacia la prevención de recidiva la apuesta fuerte está en la posibilidad de abordajes psicoterapéuticos. Los llamados delitos contra la integridad sexual con persistencia insisten, haciendo su llamado a la comunidad científica para que no eludamos ampliar nuestro horizonte epistemológico para dar cuenta de ellos. Más allá del problema de la validación intralínica propia de la disciplina psicológica, estaríamos abocados a aprehender a estos sujetos mas allá de la conducta antijurídica, identificando estrategias y modalidades de intervención clínica. Poner el énfasis meramente en el control sintomático dejaría por fuera aspectos psicodinámicos. La muestra estudiada permitió identificar rasgos psicodinámicos que cualifican los trastornos. Por eso aboga por el diseño de programas específicos abordajes institucionales de detenidos por delitos contra la integridad sexual que contemplen la atención multidisciplinar individual y grupal dentro de las prisiones.

**Alicia Beatriz Iacuzzi**, nació en Junín, provincia de Buenos Aires. Licenciada en Psicología en la Universidad Nacional de San Luis en 1980 y Profesora de Enseñanza Superior en Psicología. Inició estudios en el Centro Psicoanalítico de Junín y continuó su formación como psicoanalista en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), donde hoy es miembro Titular didacta. En 2003 ingresó en la Federación Psicoanalítica Latinoamericana (FEPAL) y la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Seleccionada en 2007 en el Research Training Programme de la I.P.A. en la University College of London sobre “Psicoanálisis y trabajo carcelario”. Sus trabajos han sido reconocidos con varios premios nacionales e internacionales.



## Compulsión de Repetición. La transferencia como derivado de la pulsión de muerte en la obra de Freud.

Autora: Alexis Schreck Schuler.

Editores de Textos Mexicanos (ETM) • México, 2011.

ISBN: 978-607-7817-6 • 168 págs.

La psicoanalista Alexis Schreck Schuler, licenciada en psicología en la Universidad de Anáhuac, más tarde la maestría en psicoterapia analítica en la Asociación Psicoanalítica Mexicana y después su doctorado en psicoterapia, ya había escrito libros tan interesantes como “Mitos del Diván” o “Freud y la Pulsión de Muerte”. Su actividad docente como profesora y coordinadora de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, han favorecido su acción investigadora en la obra de Freud.

Concepto límite entre la teoría y la práctica, la *transferencia* resulta ser una herramienta fundamental en la clínica psicoanalítica, por lo que no resulta extraño que Sigmund Freud la estimara, en particular, como el genuino objeto de estudio del psicoanálisis. A lo largo de su obra, la teoría de la transferencia sufre determinadas modificaciones y los puntos de certeza se inscriben en su articulación con los fenómenos de repetición, a partir de los cuales Freud propone el controvertido concepto de *pulsión de muerte* en 1920, con su destacada obra “Más allá del principio de placer”.

Este escrito alude a un planteamiento que nos desborda pues señala aquel resto del psiquismo apartado de la simbolización, excluido de la ligazón del principio de placer, pero que insiste punzante en un eco pulsional que no deja de sorprender y desgastar: la *compulsión de repetición*, enunciado *princeps* de la pulsión de muerte.

Es así como a partir de 1920, la transferencia, en tanto está motivada por la compulsión de repetición, emerge al servicio de la pulsión de muerte, que no sólo no crea nuevos vínculos sino que de suyo

implica a aquello no ligado por la pulsión, no investido representacionalmente, y por lo tanto parece deslizarse de ser la *resistencia* a ser lo resistido.

El análisis de dichas transformaciones teóricas en la obra de Freud resulta importante para todo psicoanalista o psicoterapeuta porque la compulsión de repetición es un concepto fundamental en la clínica psicoanalítica, debido a su expresión en la transferencia, y a su manifestación como sustrato psicopatológico. Su comprensión implica una mudanza en la posición de nuestra escucha en el consultorio.

Este texto es el primer estudio riguroso y concienzudo que da cuenta de las modificaciones en los conceptos de *transferencia*, *resistencia* y de *compulsión de repetición* a lo largo de la obra de Freud, y de su articulación con el controversial *concepto de pulsión de muerte*. El giro que dio Freud a la teoría de la transferencia a partir de la introducción de este concepto, merece una revisión más profunda relacionada con la teoría del tratamiento analítico. Este libro profundiza en esta cuestión.

**Alexis Schreck**, licenciada en psicología en la universidad Anáhuac y la maestría y el doctorado en psicoterapia analítica en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, coordinadora del Doctorado en Psicoterapia de la misma asociación.



## Retazos del psicoanálisis con niños en la Argentina. Creaciones Institucionales, biografías mínimas y algunas curiosidades. 1940/1969.

Ana Bloj • Rosario, Argentina.

La selección de capítulos que recorren este ensayo pueden ser situados en la línea de aquellas creaciones institucionales y producciones de dispositivos psicoanalíticos iniciáticos de la práctica con niños en la Argentina. El recorrido se realiza alrededor de aquellos sostenidos y generados en el seno del hospital público y de la Asociación Psicoanalítica Argentina en el período 1940-1969.

Son fragmentos, escritos, que formaron parte inicialmente de un cuerpo más amplio realizado por la autora en la búsqueda de la articulación de una historia del psicoanálisis con niños en nuestro país. Un buceo por la historia de sus pioneros y sus respectivos modos de concebir la niñez. El estudio de los aspectos clínicos de la producción de los pioneros argentinos se encuentra publicado en el libro "Los pioneros. Psicoanálisis y Niñez en la Argentina. 1922-1969", de reciente aparición.

En este caso, el lector se encontrará -además de recorrer los aspectos institucionales del psicoanálisis argentino de la primera época- con algunas curiosidades; aspectos singulares y atractivos acaecidos en la historia argentina:

el mito del niño asado, articulado por Marie Langer; un análisis del lugar que adquiere el cuerpo del niño, a través de las producciones de Arminda Aberastury y un ágil recorrido por biografías mínimas de los pioneros argentinos.

Ambos libros poseen como marca común la necesidad de recuperar una historia que quedó

sepultada luego de la última dictadura militar de 1976, en la que muchos psicoanalistas murieron y otros tuvieron que exiliarse. Los fragmentos que se suceden en esta publicación fueron brotando y pulsando por tener un lugar propio, con una organización particular, apartándose de su producción inicial.

Como los textos se nos revelan cuando los escribimos, decidimos dejarles un lugar apartado y especial, a la espera de una oportunidad de salir a la luz. Así, con ocasión del Premio Ángel Garmá, la autora ha valorado la invitación a sacarlos a flote. Aquí están, a la espera de su hora de circular por la lectura de las nuevas generaciones. A ellas dedica este esfuerzo, este deseo motor.

**Ana Bloj.** Psicóloga, psicoanalista. Profesora Titular de Psicología Educativa en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina. Ha realizado numerosas investigaciones sobre el psicoanálisis infantil en Argentina y Latinoamérica.



## Unes altres veus. Una mirada diferente sobre el autismo.

Autoría y dirección: Iván Ruiz y Sílvia Cortés Xarrié.  
Producido por Teidees (www.teidees.com) • Barcelona.

*Otras voces* es un documental sobre el autismo a partir de la experiencia de nueve padres, madres y abuelos de niños diagnosticados de autismo; del testimonio de Albert, un joven de 20 años diagnosticado de Síndrome de Asperger; y desde la mirada de diversos psicoanalistas de toda Europa.

*Otras voces* es un documental que muestra un diálogo con el autismo desde otra mirada, donde se desmontan los mitos de que el psicoanálisis culpabiliza a los padres del autismo de sus hijos y de que el tratamiento consiste en estirar a los niños en el diván; y se demuestra también su validez y eficacia más allá de la supuesta evidencia científica en la que se fundamentan otros tratamientos. A la vez, nos damos cuenta de lo que sucede cuando damos voz a la subjetividad y nos alejamos de los sistemas evaluadores que sólo aportan cifras.

Con testimonios múltiples. Los familiares explican cómo hicieron frente a las dificultades que surgieron en su paternidad; sobre todo, la de dar un lugar singular a sus hijos, renunciando así a las perspectivas e ideales previos: el protagonista Albert, nos transmite su vivencia de un mundo vivido desde lo radicalmente extraño al sentido común y con su testimonio nos damos cuenta de lo supone para él hablar, una experiencia reconocible por cualquiera pero de la que se desconoce habitualmente la complejidad que supone; los psicoanalistas de este estado español y también de Francia, Bélgica e Italia aportan su mirada y experiencia con el autismo desde el psicoanálisis lacaniano, que hace prevalecer la singularidad en la subjetividad de unos y otros. También es protagonista el espectador pues este documental ofrece la posibilidad de escuchar y reconocerse en otras voces que hablan de algunos elementos privados (no generalizables)

de la manera de estar y entender el mundo de personas que viven y conviven con el autismo.

El tratamiento narrativo de *Otras voces. Una mirada diferente sobre el autismo*, se detiene en la atención. Una atención que viaja de las voces a las imágenes con un ritmo que deja espacio para escuchar más que para sentir y para mirar más que para ver. En cuanto a los testimonios y al protagonista, da toda la relevancia a sus palabras. Para ello, respeta el ritmo interno, las pausas y las expresiones de sus discursos; Además de asistir a un espacio simbólico, también le acompañamos en su viaje de descubrimiento de Bruselas, para visitar con él el Museo Tintín. Así nos incita a escuchar y entrar en su particular vínculo con el mundo.

Las transiciones abordan una triple función: narrativa, visual y de separadoras de discurso. La más utilizada es la referencia sonora en la que escuchamos las voces de diversos niños que, intuimos, juegan en una habitación; así como también los sonidos, ruidos y fragmentos de músicas que surgen de los objetos que les acompañan. La banda sonora, compuesta especialmente para el documental, termina de envolver y definir el estilo intimista, reflexivo y artístico del documental; puntúa discretamente algunos momentos, quedando inserta en la trama del texto.

**Iván Ruiz.** Psicoanalista, psicólogo y músico, centra su investigación desde hace años en el autismo y la psicosis en la infancia. Miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

**Sílvia Cortés Xarrié.** Directora, realizadora y guionista, explica cosas importantes de manera bonita y comprometida. Co-dirige Teidees, con el deseo de desarrollar proyectos documentales de temas que considera importantes.

# Los fantasmas de Vera.

Rodabayo Productions • Donostia 2013.

Maithena Ormaetxea, Elena Vaz, Nagore Ferrero, Fermín Epalza, Ane Ortega, Eneko Egea, Eneko Oroz, Idoia Jimenez, Lander Moreno.

*Los fantasmas de Vera* es un film de corta duración que un grupo de jóvenes realizadores ha culminado y nos presenta con motivo del Premio Ángel Garma, organizado por la sección de psicoanálisis de OME y AEN de este año.

La acción se desarrolla en el escenario de la Salud mental y narra los avatares entre una paciente, su fantasmática y su psiquiatra. Así, uno de los temas que desarrolla radica en la descripción del comienzo de una nueva relación sentimental en una mujer joven que presenta síntomas de carácter paranoico y su modo de relacionarse con

el mundo. Vemos a lo largo de la proyección de este film como se fomenta el sentimiento persecutorio tanto en ella como en el otro. El desenlace final es ciertamente inesperado y situado en la interpretación subjetiva del espectador.

Pero sobre todo, *Los fantasmas de Vera*, nos permite reflexionar sobre la fragilidad de una práctica psicoterapéutica o psiquiátrica dirigida exclusivamente a la clasificación diagnóstica olvidándose de la escucha activa del sujeto y de la propia contratransferencia.

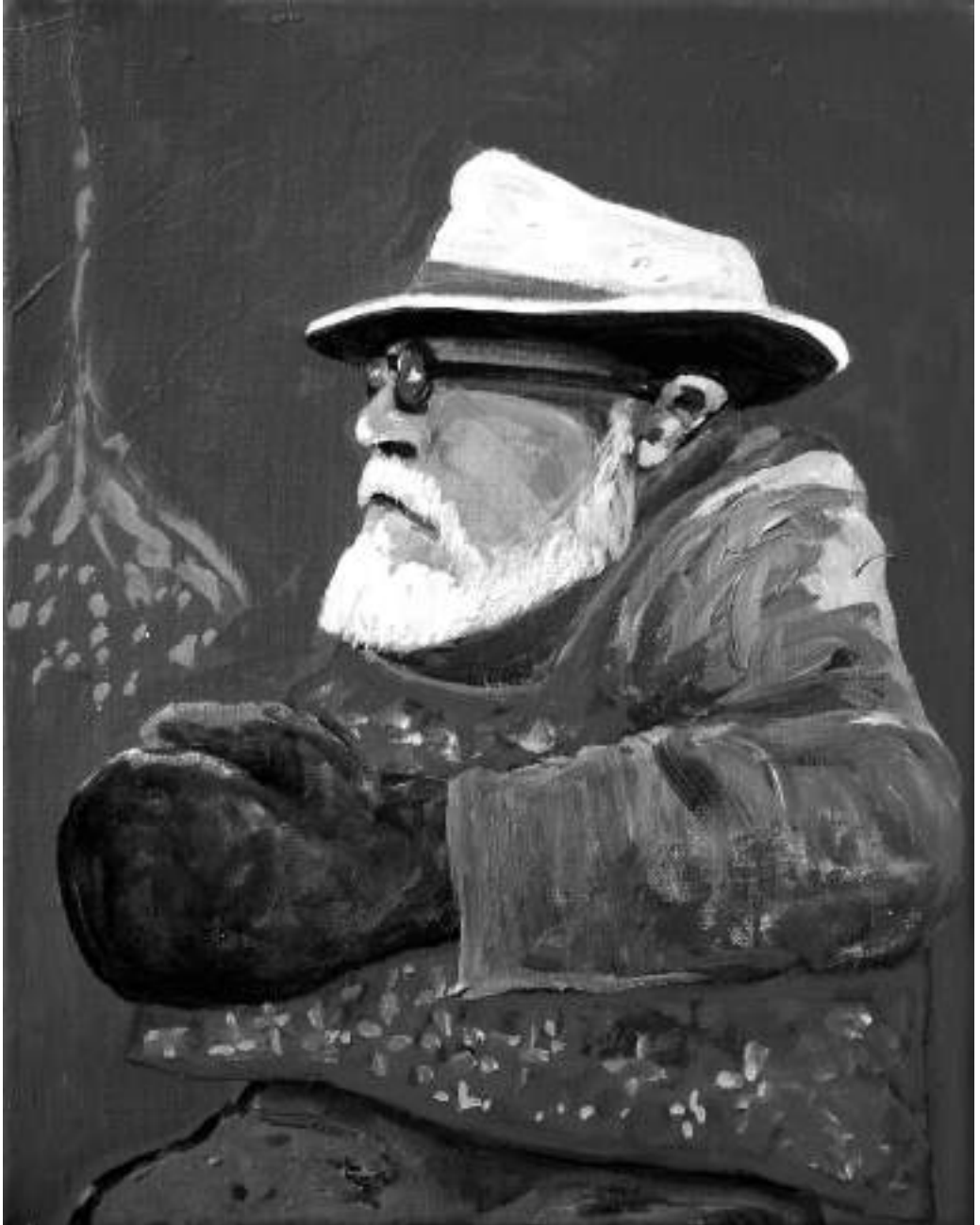


## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.



**Freud peleándola** *Eduardo Newark*

Alusión al fundador del psicoanálisis, y a su lucha por difundir la existencia del inconsciente, en donde transcurre gran parte de la vida del ser humano, donde se producen y se resuelven sus conflictos.

# Agenda

- 14-16 de Noviembre • Hotel Abades Nevada Palace, Granada.  
XXIX Jornadas de la Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental.  
[info@jornadas-aapsm-aen2013](mailto:info@jornadas-aapsm-aen2013)
- 14 de noviembre • Hospedería Fonseca de la Universidad de Salamanca.  
X Seminario en Investigación sobre Discapacidad y XII JORNADAS de la Asociación Castellana y Leonesa de Salud Mental. *Rehabilitación en salud mental*.  
Organiza: AEN y el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Univ. de Salamanca.
- 15 de Noviembre • Auditórium Universidad de Deusto, Bilbao.  
X Jornadas Internacionales - Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao.  
[www.gpab.org](http://www.gpab.org)
- 28-30 de Noviembre • Hotel Meliá Castilla, Madrid.  
XVIII Curso Anual de Esquizofrenia.  
[www.cursoesquizofrenia.com](http://www.cursoesquizofrenia.com)
- 29 de noviembre • Bilbao.  
V Jornada de Psicoanálisis de OME-AEN. I Premio Ángel Garma de Psicoanálisis.
- 14-18 de septiembre de 2014 • Madrid.  
XVI World Congress of Psychiatry: *Focusing on access, quality and humane care*.  
Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM).  
[www.wpamadrizo14.com](http://www.wpamadrizo14.com)

# Normas de publicación

La Revista NORTE de Salud Mental considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de NORTE de Salud Mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

## Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional,

centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

- Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados:

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner Al. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.htm).

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias que siga a su recepción.

La cuota anual será de 100 euros (profesionales en formación 50%). Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

que desempeña en (Centro de trabajo) .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P. .... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña. ....

D./Dña. ....

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En ..... el ..... de 20 .....

Firma:

## Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



Sociedad aragonesa de  
salud mental  
S.A.S.M.



*Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Associació Valenciana  
de Neuropsiquiatría  
(AEN-PV)

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



**ABSM** ASSOCIACIÓ BALEAR  
DE SALUT MENTAL

