



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES**

**FENÓMENOS ELEMENTALES Y ENTREVISTAS PRELIMINARES:  
SU RELEVANCIA EN LA INTERVENCION PSICOANALÍTICA CON  
ORGANIZACIONES PSICÓTICAS EN LA ADOLESCENCIA**

**TESIS**  
**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**  
**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**  
**LAURA ADELA URIBE DÍAZ**

**TUTOR:**  
**DRA. LUZ MARÍA SOLLOA GARCÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:**  
**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. ANA MARÍA FABRE DEL RIVERO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. ANA LOURDES TÉLLEZ ROJO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MÉXICO, D. F. OCTUBRE DEL 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| 1. ABSTRACT .....  | 3   |
| 2. RESUMEN.....  | 3   |
| 3. INTRODUCCIÓN.....   | 4   |
| 4.1 NEUROSIS Y PSICOSIS: ¿DISTINTAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN PSÍQUICA?. 6  |     |
| 4.1.1 Un poco de historia .....  | 6   |
| 4.1.2 Freud: los mecanismos psicóticos y neuróticos. ....  | 8   |
| 4.1.3. Aportaciones sobre las psicosis después de Freud.....   | 13  |
| 4.2 LOS FENÓMENOS ELEMENTALES Y LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA.....   | 27  |
| 4.2.1 Psicosis y la Forclusión del Nombre del Padre. ....  | 27  |
| 4.2.2 La lógica fálica .....   | 37  |
| 4.2.3 Piera Aulagnier: la potencialidad psicótica en la esquizofrenia y paranoia. ....                                 | 42  |
| 4.2.4. Los fenómenos elementales.....  | 51  |
| 4.2.5 Psicosis estabilizadas.....  | 66  |
| 4.3 LAS ENTREVISTAS PRELIMINARES, SU FUNCIÓN EN LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES CON ORGANIZACIÓN PSICÓTICA. .... | 73  |
| 4.3.1 El diagnóstico en psicoanálisis y las entrevistas preliminares. ....   | 73  |
| 4.3.2 ¿Qué dirección puede tomar el tratamiento si se trata de un paciente con organización psicótica? .....           | 82  |
| 4.3.3 Las entrevistas preliminares y la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes                                   | 90  |
| 5. MÉTODO.....   | 95  |
| 6. ESCENARIO.....  | 105 |
| 7. RESULTADOS .....  | 106 |
| 7.1 CASO PABLO .....   | 106 |
| 7.2 CASO JUAN .....  | 117 |
| 7.3 CASO CARLOS .....  | 127 |
| 7.4 CASO GABRIELA.....   | 136 |
| 8. CONCLUSIONES .....  | 151 |
| 9. REFERENCIAS.....  | 154 |

## **1. ABSTRACT**

According to some psychoanalytic references, the intervention with a patient with a stabilized psychotic organization, may affect in the psychotic unleashing. In this sense, the elementary phenomena (psychotic phenomena) shown during the preliminary interviews (initial interviews), is an indicator (even in functional psychotic organizations) of the need of a modification of the direction of the cure. Which opens the possibility of a psychoanalytic intervention oriented to a psychotic organization, previously discarded by Freud; furthermore this possibility opens the discussion about the function of the analyst regarding the conduction of the cure in these kinds of cases. The proposal is that the direction of the cure helps to avoid a psychotic unleashing of the patient during the treatment, helps the patient to make social links, to regulate the deadly jouissance and to achieve stabilizations through the construction of imaginary identifications or symbolic substitutions. The main objective of all this, is the subjectivation of the patient and the creation of new ways to be in life. In this work are shown four cases on which starting from the manifestation of elementary phenomena during the preliminary interviews, it's proposed a way of intervention in function of the particularity of the case.

## **2. RESUMEN**

Desde algunos referentes psicoanalíticos la intervención psicoanalítica con un paciente con organización psicótica estabilizada, puede incidir en un desencadenamiento psicótico. En este sentido, los fenómenos elementales (fenómenos psicóticos) que se muestran durante las entrevistas preliminares (entrevistas iniciales) son indicadores (aún en organizaciones psicóticas funcionales) de la necesidad de una modificación de la dirección de la cura. Lo cual abre la posibilidad a la intervención psicoanalítica hacia una organización psicótica, posibilidad que en su momento fue descartada por Freud. Además se abre la discusión sobre la función del analista en la conducción de la cura en este tipo de casos. La propuesta es que la dirección de la cura aspire a evitar un desencadenamiento psicótico del paciente durante el tratamiento, a que el

paciente realice lazos sociales, module el goce mortífero y logre estabilizaciones mediante la construcción de identificaciones imaginarias o suplencias simbólicas: todo con el objetivo de la subjetivación del paciente y la creación de nuevas formas de estar en la vida. En este trabajo se muestran cuatro casos en donde a partir de la manifestación de fenómenos elementales en las entrevistas preliminares, se propone una forma de intervenir en función de la particularidad del caso.

### **3. INTRODUCCIÓN**

¿Hay un tratamiento posible para las psicosis? A más de un siglo de la inauguración de la clínica freudiana del inconsciente; sus aportaciones siguen mostrando enigmáticas paradojas abiertas a reflexión. Enigmas, que siendo abordados por Lacan y otros psicoanalistas, aportan nuevas reflexiones y posibilidades para la intervención psicoanalítica con las psicosis: las que Freud consideró en su momento inaccesibles al psicoanálisis, mientras dejaba como legado un fértil terreno para abordarlas. Uno de estos enigmas son las causas del desencadenamiento psicótico de pacientes, que después haber funcionamiento regularmente en su vida eclosionan; en este sentido, son de igual enigma las causas del desencadenamiento psicótico de un paciente durante un proceso terapéutico.

En respuesta a esto, Lacan atravesado por la enseñanza freudiana y utilizando los recursos de la fina descripción de la psiquiatría clásica, propone a las entrevistas preliminares como preámbulos diagnósticos indispensables para identificar y explorar los fenómenos elementales; con la finalidad de establecer las coordenadas de la dirección de la cura en los casos de las psicosis estabilizadas (no desencadenadas) y desencadenadas. Partiendo de que la modalidad de tratamiento de las psicosis, es distinto al de las neurosis, estas coordenadas de la dirección de la cura interrogan a la función del analista a partir de la singularidad de cada caso. Estos aspectos se profundizan en este trabajo.

Además, se presenta un recorrido por los planteamientos de Freud sobre las psicosis y también los de otros psicoanalistas después de Freud, para finalmente centrarnos en lo que proponen Lacan y Piera Aulagnier sobre las psicosis y los fenómenos elementales: indicadores hipotéticos de una organización psicótica.

Todo esto nos permite pensar a las psicosis estabilizadas (no desencadenadas), y a las suplencias simbólicas e identificaciones imaginarias como formas de estabilización psíquica, con posibilidades de intervención psicoanalítica. Finalmente se presentan cuatro casos en los cuales se hace patente como las entrevistas preliminares permitieron la manifestación de fenómenos elementales, así como la posibilidad de establecer la dirección psicoanalítica de la cura desde las psicosis: con la hipótesis de tratarse de organizaciones psicóticas estabilizadas que requieren un tipo de intervención en función de las identificaciones imaginarias o suplencias simbólicas construidas.

## 4.1 NEUROSIS Y PSICOSIS: ¿DISTINTAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN PSÍQUICA?

### 4.1.1 Un poco de historia

Antes de que Freud abordara estos conceptos, en el siglo XIX ya aparecían en la nosografía psiquiátrica. El término “*psicosis*” fue introducido en 1845 por Feuchtersleben, palabra con la que este médico diferenciaba a la “*enfermedad del alma*” (Roudinesco, 2008); mientras que con la palabra “*neurosis*” Feuchtersleben definía a las enfermedades del sistema nervioso, las cuales sólo algunas podían traducirse también síntomas de una psicosis. “*Toda psicosis es al mismo tiempo una neurosis, puesto que, sin la intervención de la vida nerviosa, no se manifiesta ninguna modificación de lo psíquico; pero no toda neurosis es igualmente una psicosis*” (Laplanche & Pontalis, 2010, p.323).

Laplanche y Pontalis (2010) señalan que en el siglo XIX las neurosis eran las enfermedades de los nervios, en las cuales no eran identificados signos visibles de enfermedad en el cuerpo de los pacientes, por lo que se consideraban enfermedades causadas por un mal funcionamiento nervioso. Por el contrario las psicosis, eran pensadas como enfermedades psíquicas que no tenían fundamento en el funcionamiento nervioso; vemos que desde este entonces había una oposición entre estos dos términos, y la creencia de que hay algo en la psicosis, que no tiene que ver con lo orgánico necesariamente. Con “psicosis” se hablaba de una condición deficitaria, que encerraba “pérdida de la razón”, sin identificar sus causas.

Aunque no todas las escuelas utilizaban el término “psicosis”, parece que se referían a manifestaciones humanas similares. Por ejemplo, Morel en 1857 describió a las “esquizofrenias tempranas”, al observar a un chico de 14 años de edad, “*quien súbitamente manifestó odio a su padre*” (Guarner, 1978, p.150). En 1883 en Alemania, Kraepelin; quien fue el primero en interesarse por los efectos de

las drogas en los procesos mentales, habló de formas de locura en los adolescentes a las que llamó "*dementia praecox*". Además, este psiquiatra habló de la disociación de la conciencia, y del clivaje del yo en las esquizofrenias (Guarner, 1978). Esto llama la atención, porque a partir de estos dos psiquiatras, la demencia ya no es asociada exclusivamente con la adultez o vejez. También en Alemania, en 1900, Moebius habla de que la predisposición de los pacientes y los acontecimientos de vida son factores causantes de la enfermedad mental (Bercherie,1986).

En 1900 Bleuler fue quien nombró a la demencia-precoz como esquizofrenia, e introdujo el término de ambivalencia y el de "autismo" como uno de los subtipos de las esquizofrenias en el cual el paciente no tiene deseos de comunicarse. Bleuler (1900) pensaba que el autismo era el fundamento de los delirios esquizofrénicos. Guarner (1978) plantea que las aportaciones de Bleuler fueron derivadas de las aportaciones de Freud sobre el narcisismo, con el fin de aplicarlas a la explicación de la paranoia. Por otro lado, Jung también se apoyó en Freud para publicar su trabajo sobre demencia precoz (Bercherie, 1986), y al mismo tiempo Freud se apoyó en Bleuler y Jung para escribir sobre las psicosis, Freud leyó el texto de Schreber por recomendación de Jung (Cáparros,1997).

Esto es lo que pasaba en el contexto de Freud, y Roudinesco (2008) plantea que la forma de Freud para abordar estos conceptos se dio en un escenario de consultorio, en donde lo primordial para él era el trabajo con "lo vivo" del psiquismo y el sufrimiento humano, lejos de una necesidad nosológica per se. Por lo que Freud habló de defensas psicóticas en distintos momentos sin aislarlas completamente (a mi parecer) de las demás defensas neuróticas. Aún así, ¿se podría decir que finalmente pensó a las defensas psicóticas distintas de las neuróticas?

#### 4.1.2 Freud: los mecanismos psicóticos y neuróticos.

En Neuropsicosis de Defensa, Freud (1894) habla de que en la psicosis, a diferencia de la histeria o de la neurosis obsesiva, las defensas no son un “*divorcio entre la representación y su afecto*”; plantea que el mecanismo psicótico es “*una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa que las demás*”, en donde “*el yo desestima (verwerfen) la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido*” (p.59).

Dos años más tarde, en Nuevas Puntualizaciones sobre Neuropsicosis de Defensa, Freud (1896) también plantea que es posible que en la “*paranoia haya un particular modo de represión*” (p.180) de vivencias sexuales infantiles; además hace una distinción entre una defensa obsesiva, histérica y paranoica.

Sobre la defensa obsesiva dice que el reproche que “*ha sido reprimido {desalojado-suplantado} por la formación del síntoma defensivo primario: desconfianza de sí mismo*”, retorna como idea obsesiva. Por otro lado, el mecanismo histérico “*suele repetir sus símbolos mnémicos sin modificación, mientras que la alucinación mnémica paranoica experimenta una desfiguración*” (Freud, 1896, p.183).

Sobre la defensa paranoica Freud (1896) también dice que “*el reproche es reprimido por un camino que se puede designar como proyección, puesto que se erige el síntoma defensivo de la desconfianza hacia otros*”. Estos reproches de desconfianza “*retornan como unos pensamientos enunciados en voz alta*” (p.184), y no como ideas obsesivas o conversiones corporales. Vemos como en este entonces Freud ya hacía una distinción entre psicosis y neurosis (obsesión e histeria).

Sobre este mismo punto, en el manuscrito K Freud (1896) plantea que “*el contenido del pensamiento retorna como un pensamiento en forma de ocurrencia,*

*o como una alucinación visual o sensorial. El afecto reprimido parece retornar siempre en alucinaciones de voces*” (p.267). Ahora bien, ¿Cuál es la causa de que en los mecanismos psicóticos el afecto aparezca desfigurado y viniendo de fuera? En la etiología de la histeria Freud (1896) plantea que el papel de las vivencias sexuales infantiles no se limita al campo de la histeria, y lo relaciona con *“las formas de la paranoia crónica y otras psicosis fundamentales”* (p.217). Años después, en 1924 habla del papel de la frustración en la etiología de la paranoia (1924), relacionándolo con acontecimientos sexuales infantiles. Con esto se refiere a que las vivencias de seducción tempranas al ser vividas pasivamente, tienen pocas posibilidades de ser re-significadas, por lo que se quedan en el psiquismo en calidad de frustraciones.

Después Freud en 1910 cuando analiza el texto de Schreber, identifica que el mecanismo psicótico en Schreber surge como una defensa a su homosexualidad, a su deseo por Dr. Flehinger que después fue desplazado a Dios. Planteando la siguiente lógica: yo lo amo, luego, yo lo odio: él me persigue. Entonces aquí Freud sitúa al amor y al odio, y sobre todo el empuje hacia la mujer que Schreber experimenta, como causantes de los mecanismos psicóticos, identificando a esta forma de sexualidad como la etiología.

Ahora bien, si la sexualidad es como un cuerpo extraño en la psique, un trauma, que se introduce sin que el sujeto tenga posibilidades de hacerle frente más que por re-significaciones posteriores (Laplanche, 2003 & Aulagnier 1975): ¿Qué pasa con las defensas psicóticas y con la sexualidad? ¿Por qué son mucho más enérgicas y efectivas? En el Proyecto de Psicología Freud (1895) plantea que el dolor y el displacer son los que ponen al aparato psíquico en marcha, y dice que para el dolor no existe impedimento en la conducción, este impacto es la “cosa del mundo”.

*“Mientras más intenso sea el desprendimiento de displacer, tanto más difícil es la tarea para el yo...ofrecer un contrapeso a las cargas, y así no tiene más remedio*

*que admitir un decurso primario "* (Freud, 1895, p. 405). Es decir, que cualquier aparato psíquico con grandes cantidades de displacer es susceptible de alucinar si es que el yo no puede poner en marcha defensas primarias, que son procesos de pensar. ¿Qué tipo de procesos de pensar?

Para Freud el proceso de pensar, son las ligazones psíquicas que hace el yo entre sus representaciones para inhibir y moderar la energía psíquica en el aparato. Estas ligazones se van entramando para formar la memoria psíquica (huellas mnémicas), lo hacen a partir del funcionamiento de dos registros distintos en el psiquismo: el proceso primario y el proceso secundario. Estos dos registros funcionan simultáneamente en el psiquismo, el proceso secundario inhibe al proceso primario con sus pensamientos (principio de realidad), y al mismo tiempo el proceso primario comanda al proceso secundario (principio de placer).

El proceso primario se relaciona con la inmediatez de la descarga del aparato cuando busca satisfacción (eliminar tensión), esta le puede llevar a procesos alucinatorios como los que se nos ilustran en los sueños. Freud menciona que la cantidad de energía que el aparato necesita para disminuir el dolor es masiva y produce un gran gasto al psiquismo. En respuesta a este gran gasto, se construye el proceso secundario, que sólo con el auxilio externo (el otro, la madre, etc.), logra que la psique module ese gran dolor (cosa del mundo).

Ahora el yo logra cargas pequeñas que permiten posponer la descarga, evita el dolor que desorganiza el aparato, y poco a poco experimenta sólo "señal de angustia". La señal de angustia permite que el aparato se organice, piense y se mueva (motilidad).

Dice Freud (1895) que en el proceso secundario hay "una valoración correcta de de los *signos de realidad objetiva*". Esto quiere decir que el yo evita que el psiquismo invista una imagen movimiento (alucinación) sin signo de realidad objetiva que justifique la motilidad. Con esto se inaugura en la realidad psíquica

una relación distinta con la realidad exterior, se empieza a diferenciar lo que está dentro, de lo que está afuera del psiquismo, el aparato logra atención a los signos de realidad objetiva haciendo cortes y representaciones.

Esto acuña el nacimiento del lenguaje, que se inaugura con el llanto del bebé, llanto que empieza a ser un símbolo del objeto de satisfacción ausente. El bebé además de emitir el grito, lo escucha; se escucha así mismo de la misma forma que más adelante escuchará sus pensamientos. De esta manera, la representación cosa (cosa del mundo: dolor) es mediada por la representación palabra como dice Freud (1915) en *Lo Inconsciente*.

El objeto que no está, y el grito del bebé hacen una ensambladura falsa; es falsa porque el grito no es el objeto, pero sí un repetitivo llamado al otro fundando el lenguaje y la capacidad de metaforizar: si hablamos es porque podemos hacer falsos enlaces en el psiquismo.

Por el contrario, “si el objeto-deseo es investido vastamente, y así es animado por vía alucinatoria, este signo de descarga o de realidad se produce lo mismo que a raíz de una percepción exterior” (Freud, 1895, p.317). Es decir, que cuando el yo no logra su tarea (por el auxilio inadecuado del otro), en la realidad psíquica se hace un divorcio con la percepción exterior. Para Freud este es el fundamento de las alucinaciones y el delirio de los mecanismos psicóticos. Cuando ocurre esto el psiquismo experimenta un doloroso agujero, “*una herida abierta*” que anuncia la muerte inminente del psiquismo, como respuesta a la herida el aparato psíquico terapéuticamente parcha esta desgarradura del yo con el desarrollo de una alucinación y/o delirio. Es probable que el aparato psíquico nunca alcance a cerrar esta desgarradura, es por eso que el proceso delirante es autorreferencial y encierra grandes montos de ansiedad, terror, e incluso pánico.

En relación a esto, en 1911, Freud plantea que el neurótico “*se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra-en su totalidad o en algunas partes-*

*insoportable*” (p.223). ¿No es lo mismo que se plantea de la parafrenia, un extrañamiento de la realidad?

En 1924 Freud habló de la relación del psicótico y el neurótico con la realidad, planteando que en ambos casos se produce una pérdida, ambos se rebelan contra el mundo exterior. La diferencia radica en que *“la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella”*; mientras *“la psicosis la desmiente y procura sustituirla”* (Freud,1924, p.195). Así para Freud neurosis y psicosis se diferencian mucho más *“en la primera reacción, la introductoria, que en el subsiguiente ensayo de reparación”* (p.195).

En Introducción del Narcisismo (1914), plantea que la represión parte del yo y que el “Ideal” es el factor de represión, también habla del psiquismo en su relación con los objetos de amor, ¿Cómo piensa a los objetos en las neurosis y en las psicosis?

Sobre el neurótico dice que *“han sustituido de los objetos reales por objetos imaginarios de su recuerdo o los han mezclado con estos, por un lado, y por el otro; han renunciado a emprender acciones motrices que les permitirían conseguir fines a esos objetivos”* (Freud, 1914, p.72). Aquí vemos como Freud plantea que los objetos, no corresponden del todo con la realidad exterior y el papel de la fantasía es el fundamento de su relación con el mundo.

Sobre el parafrénico (psicótico) dice que *“parece haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior; pero sin sustituirlas por otras en su fantasía. Y cuando esto último ocurre parece ser algo secundario y corresponder a un intento de curación que quiere reconducir la libido al objeto”* (Freud, 1914, p.71). Entonces la carga se dirige al yo o al cuerpo.

Vemos como Freud sí hace distinción en la organización neurótica y psicótica, con esto nos preguntamos si dentro de una organización psicótica, hay mecanismos neuróticos o viceversa. ¿Es cuestión de predominancia de mecanismos? ¿Cómo opera el psicoanálisis frente a esto?

Freud en varios momentos de su enseñanza dijo que el tratamiento psicoanalítico era inaccesible al campo de las psicosis. En el siguiente apartado haremos un breve recorrido de algunas propuestas sobre las psicosis de otros psicoanalistas. Para después dedicar los siguientes capítulos a las propuesta sobre las psicosis de Lacan y Piera Aulagnier.

#### **4.1.3. Aportaciones sobre las psicosis después de Freud**

Freud cuajaba y retroalimentaba varias de sus construcciones con clínicos como Breuer, con quien publica "*Estudios sobre la histeria*" (Roudinesco & Plon, 2008), y Fliess; quien es considerado colaborador en el autoanálisis de Freud porque Fliess tenía para Freud un lugar transferencial importantísimo. También Jung y Abraham influyeron en Freud. Ellos dos trabajaban en la clínica Burgholizli cerca de Zurich, siendo asistentes del psiquiatra Bleuler; por tener un contacto clínico directo con las psicosis, estos dos clínicos nutrieron y retroalimentaron en gran medida el trabajo de Freud. Abraham profundizó sus estudios en la melancolía (considerada como parte de las psicosis), y la relación de objeto; aportándole material a Freud (1917) para su escrito de "*Duelo y Melancolía*". Años después, Abraham le dio las claves importantes a Freud (1939) para escribir sobre "*Moisés y la religión Monoteísta*" (Roudinesco & Plon, 2008).

Jung, quien le dio importancia al mito y los símbolos en la formación psíquica, fue quien adentró a Freud (1915) a los estudios de Schreber y la regresión libidinal (Caparros, 1997); aportándole a Freud (1914) elementos muy importantes para escribir sobre "*Introducción al narcisismo*". Después Jung se alejaría de Freud y se desprendería de la epistemología Freudiana, dejando de ser considerado por Freud como su discípulo.

Otros psicoanalistas en tiempos posteriores, inspirados en Freud, se encontraron con enigmas en la clínica de las psicosis que cuestionaban la metapsicología freudiana, lo cual los condujo a proponer conceptos, y reelaborar otros, haciendo

modificaciones a la técnica. Para fines de este trabajo, es imposible revisarlos a profundidad y abarcar a diversos autores; aquí expongo sólo algunos que considero relevantes en cuanto a sus aportaciones sobre las psicosis.

### **Karl Abraham (1877-1925)**

Fue un psiquiatra y psicoanalista alemán. Para Roudinesco & Plon (1998) fue quien introdujo la clínica freudiana al saber psiquiátrico; y también fue considerado un notable perito y docente, Melanie Klein fue una de sus alumnas. En el psicoanálisis, Abraham introduce el concepto de *objeto* y de la evolución del amor objetal. Planteó que a partir de lo *activo* y lo *pasivo* la psique elabora la apropiación del objeto por la identificación con el mismo. Para Abraham, el objeto atraviesa seis fases del desarrollo, y en función de lo que pasa o deja de pasar con el objeto, las pérdidas y los puntos de fijación, es cómo Abraham concibe a la psicopatología (Lacan, 1975).

1.- El primer estadio es el *oral primario* que ocurre en el amamantamiento. Este es un momento de autoerotismo y por lo tanto, no hay relación ambivalente con el objeto, porque el bebé está en un estado a-objetal y pre-ambivalente. Para Abraham, este es el punto de fijación de algunas esquizofrenias.

2.- El segundo estadio es el *oral tardío* o de canibalismo. En él existe un estado narcisístico (incorporación total del objeto o apoderamiento) y hay una relación ambivalente con el objeto. El yo vive la primera inhibición instintiva. Es el punto de fijación de melancolía y de los grupos maniaco-depresivos; estudios en los que Abraham profundiza en gran medida.

Abraham plantea que el objeto se devora en el autoerotismo, y por eso no queda rastro; en cambio en el narcisismo el objeto (uno mismo), sí permanece (Sanfeliu, 2002). Además plantea que el niño tiene disposición al canibalismo, y por eso quiere devorar al objeto, con gran ambivalencia (amor/destrucción). De ahí se justifica que el melancólico rechace la comida, pues el melancólico incorpora, y

está condenado al objeto total. La depresión tiene que ver con la totalidad del objeto y con la ambivalencia.

3.- El siguiente es el *estadio sádico-anal primario*. En donde hay una fijación objetual con incorporación parcial. Se experimenta ambivalencia y sentimientos de culpa; y este estadio es el punto de fijación de la paranoia. Entonces para Abraham el paranoico se relaciona parcialmente con el objeto.

4.- El siguiente es el *estadio sádico-anal retentiva secundario* que experimenta una fijación objetual parcial, de ambivalencia y es punto de fijación para las neurosis obsesivas. El yo experimenta sentimientos de piedad y repugnancia. En este punto de fijación, para el yo obsesivo, someterse al objeto (pasividad) o controlarlo (actividad) es su forma de vivir la ambivalencia, con sus medidas de protección (rituales, etc.).

5.- En el *estadio genital primario fálico* se experimenta fijación en el objeto genital, siendo punto de fijación para la histeria. El yo experimenta sentimientos de vergüenza. Abraham plantea que en la histeria, el objeto está sobre investido, y por eso considera a la neurosis obsesiva más primitiva que a la histeria, porque la histeria inviste en mayor medida a los objetos.

6.- Finalmente está el *estadio de perfección genital*, que mediante un punto de fijación en el objeto post-ambivalente se llega a la *normalidad*. El yo experimenta sentimientos sociales y de sublimación. Abraham no plantea que los estadios sigan un proceso lineal, sino que mantienen vaivenes y superposiciones, ya que dice que ninguna etapa evolutiva es superada completamente (Sanfeliu,2002).

## **Psicosis**

Abraham estudia las psicosis desde las fases de la evolución de la libido, donde nace el objeto. En 1911 en su trabajo *“Investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maníaco-depresiva y estados adyacentes”*, (Abraham en Sanfeliu, 2002) establece la diferencia entre depresión neurótica y psicótica. También Abraham hace una distinción entre demencia y psicosis. Para él las psicosis son causadas por una inhibición del desarrollo, y el yo ignora el afuera porque nunca pudo desarrollar plenamente el amor objetal. Entonces para Abraham las psicosis y sus variantes, dependen de los modos de fijación de la libido en el *estadio oral primario* (esquizofrenia) o el *oral tardío canibalístico* (melancolía, estados maniacodepresivos).

## **Melancolía**

Para Abraham los delirios de insignificancia de los melancólicos son similares a los de grandeza, aún cuando los autorreproches se aplican también al objeto tienen al mismo tiempo el significado de sobrevaloración narcisista.

Abraham describe que el melancólico tiene un narcisismo positivo y otro negativo que se enfrentan sin mediadores, señala que una pérdida objetal no siempre es evidente a primera vista y que es reflejo de un acontecimiento traumático inicial.

Sucede porque partes del yo, al sufrir una decepción intolerable de su objeto, tienden a expelerlo y destruirlo: luego lo introyectan y lo devoran. Para Abraham esta es una forma de identificación narcisista con el objeto, y finalmente la venganza del yo contra el objeto se satisface atormentando al propio yo, actividad en parte placentera.

El duelo normal se trata de una pérdida real, en el melancólico hay un trastorno radical del yo con sus relaciones libidinales con el objeto; para escapar del conflicto ambivalente, el yo dirige hacia sí mismo la agresión originalmente destinada al objeto. Entonces para Abraham el melancólico busca apoderarse de su objeto amoroso al que, desde la omnipotencia de su pensamiento, causa tal daño al objeto que le genera autorreproches. El período de tortura del melancólico

dura hasta que se pueda apaciguar el sadismo, que hace que se elimine el riesgo de destrucción del objeto. El objeto puede ya salir de su escondite en el Yo, e investirse en el mundo externo.

### **Manía**

Hay una relación muy estrecha entre la depresión y la manía, que para Abraham son dos formas de un mismo conflicto, pero con distintas manifestaciones. El maníaco lanza la libido al exterior, lo que da origen a síntomas que se basan en incremento de deseos orales: *“mientras que en el estado depresivo se sentía desposeído y segregado del mundo de los objetos externos, en su fase maníaca se diría que proclama su poder de asimilarlos a todos”* (Abraham en Sanfeliu, 2002, p. 205).

### **Paranoia**

Para Abraham la paranoia está fundada en la homosexualidad, como Freud plantea. Abraham señala que el paranoico intenta compensar la pérdida de la relación libidinal con el objeto tratando de reconstruirlo; pero en este caso el yo paranoico no alcanza la incorporación total como el melancólico. Como en este punto de fijación, el objeto también vive la ambivalencia y transforma el amor en odio, mientras se transforman los sentimientos de persecución pasivos en activos; la parte introyectada del objeto de amor se niega a abandonarlo y ejerce su tiranía. El objeto del delirio se pierde, porque se proyecta; pero está en dos lugares a la vez: dentro y fuera. Lo cual es la causa de la escisión.

Entonces, el melancólico incorpora como un todo a su objeto, mientras que el paranoico sólo introyecta una parte de él. El paranoico se desempeña con el objeto parcial, pero se trata de construir algo más allá del mismo. Es por eso que Abraham habla de que tanto los reproches melancólicos, como el delirio paranoico de grandeza se relacionan con este mismo punto de fijación oral temprana.

Varios autores señalan (Laplanche, J. & Pontalis, 1996; Roudinesco & Plon; Sanfeliu,2002) que los desarrollos de Abraham fueron sumamente fértiles y profundos contribuyendo en gran medida al desarrollo del psicoanálisis; pero que desafortunadamente se interrumpieron porque Abraham murió joven. Sobre la muerte de Abraham, Freud dijo que fue una “*iniquidad del destino*”, ya que siempre realizaban profundos intercambios epistolares.

### **Melanie Klein (1882-1960)**

Klein fue una psicoanalista inglesa analizada por Abraham y comenzó a trabajar con niños en Berlín (Roudinesco & Plon, 2008). Sus aportaciones son inéditas, y han sido un pilar importante para el trabajo psicoanalítico con niños. Un punto interesante de Klein, es que trabajó con niños, a pesar de que en esos momentos se creyera que era una tarea casi imposible, debido a que se pensaba que los niños no tenían conciencia de enfermedad y la transferencia con el analista adulto era difícil de gestarse ya que el niño tiene presentes a sus objetos reales (sus padres). Entonces en su clínica Klein identificó que los niños experimentan ansiedades tempranas, que los llevan a establecer vínculos transferenciales con otras personas y a pedir ayuda. Klein planteó esto argumentando que los objetos de los niños, existían en la fantasía y no en los objetos reales. Klein consideró también que los objetos reales sí tenían incidencia en el desarrollo, pero se centró en la vida mental y las fantasías del bebé (Fernández, 1993).

Por otro lado, en ese momento se creía que como el niño no tenía consolidado el lenguaje como los adultos, la tarea de asociación libre era imposible, por lo que se pensaba que para estas etapas iniciales de la vida no había algún material psíquico de trabajo disponible para el psicoanálisis. Inéditamente Klein (1930), basándose en las aportaciones de Freud, utilizó el juego como material de trabajo, pensándolo como un elemento simbólico que el niño construye, tal como lo hace el adulto con el lenguaje y la asociación libre. Entonces a través del juego con los niños, Klein constataba lo que pasaba en la relación transferencial, y las transformaciones del mundo interno de sus pacientes, que las pensaba como

efecto de las interpretaciones que les hacía. La sensibilidad de Klein en su trabajo con niños pequeños, le permitió identificar la existencia de fantasías inconscientes en los primeros dos años de vida. Klein (1952) plantea que el vínculo objetal aparece desde el inicio, marcado por intensas angustias y una gama de defensas psicóticas constitutivas.

Para Klein la posición esquizo-paranoide es la escisión de lo bueno y malo, el pecho bueno y pecho malo (Yo-placer de Freud) y es constitutiva. Sus mecanismos hacen que el bebé proyecte sus partes buenas al objeto para protegerlas, o proyecte sus partes malas para atacar al objeto; lo que es consecuencia de la envidia y la voracidad del bebé. En esta posición esquizoparanoide, el bebé se siente perseguido y atacado por los objetos malos (Klein, 1952). La concepción del tratamiento psicoanalítico para Klein es trabajar las transformaciones de las relaciones de objeto de los pacientes, para que transiten de una posición esquizo-paranoide, a una posición depresiva. En donde el trabajo con el super yo arcaico tiene gran predominancia.

Por otro lado, para Klein en la fase depresiva, el bebé modifica cualitativamente su relación con el objeto y ahora experimenta culpa por haberlo atacado y tristeza por la posibilidad de perderlo. Esto se logra cuando el bebé logra introyectar al objeto y se identifica con él; lo cual se parece a lo que Freud plantea sobre las identificaciones y su papel en la represión para las neurosis.

Klein habla de un Edipo temprano, en el que se introyecta por un lado el pecho, y por el otro el pene; lo cual nos habla de que para ella desde el inicio de la vida mental ya está la alteridad pecho-pene. Klein propone que cuando estos objetos se integran, constituyen la pareja parental. Klein habla de la renuncia edípica del bebe por temor a la castración, y por amor a los padres, para no dañarlos.

Klein (1930) trabajó con el Caso Dick, un caso de psicosis infantil, en el que interviene clínicamente con un niño en el campo de las psicosis, trabajo impensable para el psicoanálisis en esos momentos.

### **Wilfred Bion (1897-1979)**

Médico y psicoanalista inglés que fue alumno y paciente de Melanie Klein. Bion se sirve de los términos *alfa* y *beta* (modelos matemáticos), para explicar los procesos de la constitución psíquica y del acontecer de los pensamientos en la mente. Bion hizo esto con la intención de darle rigor científico al pensamiento y vivencia de la clínica psicoanalítica. Utiliza los elementos “*beta*” para referirse a la matriz más temprana conformada por las sensaciones, cosas y aglutinamiento. Plantea que en este estado “*beta*”, los pensamientos son cosas, y las cosas son pensamientos. Esta matriz es precedente a los pensamientos. Bion plantea que el “*pecho bueno*” y “*pecho malo*” son experiencias emocionales, y en este estado, los elementos beta son ansiedades persecutorias del pecho malo. Además en este estado sólo hay proto-pensamientos, proto-emociones y proto-sentimientos (Bion, 1962).

Bion plantea que el bebé en sus inicios, cuando experimenta los elementos beta, los evacua a la madre; y si ella puede hacer la función de “*continente*”, los aloja en su psiquismo, codifica su “*contenido*” y los devuelve al bebé con un nuevo significado que le permite desarrollar su proto-pensamiento. Es decir, la madre interpreta las sensaciones y necesidades físicas del bebé, y al codificarlas para el bebé, la madre es capaz de satisfacerlas y transformarlas. Bion llama a esto un proceso de metabolización (haciendo una analogía con el aparato digestivo) en donde a partir de una primera experiencia de metabolización de sensaciones, se transformará cualitativamente la realidad del bebé: de elementos beta en emociones y estados oníricos (Fernández, 1993).

Cuando esto sucede, la madre y el bebé están en este estado de conexión no verbal, Bion lo piensa como estadio de ensoñación “*reverie*” en donde la madre y

el bebé son una sola cosa. La “*función reverie*” está orientada a la pérdida de la omnipotencia y a la transformación de la realidad interna, pues contiene, filtra y separa las evacuaciones de identificaciones proyectivas del bebé. El bebé se transforma de un bebé primitivo a un bebé humano (Dorado, 2010).

Este estado con *elementos alfa* también han sido llamada “*trabajo del sueño alfa*”, y posibilita el uso de pensamientos oníricos e imágenes visuales en el sueño y en la vigilia. Estos elementos son los precedentes del *proceso de pensar los pensamientos*, que para Bion (1975) apunta hacia la compleja construcción de un “sistema deductivo científico”. Es decir, a través de pensar los pensamientos, se constituye la capacidad hablante y la capacidad simbólica del bebé.

La función “*alfa*” apunta paulatinamente a tolerar la frustración y a aceptar la verdad de la no omnipotencia; construye el proceso del conocimiento con una lógica de significados afectivos y de pensamiento. Además Bion habla de *continente/contenido* refiriéndose a funciones que no poseen un significado estático, sino cambiante en función de la lógica de pensamientos de la persona.

Para Bion la función del terapeuta es como una pantalla “*reverie*” que aloja con su psique los elementos beta y objetos bizarros que le proyecta el paciente, y el terapeuta los metaboliza, para permitirle al paciente transformarlos en elementos alfa (Dorado,2010).

### **Donald Winnicott (1896-1971)**

Para Winnicott (1967) el desarrollo del bebé está en función del ambiente que la madre le pueda proveer, a partir de su propia capacidad empática para detectar y adaptarse a las necesidades vitales del bebé; lo cual denomina *preocupación materna*. Winnicott propone que en el bebé hay una tendencia potencial a la maduración, y el ambiente adecuado es lo que la desarrolla.

Winnicott plantea que la madre, sirviéndose del sostén y cuidados que un día recibió de su propia madre, se adapta a su hijo creándole la ilusión de completud.

La adaptación constante y consistente de la madre (devoción materna), le da “sentido a la omnipotencia del niño”. Para Winnicott éste es el inicio de la construcción del “*self*” del niño, que crea las primeras relaciones objetales. Esto se puede lograr porque la madre con su preocupación provee al hijo la función de “holding” (sostén), “handling” (manejo, conducción) y presentación del objeto.

Para Winnicott (1953) por medio de la ilusión, el niño puede crear y dirigir su atención a un *objeto transicional*; que es un espacio intermedio entre la madre y bebe que le ayuda al hijo a ir descubriendo los límites del “yo-no yo”. El objeto transicional en sus inicios no es reconocido de fuera, pero tampoco es de dentro. Entonces es una zona intermedia, es un fenómeno constitutivo que ocurre en el psiquismo del bebé.

La característica del objeto-fenómeno transicional es que: es posesión del bebé, (sobre la cual tiene derechos), es un lugar de descanso en donde se excluyen las amenazas de privación y es la base del símbolo y el precedente de la vida cultural. Por su “cosidad” le ayuda al niño a tolerar la realidad interna que crece y evoluciona (Fernández,1993). Lo más importante no es el objeto usado (peluche, cobijita, etc.), sino el uso que el bebé hace de él. Mediante este fenómeno se va construyendo “*el self*”, que es un proceso primario, una sensación de realidad viva, de sentido de realidad. Winnicott también plantea que la capacidad intelectual del bebe, el pensamiento y la creación simbólica, es lo que permitirá que integre las deficiencias normales de un medio ambiente firme y consistente. Lo que permite que el bebe integre el mundo, que en un inicio lo vive como peligroso, pero que va siendo superado y evoluciona por los cuidados maternos. De ahí en adelante, el trabajo será desilusionarlo.

Además, para Winnicott la función paterna es contribuir a complementar las funciones de la madre y la función de la familia, es sobretodo introducir al bebe al principio de realidad.

Winnicott plantea que el *falso self* es necesario para vivir en el mundo, pues protege al *self verdadero* de cualquier amenaza; y le permite entrar en posesión de lo suyo y a la vez adaptarse a las exigencias de la cultura, “renunciando a la omnipotencia y al proceso primario”. En la construcción del falso self y del verdadero self, entran en juego los objetos/fenómenos transicionales. Los objetos físicos (osos de peluche, juguetes, cobijas, etc..) poco a poco se dejan de usar.

Una parte del *falso self* pueden ser los procesos intelectuales, cuando se aíslan de la parte afectiva y corporal del sujeto.

Además habla del objeto fetiche, que se constituye cuando el objeto transicional no pudo funcionar como espacio de defensa, apaciguamiento y creación; y por el contrario funcionó para negar el peligro de desaparición/separación del objeto (madre) inconstante, el objeto permanece repetidamente sin la posibilidad de simbolizarse, entonces el niño necesita de su presencia física, a partir de esto se podría pensar como adictivo. Podría ser substituido por alguna sustancia, órgano, etc. Para Fernández (1993), el concepto de objeto transicional de Winnicott ayudó al pensamiento psicoanalítico a descubrir de qué modo la cultura, con todo su vocabulario de símbolos, puede ayudar al individuo a encontrarse.

Para Winnicott la salud mental depende de la madre y la locura tiene que ver con la ruptura de la continuidad; los retardos, deformaciones y regresiones de las primeras fases del crecimiento del mundo (medio-individuo), son los causantes de las psicosis. Para él las psicosis son una organización defensiva de una *agonía primitiva*.

Winnicott (1951) plantea que la escisión de la personalidad es propia de las psicosis, y la represión de las neurosis. Para él la depresión se ubica entre las neurosis y la esquizofrenia, y existen áreas de superposición (entre neurosis-psicosis). Las depresiones son normales, y hablan de la capacidad de sentir aflicción e inquietud (depresión reactiva). Winnicott plantea que hay una amplia

gama de depresiones y las diferencias radican en las manifestaciones psicóticas o neuróticas.

Entonces para Winnicott (1951) lo que ocurre en las psicosis es que la madre no se puede adecuar a las necesidades del hijo, él se somete, y construye un mundo de relaciones falsas, y predomina el *falso self*. El niño sometido, copia del exterior y no crea), pues el *falso self* se constituye mediante identificaciones. Además, como defensa a esta falla en el medio ambiente que le provoca “agonía primitiva”, (en lugar de angustia) organiza defensas para defenderse de ese vacío que anuncia la aniquilación del psiquismo y la amenaza de “*caer para siempre*”. Entonces para Winnicott la psicosis es una defensa.

El *falso self* hace que haya contenidos comunicables, éste puede encubrir una esquizofrenia latente, y se da porque se continúa en sometimiento con la madre porque no se logra la independencia en la madurez. Se expresa con un sentimiento de futilidad o de “*extraña exterioridad*”, de “*vivir sin existir*”. También la disociación se hace por una separación entre el soma y la psique, lo cual deviene en procesos psicosomáticos.

### **Miedo al derrumbe**

Winnicott plantea que los errores y las fallas en el analista pueden desembocar en el miedo al derrumbe (Fernández,1993). El miedo al derrumbe hace que se organicen defensas psicóticas, que si el medio ambiente no ayuda, se terminará en un estado de no diferenciación de *yo-no yo*; experimentando agonía primitiva. El temor al derrumbe, es el temor a un derrumbe que ya se experimentó anteriormente, pero que para el psiquismo no tiene connotación de pasado porque no se ha incorporado debido a que el medio ambiente ha fallado. Entonces estas fallas ya vividas, se trasladan poco a poco al analista.

Winnicott plantea que un *colapso mental*, es cuando las defensas del paciente se rompen, y el paciente necesita de cuidados extremos hasta que organice nuevas defensas. El analista le ayuda, con su yo auxiliar a tolerar el vacío, que el paciente puede bordear dejando de comer, dejando de hacer cosas; o por el contrario

haciendo cosas en una forma compulsiva. Si el analista le puede ayudar, haciendo función de holding similar a la preocupación materna, el paciente puede comenzar a comer, y comenzar a vivir la incorporación como placentera.

En el tratamiento, el odio del analista es un factor positivo para que se instaure el amor. Pues es posible que el paciente busque odio para confirmar su self, y si lo encuentra en el analista, el odio se puede transformar. Entonces para Winnicott el tratamiento psicoanalítico aspira a ubicarse a un momento previo a la instauración de la personalidad, del sentimiento de sí. Donde es necesario un momento de regresión a la dependencia. El analista se convierte en cuidador del verdadero self.

Algunos acontecimientos para el tratamiento con psicóticos (Fernández, 1993) son:

- 1) Provisión de un marco que inspire confianza.
- 2) Regresión del paciente al estado de dependencia.
- 3) Detección del contrato entre falso y verdadero self.
- 4) Descongelación de la situación de fracaso ambiental precoz.
- 5) Sentimiento de ira sobre la situación ambiental precoz, sentida en el aquí y ahora.
- 6) Retorno de la regresión de la dependencia.
- 7) Estas secuencias se repiten una y otra vez.

Winnicott plantea que dentro de una regresión, puede haber la esperanza de descongelar lo congelado de las etapas iniciales.

### **Margaret Mahler (1897-1985)**

Médico y psicoanalista húngara que habló de la noción de separación-individuación para definir un proceso intrapsíquico, que ubicaba entre el cuarto y el mes 36 de vida del bebe. Para Mahler, la separación es la emergencia del “infante” fuera de la fusión simbiótica con la madre, y la individuación es la aceptación por el niño de sus propias características individuales. Para Mahler, la detención en un estado de fusión con la madre, es lo que ocasiona la psicosis.

En síntesis: como estos, hay muchos otros autores que a partir de su clínica, han contribuido a pensar sobre la naturaleza de las manifestaciones psicóticas y su causalidad. Sin embargo, me parece que sigue abierto el debate sobre la continuidad entre las distintas formas de organización psíquica. En este sentido, el propósito de este apartado no es desarrollar una respuesta contundente en torno a este debate: el propósito entonces es exponer, partiendo de Freud, lo relacionado con los mecanismos psicóticos, y sus diferencias y similitudes con los mecanismos neuróticos. Los siguientes apartados están dedicados a las propuestas sobre las psicosis de Piera Aulagnier, Jaques Lacan y otros.

## 4.2 LOS FENÓMENOS ELEMENTALES Y LA ORGANIZACIÓN PSICÓTICA

### 4.2.1 Psicosis y la Forclusión del Nombre del Padre.

Como mencionamos en el apartado anterior, Freud dio cuenta de la diferencia entre los mecanismos neuróticos y psicóticos. Ahora bien, además de que en las psicosis la estructuración psíquica es distinta y de que los modos de defensa funcionan distinto: ¿qué otros elementos encierra un mecanismo psicótico? Lacan se abocó a estas preguntas, fue dándole un giro a su comprensión del mecanismo psicótico

¿Cómo fue que Lacan llegó a esto? Su primera publicación en 1932 “La psicosis paranoica y su relación con la personalidad” en la que argumentaba que factores psicológicos son causantes de la psicosis, y no sólo factores orgánicos, como lo planteaba la psiquiatría en ese momento. Esto lo hizo cautivado por Marguerite (Allouch,1995), una paciente psicótica que atendía en la clínica de Sainte-Anne, París; y no casualmente decidió abordar su caso en su tesis doctoral nombrándola con el pseudónimo de Aimée (Amada). El caso de Aimée, entre otras cosas, mostraba rivalidad hacia su hermana bajo los términos de una organización psicótica paranoide. Lacan se preguntaba sobre las causas del cuadro psicótico de la paciente y también sobre la forma en la que el delirio de Marguerite inició y evolucionó. Lo que llevó a Lacan a plantear “*la paranoia de autocastigo*”, pues identificó que el pasaje al acto de Marguerite (atacar a una actriz famosa que para ella tenía el lugar de su perseguidora) contribuyó a que su delirio se disolviera en cierto grado mientras permanecía recluida.

En estos momentos, en los abordajes teóricos de Lacan predomina el complejo fraterno (Lacan, 1938) en donde las identificaciones son el eje para pensar a la organización psíquica, y fue así como pensó la psicosis de Marguerite, en función del desplazamiento de la identificación de su hermana (que también fungía como madre) hacia otras mujeres.

Su abordaje dio un giro en 1949, cuando estudiando a Freud (1914) en "*Introducción del Narcisismo*", Lacan infirió que una especie de espejo psíquico es el fundante del "yo", pues dice que es necesaria una "alienación del yo" al espejo del otro para que se produzca una humanización del deseo. Esto Lacan(1949) lo aborda en "El estadio del espejo". En este mismo sentido Freud (1914) habla de la necesidad de una diferenciación de dos energías psíquicas para el desarrollo anímico: la líbido yoica y la de objeto; lo cual nos hacer pensar en una división constitutiva.

Retomando lo del complejo fraterno, Lacan plantea que éste tiene una estrecha relación con la agresividad en el humano y con la imagen del "yo" en el espejo. Con esto quiere decir que el "yo" en una lucha a muerte por existir, vive en una lógica en donde no cabe la heterogeneidad (pues sólo está la imagen del espejo). Es decir, que un "tú" no tiene cabida, y cualquier indicio ante esta alteridad provoca agresividad y rivalidad. Esto es el fundamento del "*registro imaginario*" que junto con los registros "*simbólico*" y "*real*", son las dimensiones que para Lacan constituyen a la psique.

En este momento Lacan está acuñando estos conceptos: la primacía de la imagen, la identificación y la agresividad en el psiquismo.

Unos años después, Lacan abordó la obra del antropólogo Lévi-Strauss "*Las estructuras elementales y el parentesco*" (Maleval, 2002, p.35) que plantean la existencia de una ley que distribuye las relaciones de parentesco en una sociedad, introduciendo un orden a la arbitrariedad (Baldiz, 2007); a Lacan le intrigó la forma en la que Lévi-Strauss convergía con el Edipo y la prohibición del incesto de la que Freud (1923) hablaba. A partir de esto Lacan se interesó en pensar al Edipo y la organización psíquica bajo las estructuras sociales, y ya no solo desde las identificaciones.

En este mismo sentido, otros estudios que tuvieron gran incidencia en Lacan y también en Lévi-Strauss fueron los estudios de Saussure (Maleval, 2002), (precursor de la lingüística moderna), que bajo los términos del “*signo*”, “*significado*” y “*significante*”, relacionan la imagen acústica de las palabras con los significados del lenguaje que comparte una sociedad.

Sobre el lenguaje y el inconsciente, Lacan (1954) admira la “genialidad del lingüista” (refiriéndose a Freud) que identificó la relevancia de los signos y significantes de las palabras relacionándolos con los contenidos inconscientes. Por ejemplo, en el “Hombre de las ratas” vemos como Freud (1909) le da relevancia a los deslizamientos de las palabras de su paciente: Raaten (rata), Heiraten (casamiento ventajoso), Spielratten (jugador), Raten (cuotas) (Duran, 1996); si vamos a dicho texto vemos como a partir del significante *raten* (rata) se anuda el síntoma del paciente con su forma obsesiva de estar en la vida y con su miedo a que “una rata sea introducida por el ano”.

Otro ejemplo de este uso lingüístico lo vemos en el inédito análisis de Freud (1910) sobre el delirio de Schreber, en donde toma como signo a los “pájaros del cielo con las jovencitas”; a partir del cual Freud forma una “cadena de texto” (Lacan, 1955), que lo conduce a reconstruir la “lengua fundamental” de la que habla Schreber (1903). En suma, Lacan identifica como Freud analiza la modificación gramatical de Schreber en su delirio erotomaniaco: yo lo amo, luego, yo lo odio: él me persigue.

Vemos como en Freud cuando analiza el inconsciente de sus pacientes, subyace la concepción de los significantes como estructurantes del psiquismo, lo que coincide un poco con lo que Lacan retoma de Saussure sobre el lenguaje. Inicialmente Lacan se basó en el significado y el significante de Saussure, y más adelante en 1975 va revertir a la lingüística planteando que el significante y el significado no tienen un paralelismo, sino que la “*significancia*” es efecto del significante.

Esto nos permite entender por qué Lacan empezó a escuchar a sus pacientes y a leer a Freud bajo los interrogantes de las estructuras del lenguaje, ejercicio que más adelante le llevó a pensar a la organización psíquica a partir de estructuras: psicosis, neurosis y la perversión. Lacan hizo este ejercicio de análisis estructural (neurosis, psicosis y perversión) mientras identificaba sutiles e importantes diferencias en los términos que Freud trabaja en sus obras; por un lado gracias a que las estudió en su idioma original, sin los deslices de la traducción, y por otro lado porque tuvo acceso a textos de Freud que aún no habían sido traducidos a otros idiomas.

La negación fue uno de esos conceptos, Freud dice que esta es fundadora del juicio de la inteligencia y de la relación del “adentro-afuera”. ¿A qué se refiere con esto? Freud (1925) dice que “la negación” surge cuando el psiquismo hace la operación de expulsión de lo extraño (dolor), e introyecta lo idéntico (placer) a las primeras huellas mnémicas de la memoria. Esto se relaciona con lo mencionado en el apartado anterior sobre “*la identidad de percepción*” (Freud, 1895). Para Freud un aparato psíquico es fundado por el dolor y la satisfacción; en un inicio el psiquismo vive un dolor primordial que es relevado por una satisfacción primordial (con asistencia ajena). Esa misma satisfacción primordial, marca una huella de satisfacción corporal que hará que en adelante el psiquismo busque infinitamente colmarse con esa primera satisfacción (identidad de percepción), siendo esto un acto imposible ya que el psiquismo nunca encontrará ese primer objeto ya perdido (desde siempre). Entonces por eso dice Freud (1914) que el desarrollo del yo consiste en “*un distanciamiento del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo*” (p.96).

Ahora bien, el psiquismo buscará acceder (vía percepción) a esa “*identidad de percepción*” que es satisfacción corporal, y lo que se le parezca le generará placer por lo tanto será aceptado (*bejahung* =*afirmación primordial*). Por lo contrario, lo que no sea idéntico generará dolor y será expulsado (*ausstossung*). Freud llama a

este mecanismo mítico “*juicio de atribución*”, donde lo que impera es el “*Yo-placer*”, que para él es el fundamento del “adentro-afuera” de la realidad psíquica, porque en ese momento el aparato sólo puede atribuir polaridades (bueno-malo, adentro-afuera) a sus sensaciones, con la única finalidad de expulsarlas o introyectarlas. Este mecanismo funda el “*juicio moral*”.

Con esto se quiere decir que el psiquismo no puede atender a todo al mismo tiempo, y la atención necesita hacer un recorte en el marco de la percepción (focalización) de las sensaciones que provienen del cuerpo erógeno (registro de lo real). Este recorte implica; por un lado la aceptación de una percepción (acepta lo parecido a lo que había antes), y por el otro lado la negación (expulsión) de las demás percepciones que no se pueden atender. Por lo tanto, para que una sensación corporal pueda ser aceptada, es necesario que otras percepciones sean negadas.

¿Qué pasaría si el psiquismo tuviera la percepción de “toda la tensión y la satisfacción” corporal que efectivamente habita el cuerpo al mismo tiempo? muy probablemente se colapsaría. Es como si en una computadora corriéramos todos los programas existentes en la memoria del disco duro al mismo tiempo, posiblemente la computadora se trabaría; por lo que es necesario dosificar el número de programas abiertos. Entonces la computadora para funcionar tiene que ignorar (negar) la percepción de la existencia de los demás programas que tiene almacenados, y puede codificar exclusivamente el programa que está abierto; lo mismo ocurre con el yo y la conciencia.

Freud (1895) plantea que esta actividad permite que el yo realice los “*procesos de pensar*” dosificando las cargas energía con la “atención” a solo a algunas sensaciones. Así se inicia en el psiquismo un símbolo (pensamiento psíquico) que puede ir poniendo en sentido la experiencia corporal. Entonces un objeto externo que provee satisfacciones sucesivas, permite que el psiquismo realice

“*introyecciones*” de lo bueno de las sensaciones, y con esto se van construyendo las “*identificaciones*” tempranas que fundan a la represión (*verdrangung*).

Ahora bien, el “*juicio de atribución*” es un primer momento; más adelante el aparato desarrolla el “*juicio de existencia*”, que va más allá del placer-displacer (juicio de atribución); para Freud esta parte del “*Yo-realidad*”. Ahora de lo que se trata es de que el psiquismo discrimine si algo presente como “*representación*” dentro del yo, puede también existir en la percepción realidad.

En suma, el aparato psíquico tendrá que negar que está negando (Hyppolite, 1954) para poder instaurar las tópicas inconsciente, preconscious y consciente. En la operación de “pensar” el aparato reproduce la representación de algo que alguna vez fue percibido, y no es necesario que el objeto siga presente, por eso Freud dice que para esto es necesario que se hayan perdido objetos que dieron satisfacción, por ejemplo el pecho materno. Esto funda el “*principio de realidad*” que es reencontrar al objeto, con fracasos constantes, que harán que el aparato siga en búsqueda. Además es imposible que en la realidad exista algo idéntico a la “*representación psíquica*”, por lo que el aparato tendrá que negar esa discrepancia, para poder aceptar las percepciones exteriores. Entonces “la negación”, el “juicio de atribución” y el “juicio de existencia” son los mecanismos fundantes del yo, del simbolismo (por su negatividad implícita) y del desarrollo de la vida anímica.

Por lo anterior, se puede decir que el yo se inicia con el “juicio de atribución” y el “juicio de existencia” discriminando las representaciones. Esto es necesario para que el aparato pueda lanzar la libido a los objetos externos, y para poder hacerlo necesita desmentir, es decir, operar *a espaldas de la realidad externa*, sin soltar la mano de la represión y sus retornos. Es por eso que Freud (1924) señala que sobre la realidad, la neurosis “*se limita a no querer saber nada de ella*” (p.195), sin hacer un divorcio radical con la realidad externa y los objetos reales.

En relación a esto, Freud (1914) retoma que la libido yoica es depositada en el “ser” y la libido objetal en el “tener”; experimentándose desde ahí la locura del “ser y del tener”, y en consecuencia los avatares de la vida amorosa y los lazos con los otros. Todo este desarrollo de términos es para explicar cómo la predominancia de estos mecanismos que describimos, fundan una organización neurótica; y por el contrario la *verwerfung* (mecanismo psicótico) opera de una forma distinta. De aquí surge la pregunta del lugar de la *verwerfung* en la organización psicótica y sus modos de funcionamiento.

En el psiquismo no siempre puede operar una aceptación o afirmación primordial (*bejahung*) frente a un grupo de marcas en el cuerpo erógeno que imprimió el Otro, es decir, frente a un significante. Por lo que esta energía psíquica al ir teniendo cada vez más elevados sus montos de tensión, a manera de efecto de bola de nieve, se vuelve cada vez más difícil de ser puesta en sentido por el yo. Debido a la masiva cantidad de tensión, la energía no puede entrar en el juego pulsional de: “aceptación-negación-negación de la negación: símbolo” y lo cual provoca una desgarradura con el mundo exterior. La consecuencia es que el psiquismo expulsa del proceso de simbolización a la energía, y ésta se queda habitando como parásito en el cuerpo erógeno, y como está pulsante, se llega a entrometer hostilmente en la percepción. Como vemos en este caso, el yo no puede tener las suficientes conexiones psíquicas (en el manto del yo) para poder hacerle frente al dolor con “pensamientos”, desatando procesos alucinatorios. Esto explica como un paciente que experimenta una alucinación visual o auditiva, la experimenta viniendo de fuera, aunque no pertenecen a la realidad exterior, son parte de la realidad psíquica del paciente. Sobre este mecanismo psicótico Freud dice que la representación repudiada aparece viniendo de fuera. Otro camino, que puede coexistir con el delirio, o puede presentarse solo, son los procesos “psicosomáticos”, que ocurren cuando no hay una construcción delirante restitutiva que impida el demantelamiento psíquico, por lo que la energía ahora toma como foco lo única que queda, el cuerpo erógeno.

Por otro lado, Freud (1896) habla de la diferenciación radical entre inconsciente y

preconsciente, y dice que existe una barrera que impide que una representación pase de un sistema a otro. Sólo es posible que se realice una traducción entre una representación de cosa (huella mnémica) que encuentre una representación de palabra (pensamiento) que la traiga a posteriori a la conciencia. Esta ligazón y este proceso de traducción es lo que está alterado en la psicosis.

Lacan (1954) plantea que “el inconsciente es el discurso del Otro”, y vemos como en los mecanismos psicóticos estas marcas erógenas (significantes) sin ser traducidas aparecen en crudo desde fuera. Cabe mencionar que estas marcas en el “*registro de lo real*” habitan todos los psiquismos, esto es lo que se entiende por sexualidad. Sin embargo, a pesar de que haya marcas que no son traducidas por el yo, estas no predominan y logran quedarse encapsuladas por otras barreras de pensamientos sin invadir el psiquismo. Esto es algo que ocurre en el desarrollo psíquico neurótico.

Por otro lado, ¿qué tiene que ver la *verwerfung* con la forclusión? Lacan apoyándose en un texto de Édouard Pichon (Roudinesco, 2008), recicló el concepto de “*verwerfung*” dándole otro nombre en francés: forclusión. Éste es un término legal que se refiere a la “no presentación” de un escrito en un juicio legal durante el periodo que le corresponde; los periodos legales tienen caducidad y cuando se cumple el plazo ya no hay posibilidad de presentar el escrito. La única solución es presentar otro escrito en el siguiente periodo para remendar lo que no se hizo en el primer periodo. ¿Cómo se relacionan estos términos legales con la psicosis? ¿Por qué Lacan incluye al padre cuando habla de forclusión?

Si nos remitimos a Freud, vemos como en sus obras ha bordeado el enigma de cómo es que la espiritualidad penetra al ser humano. Por ejemplo, en *Moisés y la Religión monoteísta*, Freud (1939) explica cómo “*el padre*” demanda como mandato cultural la renuncia pulsional, y pide una satisfacción sustitutiva mediante un sacrificio que permita el progreso en la espiritualidad. En *El Malestar en la cultura*, Freud (1930) habla de cómo este tipo de renunciaciones tienen consecuencias

en el destino de las neurosis. También en *Tótem y Tabú*, Freud (1912) habla como a partir del asesinato del padre por parte de los hijos de la horda, se instaura la culpa, la prohibición del incesto y del parricidio; fundando una estructura social distinta a la primitiva. Vemos como para Freud la representación del padre tiene un papel singular en la construcción del psiquismo.

Lacan también observó la importancia del padre en su clínica, y observó que cuando se trata de las Psicosis, hay algo que pasa con su ausencia, que influye en el Edipo. Es decir, que el Padre no entra en tiempo para hacer su función de corte entre la madre y el hijo. Según observaba Lacan, esta ausencia es irreversible; tal como lo que pasa con la forclusión en la ley. Por eso Lacan pensó que las psicosis son a causa de “la forclusión del nombre del padre”.

Cabe mencionar que Lacan pensó que el padre más que tratarse de un personaje en la novela familiar, se trata de la “*función*” de un tercero que irrumpe en la diada madre-hijo, tercero que es capaz de separar al hijo de la voracidad materna. El padre es la representación del significante de la falta o vacío de la madre, significante de que es castrada porque desea. Esta falta está, o no está en la madre desde el inicio; no casualmente Klein (1946) hablaba de penes en la vagina de la madre en el Edipo temprano del lactante.

Esto tiene consecuencias en la forma de pensar la clínica, pues explica cómo es que hijos de madres solteras no necesariamente son psicóticos por no tener al padre en persona. En estos casos, las palabras que la madre diga al hijo sobre el padre ausente y la forma en que la madre transmite el nombre del padre (suyo), tienen influencia en las identificaciones edípicas del hijo.

Entonces, la función del padre en el Edipo del hijo es ese “otro lugar deseado” en la dimensión de la psique de la madre en la cual el hijo no puede estar incluido; como el hijo no puede estar incluido, es el significante de la incompletud.

Esto se relaciona entonces con lo que Freud planteó sobre la prohibición del incesto: una interdicción entre la madre y el hijo. Lacan dice que es una prohibición de “goce”, porque la madre castrada adopta a su hijo en el mundo de los símbolos y el deseo, y tendrá los recursos psíquicos para darle un lugar de “sujeto”, sabiendo de entrada que no es dueña de él. No en vano Freud relacionaba a la psicosis con la “homosexualidad”, refiriéndose con eso a una posición pasiva (femenina) de una persona frente al Otro; Lacan dice que ese “empuje a la mujer” tiene que ver con ser objeto de goce del Otro (Maleval,2002).

Como vemos entonces, en las psicosis, no se trata de la forclusión de un significante cualquiera, se trata de la exclusión del significante del nombre del padre, significante que estando presente puede colocar a un sujeto de una forma neurótica frente al Otro.

Con estos elementos podemos pensar a las psicosis de una forma distinta, enriquecida. ¿Realmente lo que pensó Lacan está en Freud, o le puso “palabras en la boca”? ¿Es posible que después de Freud se puedan hacer planteamientos psicoanalíticos inéditos sobre la organización psíquica? Puede ser que sí, Freud (1933) siempre se preocupó por dejar en claro sus limitaciones como analista y las limitaciones del psicoanálisis en espera de contribuciones de otros. En este sentido quizá sean los efectos de la clínica por sí mismos, los que puedan dar luz sobre las nuevas aportaciones fértiles. Esta puede ser una discusión abierta, en mi caso por considerar fructíferos los efectos de la clínica bajo los planteamientos de Lacan (como paciente y desde mi experiencia clínica), es por lo que he decidido abordar a este autor.

### 4.2.2 La lógica fálica

Por lo pronto vemos como Lacan se desmarco de pensar al padre como el “*señor*” y eso no fue de lo único que se desmarcó: también lo hizo del pene. Para Lacan el pene del que Freud (1925) habla en las consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas, no es solo un órgano.

Lacan habla de que la diferencia anatómica de los sexos, se evidencia en el pene, pero va más allá; es un indicio que a través del cuerpo muestra la diferencia entre el mundo femenino y masculino, y el mundo de la alteridad. En lugar del pene, Lacan habla del “falo”, que es el lugar a donde apunta el deseo de la madre; ya sea el padre, el hijo u personas y cosas. Entonces el hijo en un primer momento estará abocado al localizar cuál es el deseo de sus padres, buscando ser el falo para tener sentido de existencia

Lacan (1975) pensó el falo como un significante que “circula” y que regula la resolución edípica. A partir de una serie de “lógicas inconscientes” (que no tienen que ver con las etapas del desarrollo) el sujeto sufre modificaciones subjetivas que van dando margen para la “resolución edípica” de la que Freud habló. Es decir, el hijo se las va ingeniando para arréglaselas con su condición humana en falta a partir de los discursos familiares y sociales.

En este sentido, Lacan dice que el “*significante del nombre del padre*” une al deseo con la ley, entonces el sujeto que habla y desea adoptará como propio (a aspirará) lo que es “ser mujer” o “ser hombre” en su cultura; y desde este espectro se moverá en la vida quizá teniendo hijos o quizá otra cosa más. Tal vez por eso Freud (1923) diga: “*lo que has de heredar de tus padres, adquiérelo para poseerlo*” (p.159). Entonces el padre transmite las insignias de la ley, el apellido y la transmisión de la cultura, transmisión estructurante para el psiquismo.

En este mismo sentido, como las identificaciones son condición de la represión (Freud, 1914), son condición de la regulación pulsional. En relación a esto, Freud

(1920) en *Más allá del Principio del Placer* habla de la pulsión de vida, la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición; y dice que hay una tendencia en el psiquismo a repetir constantemente (hasta la muerte) una especie de displacer doloroso para el yo, que al mismo tiempo otorga placer a otra instancia. Sobre esto Freud dice que la pulsión de muerte está engarzada con la pulsión de vida, es decir, que a través de formaciones de compromiso y representaciones psíquicas se engarzan en la realidad psíquica la vida y la muerte (Eros y Tanatos). Además, Lacan dice que hay energía psíquica que no alcanza a engarzarse, esa energía suelta la llamó “goce”, que para Lacan este habita en el “registro de lo real”, en el cuerpo erógeno donde impera el sinsentido y el vacío.

Entonces, cuando Lacan (1957) habló de la “*lógica fálica*”, la relacionó con modos de satisfacción pulsional; es decir, con los distintos modos del psiquismo para “hacer con el goce” y con las identificaciones con el Otro. En este sentido, Lacan pensó que en las Psicosis al no haber suficientes significantes del “nombre del padre”, sería difícil que hubiera identificaciones consistentes que le permitan al sujeto resolver su Edipo, y sobre todo a regular el goce. Por lo tanto, aunque un psicótico hablé, su organización psíquica hace que haya una relación distinta con el lenguaje y con el goce; relación marcada por la predominancia del mecanismo de la “*forclusión*”.

En la clase XXIII Lacan (1953) hace una analogía entre el significante del nombre del padre y “la carretera principal”; si jugamos con esa misma analogía en nuestro contexto (México) nos podríamos preguntar: ¿Qué pasaría en la ciudad de México si teniendo esta misma magnitud de territorio y población, no existieran el “Periférico”, el “Viaducto” y el “Circuito Interior”? Cómo le podríamos hacer para transportarnos, por ejemplo, del Xochimilco (sur de la ciudad) al Toreo (norte de la ciudad).

Seguramente lo podríamos hacer, sin embargo, sería muy desgastante ir cruzando de calle en calle, topándonos con semáforos, baches, cruces peatonales, ramificaciones, etc.; por la falta de vialidades principales para el tráfico, se

requeriría de mucho mayor esfuerzo para desplazarse. Pues esto mismo es lo que pasa con las representaciones en la organización psicótica, a falta de suficientes significantes centrales (los del nombre del padre) las representaciones se ligan con mucho esfuerzo y con gran gasto de energía. Para hablar sobre esto mismo, Lacan juega haciendo una analogía entre la psicosis y el “taburete de tres patas”, que sí puede estar sostenido, pero cualquier movimiento lo puede tirar, cosa que no pasaría si tuviera las cuatro patas (la neurosis).

Cuando Lacan (1956) habló de desencadenamientos, dijo que *“para que la psicosis sea desencadenada es necesario que el nombre del Padre, forcluído, es decir, sin haber llago nunca al lugar del Otro, sea llamado en oposición simbólica”* (p.262). Entonces el significante del nombre del padre da consistencia al discurso, pacifica las interrogaciones desestabilizantes que encuentran respuestas en el mundo simbólico (Maleval, 2002).

Nasio (2008) plantea que cuando falta el significante del Nombre del Padre, los significantes no se remiten ya unos a otros. Las consecuencias son que el sujeto en un momento dado experimente una regresión al enfrentamiento especular de la fase del espejo, teniendo experiencias de “dobles”, de “agresiones” y “devoraciones”. Por la falta de suficientes significantes, las marcas del Otro que no están remitidas unas a otras, se aparecen ajenas y extrañas. (Maleval,2002).

Por otro lado, la carencia del Padre simbólico muestra el retorno del Padre real: ese padre omnipotente y primordial (Maleval,2000) previo al asesinato del padre del mito de Tótem y Tabú (Freud, 1912) que no tenía límites al gozar (sexual y violentamente) del cuerpo de las mujeres y los hombres de la horda primitiva. Es por eso que Maleval (2002) retoma de Lacan el encuentro con *“Un padre”* como un factor precipitante de una eclosión (desencadenamiento), y no es cualquier padre, es la imago de ese padre que empuja al goce femenino, es decir, a ser gozado como esclavo por el Otro; como lo vemos en Schreber (1903). Es el padre del registro imaginario que incita a la rivalidad, pero a falta de significantes simbólicos, la rivalidad se da en espejismos que mezclan anudamientos de los imaginario con

lo real (el goce), pero este “Un padre” no se presenta en cualquier momento, hay momentos cruciales, y también momentos de estabilidad.

### Los nudos

Lacan (1975) transformó su idea del significante del nombre del padre a lo largo de su enseñanza, y de pensarlo como sólo un significante, lo pluralizó a “significantes del nombre del padre” particulares en cada sujeto, determinados “caso por caso”. La pluralización de “los significantes del nombre del padre” estuvo en apoyada en la disciplina de la “*topología*” en la cual Lacan encontró herramientas para explicar y transmitir mejor el “registro de lo real” y las psicosis estabilizadas.

La topología es una rama de las matemáticas que estudia las propiedades que tienen las figuras, a pesar de sus deformaciones y transformaciones. El espacio topológico no se limita a los espacios dimensionales y toma en cuenta la distancia, la forma, el área y el ángulo. Se basa en la proximidad o la vecindad (Muñoz, 2004) Estos recursos matemáticos, le dieron elementos a Lacan para ejemplificar y transmitir una clínica que pasa de una lógica lineal del discurso, a una dimensional.

Ahora el psiquismo y sobretodo “*el registro real*” (“la cosa” de Freud) se podría pensar con la analogía del “*nudo borromeo*”.

A partir de esto Lacan propone que los tres registros: simbólico, imaginario y real, tienen en común “no tener relación alguna” porque cada uno es de naturaleza distinta; pero necesitan estar unidos para que el humano e-xista. Están unidos por “lazos” o “nudos” en función del síntoma y de la forma de hacer con el “goce”. Enlazados por la forma de vivir y la forma que cada sujeto elije para morir, pues pulsión de muerte es la forma en la que cada sujeto elije morir: es un *como morir*. Pensando desde Freud, lo que amarra los registros es la realidad psíquica y el complejo de Edipo. Para Lacan (1975) un anudamiento neurótico desde lo

imaginario podría producir una inhibición, desde lo simbólico un síntoma y desde lo real angustia.

Tomando en cuenta el modo sintomático de vivir, Lacan introduce un registro más, el *shyntome*. Para Lacan (1975), este cuarto registro es el que anuda los otros 3 registros, y el nudo (neurótico) es un nudo consistente, que con su tipo de amarre no permite desamarres. En el caso de las Psicosis, ocurre un error con los nudos, un mal amarre que Lacan lo nombro como “lapsus”, que tiene que ver con la forclusión del “nombre del padre”.

Los nudos permiten explicar las variantes de las psicosis más allá de las descripciones psiquiátricas, además dan herramientas para explicar las suplencias espontáneas de las psicosis fuera de todo tipo de tratamiento.

Este último giro desemboca en distintas lecturas, quizá contrapuestas; pues algunos consideran que a través de los nudos se explica mejor la diferencia entre psicosis/neurosis (Miller, 1999) y hay otros que consideran que éste último giro deviene en una clínica continuista, es decir, que una neurosis puede devenir en psicosis, o que no hay una determinación psicosis/neurosis. La discusión está abierta, y puede ser que cada psicoanalista obtenga sus propias conclusiones a partir de su práctica, las preguntas con las que interpele sus lecturas y sus grupos de referencia (transferenciales).

### 4.2.3 Piera Aulagnier: la potencialidad psicótica en la esquizofrenia y paranoia.

Piera Aulagnier, alumna de Lacan, realizó su propio recorrido en la experiencia clínica con las psicosis. Lo que aporta nos da elementos importantes para pensar la potencialidad psicótica en relación con el deseo, o no deseo, de la madre. Partiendo de la metapsicología de Freud, Aulagnier habla de que el aparato psíquico está organizado en tres registros (originario, primario y secundario) que se inauguran en el psiquismo simultáneamente, y el trabajo principal de cada registro es transformar las representaciones heterogéneas en homogéneas.

#### Lo originario, primario y secundario

Uno de los tres registros es el *originario*, que está conformado por el “pictograma”. Un pictograma son signos que a través de una figura o de un símbolo representan algo, Piera utiliza este concepto de pictograma para hablar de cómo “*se ponen en forma*” las sensaciones corporales provocadas por las funciones biológicas. O sea que se convierte en representaciones a las sensaciones corporales, pues para el psiquismo sólo existe lo que es convertido en representación.

En el registro originario lo que opera es el *autoengendramiento*, porque el psiquismo tiene la noción de que cualquier sensación placentera es engredada por él autónomamente. Para lo originario, el objeto exterior y la zona erógena son la misma cosa, por eso Aulagnier les llama “*objeto-zona complementario*”. Como vemos, no existe la dualidad de un órgano sensorial que percibe un objeto (de placer o displacer); ni tampoco figura la percepción de un mundo exterior, es decir, no hay representación de un otro, ni de un “adentro/afuera”.

Además, en lo originario cualquier sensación de dolor o tensión, hace que el psiquismo quiera destruir a esa zona, busca el auto aniquilamiento; lo cual fundamenta la pulsión de muerte. Entonces en este registro, las representaciones no son traducidas a fantasías ni a ideas, son “cosas corporales” que son puestas en forma en el psiquismo en función del rechazo o de la aceptación. Esto nos

ayuda a entender porque el “*cuerpo biológico*” no es lo mismo que el “*cuerpo erógeno*”, ya que el cuerpo erógeno se construye a partir de representaciones psíquicas, que dependen de las experiencias de placer y displacer en las “*zonas erógenas*”; y no es algo ya dado desde la gestación como el cuerpo biológico.

Puede ser que sea difícil explicar lo originario y el pictograma, puesto que este concepto sólo es transmisible por medio de las palabras, y las palabras son lo que precisamente no existe en este registro; pero en la clínica, en los fenómenos elementales y en las manifestaciones psicóticas (deslocalización de goce), se ilustra esto que Aulagnier plantea, cuando irrumpen representaciones de “*cosa corporal*” en la percepción de los pacientes.

Aulagnier (1975) señala que en las psicosis “*la realidad exterior no se presta – o sólo se presta en escasa medida- a reflejar un estado de fusión*” (p.306), situación que no ayuda a que en el bebé predominen experiencias de placer que puedan regular las tendencias hacia el auto aniquilamiento. Aulagnier plantea como en la clínica ha encontrado que en estos casos la vida del bebe es narrada por sus madres como una historia vacía, pues hablan del bebe como “maquinaria” y/o sólo lo pueden hablar a partir de sus enfermedades; lo cual hace ver como en la madre predomina el rechazo. Es traumático para la psique primitiva, viviendo ya de por si un caos de estímulos, que la madre que no pueda ayudarle con sus frustraciones corporales y psíquicas, y por el contrario le trasmite en cada ocasión su “deseo de no deseo”.

Otro registro del que habla Aulagnier es el *proceso primario*, que está organizado por la “*fantasía*”. En este registro ya aparece la existencia de otro cuerpo, por lo tanto, otro espacio psíquico separado del sujeto; lo que contradice el postulado de *autoengendramiento* del registro originario. Como ya existe otro, el psiquismo concibe que el pecho ya no es parte de él, es algo que está afuera. Esto tiene como consecuencia que el bebe fantasee que todo el placer que experimenta es causado por el deseo del Otro, y también que todo displacer es causado por la

intención de daño del Otro. Aulagnier relaciona esta escena con el masoquismo primario, como forma constitutiva de “*estar*”: dañado frente al Otro. Como lo que plantea Freud (1919) en *pegan a un niño*. Esta lógica es la que se ve en las psicosis, cuando el paciente tiene la certeza de ser gozado por el Otro como objeto. Aunque esta forma de relación con el Otro es constitutiva, algo pasa en las psicosis que esta lógica no se puede transformar con otras re-interpretaciones de esta posición masoquista constitutiva. Pues no hay una función del padre que las amortigüe.

Por otra parte, en el registro primario las representaciones funcionan “*poniendo en escena*” a las fantasías, lo que permite que se vaya poniendo en el escenario “otro lugar”, y al Otro. A ese lugar se dirige la mirada, y también la mirada es dirigida desde ese lugar, como lo vemos en la paranoia en donde predomina la sensación de ser mirado mal por los otros. Esto es diferente de lo que ocurre con el pictograma en donde no existe escenario fantaseado. Aulagnier (1975) plantea que estas fantasías, al ser “imagen cosa”, son el preámbulo de la “imagen palabra”. Además, como ya hay un tejido de fantasías inaugurando el escenario psíquico, el bebe ahora puede ir tomando un papel activo en ellas; lo que poco a poco le permitirá ir transformando las representaciones de daño del Otro, por unas en donde él activamente también pueda dañar. Para Pommier (1998) este juego lúdico es el preámbulo de la lógica fálica de la que habla Lacan, en donde una energía (goce) es transformada por otra (fálica). Es por eso que Aulagnier (1975) señala que esta otra escena es el preámbulo de las identificaciones, el Edipo, la castración y sobretodo es portavoz de la ley. Es decir, este otro lugar es la representación psíquica que la madre tiene del Padre y de la alteridad. Aulagnier plantea que en el inicio esto sólo existe como “*prototipos*” que marcan la pauta para el desarrollo de la estructura psíquica. Estas fantasías en parte intentan responder a la pregunta sobre el origen (del yo); y en función de cómo el Otro (madre) les dé sentido, el bebe representará que su origen es fundado en el placer, en el “deseo de no deseo” o en el odio, dependiendo de lo que la madre pueda proveerle.

Aulagnier (1975) plantea que para que el bebe pueda ir distinguiendo el placer alucinado, del placer real (del objeto exterior), es necesario que la realidad le ofrezca momentos placenteros que creen signos de un deseo positivo para que el bebe pueda desmentir las fantasías de rechazo. Por lo que es necesario que haya “*concordancia*” con el exterior “*que permitirá separar el placer ofrecido por el objeto, del placer originado en la alucinación*” (p.308). Esto no es lo que ocurre en las psicosis ya que la madre no puede ofrecerle placer (porque ella no lo siente) ni signos de deseo positivo. Aulagnier (1975) señala que por el contrario lo que provee la madre es silencio, no deseo, conflictos, angustia, secretos, etc. Lo cual puede conducir a que el destete sea representado por el bebe como prohibición del placer, que devenga en representaciones de mutilación corporal. Esto lo podemos ver en los fenómenos elementales de “*ajenidad del cuerpo*” en las psicosis cuando hay sensaciones de mutilación o fragmentación corporal.

Además, Aulagnier habla de otro elemento en el psiquismo: el *proceso secundario*, que tiene que ver con la forma en la que las experiencias de satisfacción-frustración y las fantasías son puestas en sentido, son transformadas a ideas. El proceso primario es la “imagen cosa”, y ahora en el proceso secundario se inaugura la “imagen palabra”, que es a lo que Freud (1915) se refiere cuando habla de “representación cosa” y “representación palabra”. Lo pensable es lo decible, entonces este es el fundamento de la palabra, material de trabajo del psicoanálisis. Las cosas son sustituidas por las palabras, por lo decible y lo conciente; aunque no dejan de estar sometidas a la lógica de lo primario y originario. Aulagnier plantea que “la nominación” (por palabras) a las experiencias del bebe, les da un estatuto distinto en el cuerpo.

### **La violencia primaria**

La realidad siempre excede la capacidad de respuesta del aparato; ya sea a través de exceso de sentido, gratificación o frustración, por lo que el ser humano siempre se encuentra desfasado. Es por esto que Aulagnier (1975) plantea que

constitutivamente frente a todo encuentro, lo que ocurre es "*la anticipación*", que la llama "*violencia primaria*" y dice es: "*lo que en un campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al yo.*"(p.34). La madre es quien le da sentido a las experiencias del bebe, imponiendo sus pensamientos, acciones o elecciones de acuerdo a su propio deseo; la madre dice si el bebe tiene frio, hambre, sueño, etc. aunque en realidad la madre no tenga forma de saber a ciencia cierta lo que el bebe está experimentando.

Es por esto que Aulagnier plantea que la realidad del discurso "*es lo que el portavoz dice que es la causa de lo que le pasa al sujeto*" (Aulagnier, 1975, p.311); de esta forma se entrelazan el deseo del Otro y necesidad del bebe, dando lugar a la *demanda*. Como vemos, aunque violenta, es una acción necesaria para la constitución del yo, y se podría decir que la violencia primaria, es una prótesis para el yo de la cual el yo se sirve, para en un segundo momento construir sus propios sentidos. Este es el pasaporte del bebe al mundo del deseo, y a la posibilidad de separarse de la necesidad y de la demanda del Otro.

En función del lugar que tenga el bebé en el deseo de la madre, ella le ofrecerá "*enunciados identificantes*", para darle un lugar de existencia a su yo; y cuando no hay deseo de hijo, la imagen que la madre le devuelve no es unificada, ni placentera. Por el contrario cuando sí hay un lugar de deseo de los padres Aulagnier (1975) dice que el bebe "*en el origen de la vida...encuentra el deseo de la pareja parental a la que el nacimiento del niño causa placer*" (p.198)

Sobre este, Freud (1908) le dio importancia a la explicación mítica que el niño tiene sobre su origen a partir de lo que dicen y no dicen sus padres, esta explicación mítica enmarca al niño en el mundo de la neurosis y la fantasía: la novela familiar. Entonces el mito tiene un papel fundamental para el acceso al mundo simbólico, ya que da respuesta a preguntas como: *¿cómo nacen los niños?*" que pueden ser equivalentes a "*¿cómo nace el yo?*". Estas puestas en

sentido otorgan “el primer párrafo” de la historia del sujeto, sobre el que se resignificará la futura historia del bebé.

Un aspecto que Aulagnier trabaja es el "deseo del padre", que para ella no es sólo la interdicción, sino la transmisión del padre (en función de su castración) del deseo de engendrar un hijo como garante de una tradición, como sucesor de una función. También plantea que el padre es el primer "*Otro sin pecho*", desmarcándose del registro de la necesidad, lo que permite que se inserte en otro plano, en un intercambio puramente libidinal.

### **La violencia secundaria y las condiciones necesarias**

Algo distinto ocurre cuando se trata de la "*violencia secundaria*", que para Aulagnier (1975) es "*un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del Yo*"(p.34), que se apoya en la violencia primaria. Cuando la madre tiene fallas simbólicas (relacionadas con su castración) tiene dificultades para concebir a su hijo como sujeto, y en lugar de lanzarlo al mundo del lenguaje, como objeto le prohíbe pensar distinto a ella. Lo que ocurre entonces es que se perpetúa transgeneracionalmente un "*eterno retorno de lo mismo*", pues Aulagnier (1975) plantea que la temporalidad no tiene que ver con el tiempo del calendario, sino con el tiempo marcado por los elementos de la repetición y de la retroacción.

Entonces la madre, al no tener suficientes elementos simbólicos, no puede acceder a su función como madre, y retorna a la "*posición de hija*" con sus hijo. De esta manera no le puede dar un lugar de sujeto, puesto que como no hay deseo de hijo, no hay nada que decir sobre el origen del hijo, desde su deseo. Por lo mismo, le prohíbe pensar distinto a ella. Además, para que la madre no se sienta confrontada con sus fallas y con el vacío de la ausencia de deseo, le niega el derecho a su hijo a pretender como verdaderos sus sentimientos, por ejemplo, le dice que debe estar feliz cuando en realidad está triste. Como lo único que le puede ofrecer la madre es un relato en el que su origen no es parte del deseo, se lo ofrece falso, encubierto; pues no es posible hablar de esa verdad del rechazo.

Lo que sucede es que el hijo se queda en “*blanco*”, Aulagnier lo llama “*párrafo sobre el origen en blanco*”.

Con estas condiciones el yo creativamente se las ingeniará para funcionar, y desarrollará un “*pensamiento delirante*” para contradictoriamente sostener “*la ausencia de sentido*” de la madre y crear un sentido donde no hay. De esta manera reorganiza la relación que deberá mantener entre su propio espacio psíquico y el discurso del Otro. Esta nueva significación la crea el niño cuando accede al registro de la significación, entonces la nueva significación creada por el niño contradice la lógica y el discurso de los otros que lo rodean. Por eso Aulagnier dice que: “*el pensamiento delirante se impone la tarea de demostrar la verdad de un postulado del discurso del portavoz notoriamente falso. Implícita o explícitamente, ese postulado se refiere al origen del sujeto y al origen de su historia: las primeras cosas "oídas" referentes a este doble origen se le han revelado al sujeto como contradictorias con sus vivencias afectivas y efectivas*”(Aulagnier, 1975, p.196).

Para Aulagnier estos elementos son los necesarios para la potencialidad psicótica, y a partir de estos elementos el yo se puede organizar en dos modalidades *paranoia* y *esquizofrenia*; siendo en apariencia la primera más consistente que la segunda.

### **Esquizofrenia**

Como habíamos mencionado, en la madre no habita “deseo de hijo”, y el resultado de esto es que el cuerpo del hijo no se inviste libidinalmente por el deseo de una madre que sostiene, y entonces el hijo vive su cuerpo fragmentado siendo territorio de los caprichos ilimitados del Otro. El hijo se organiza en el mundo a partir de un “deber ser”, que responde a ser la calca del deseo de la madre; pues le está prohibido tener sus propios pensamientos. Es difícil que aparezca la figura de un tercero, que sea un punto de apoyo distinto al de la especularidad de la madre y su hijo (como calca).

En la madre, no existe el deseo de producir un ser nuevo, diferente de lo ya repetido, entonces se borran las características singulares del hijo. En ocasiones el nacimiento del bebé vivido por la madre, como una repetición de la relación de la madre con su propia madre. Por lo que el hijo vive en el mundo, como una frágil envoltura vacía, su cuerpo no unificado es propenso a experimentar fenómenos elementales de fragmentación. El otro, como representante del daño, puede estar atomizado en muchos otros de afuera, o en el cuerpo.

### **Paranoia**

En la paranoia el hijo ha percibido que su origen parte del odio de la pareja parental. El conflicto, la violencia y peleas entre los padres están erotizadas, y entonces el hijo representa su origen a partir de este odio. Al mismo tiempo el discurso materno desestima el origen en el odio, lo cual le lleva al hijo a crear un pensamiento delirante primario para poder darle sentido al odio. Entonces mientras haya alguien que lo odie, y a quien odiar, el hijo tendrá sentido de existencia. Esto explica como en la paranoia el yo se organiza a partir de un perseguidor, y las respuestas del sujeto frente a este, y cómo el odio tiene un papel fundamental.

Cabe mencionar, que aquí sí existe la representación de un padre, pero opera como un tercero desfalleciente que no puede ser garante de ley; y por el contrario lo que puede hacer es perpetuar la violencia secundaria y las interpretaciones del Otro como odio y daño. Al haber un tercero, es concentrador del odio que impide que la pulsión se vaya directo al cuerpo como en la esquizofrenia.

### **Estabilizadores y condiciones suficientes**

Aulagnier plantea que el pensamiento delirante por sí mismo puede no ocasionar síntomas manifiestos si está “*enquistado*” en la psique, es decir, que la organización psicótica puede permanecer estabilizada. Pero sí puede volverse

psicosis manifiesta si las condiciones lo determinan. Entonces Aulagnier plantea que además de las *condiciones necesarias*, se necesitan “*condiciones suficientemente*” desestabilizantes para provocar una eclosión.

Para que la potencialidad psicótica continúe enquistada (estabilizada), es necesaria la presencia de una voz y una escucha que permita que el “pensamiento delirante” sobre el origen no corra el riesgo de ser cuestionado, y le proporcione al paciente la seguridad de que la significación (recreada) es una verdad comunicable para esa persona que escucha.

Otro factor necesario es que no haya repetición constante de momentos de frustración, sufrimiento o duelo que hagan desestabilizar las primeras experiencias de vacío.

Otro factor más puede ser una experiencia de vida que “*redoble la violencia secundaria*” a la cual está de por sí ya sometido el paciente, y al revivificarse esta violencia el yo no cuenta con los elementos suficientes para re-significar sintomáticamente una vivencia de vida dolorosa. Esta experiencia conmueve al sujeto porque pone en evidencia el “párrafo en blanco”, es decir, el agujero en lo simbólico. Un ejemplo de esta violencia puede ser una terapia en la que el terapeuta intente significar el “párrafo en blanco sobre el origen” del paciente.

Con esta autora apreciamos como es que un sujeto puede funcionar en la vida, con algunos significantes sin eclosionar, lo cual coincide con lo que plantean otros autores como Lacan (1975), Maleval (2002), Miller (1999) entre otros.

#### 4.2.4. Los fenómenos elementales

El psicoanálisis sin buscar obtener verdades absolutas, surge de enigmas planteados por la relación del hombre con su deseo y toda la complejidad subyacente ¿Qué de enigmático hay en la relación de un paciente con su lenguaje y su palabra? La palabra como material de trabajo, fue el punto de partida del desarrollo del psicoanálisis, en donde Freud (1923) identificó a la “representación palabra” como la carátula incipiente de “la representación cosa”; incipiente porque en el campo de las significaciones de la neurosis, la representación cosa nunca podrá ser verdaderamente representada por su carátula la representación palabra; y la palabra queda entonces enigmáticamente abierta a desplazamientos y condensaciones de significados, de ahí que la asociación libre sea la consigna de trabajo en la práctica psicoanalítica.

Los desplazamientos de significados ocurren cuando predominan en el psiquismo mecanismos neuróticos; las ocurrencias (en los chistes), síntomas, lapsus, actos fallidos, etc. ilustran el constante retorno de lo reprimido. Cuando no ocurre así, los sujetos experimentan otro tipo de manifestaciones psíquicas en el lenguaje, más radicales quizá: los fenómenos elementales, que no responden a una lógica del retorno de lo reprimido, sino a la forclusión.

Los mecanismos psicóticos desde distintos referentes psiquiátricos (Bercherie, 1986) han sido relacionados exclusivamente con delirios (en sus distintas fases) y alucinaciones; sin embargo, hay pacientes que no presentan alucinaciones ni delirios, y sí muestran mecanismos psicóticos. En este sentido, un psiquiatra (no psicoanalista) que se interesó ampliamente por lo que le pasa al paciente antes del delirio fue Clérambault (1942). A partir de su clínica logró hacer un fino análisis de estos fenómenos sutiles que ocurren en los pacientes sin un delirio o alucinación presente, y les llamó “automatismos mentales”. Clérambault observaba que los automatismos mentales provocaban perplejidad en su pacientes porque o algo estaba de más, o algo debería de estar y no estaba. El

automatismo mental para este psiquiatra podría estar mantenido en esta fase inicial por largo tiempo sin devenir en alucinación o delirio. También Clérambault decía que “el carácter” del paciente también era un factor influyente en las manifestaciones psicóticas y los temas delirantes (Bercherie, 1986).

### **Clérambault: los automatismos mentales**

Para Clérambault estos fenómenos eran iniciales y podían ser positivos, negativos y mixtos. Los positivos para él eran de “*interferencia*” porque disruptivamente se introducen en el torrente de pensamientos del paciente, pero sobre todo son “anideicos” y “sin sentido”. Por ejemplo, estribillos, letanías de palabras, entonaciones bizarras, flujo de imágenes, “ideorrea”, fenómenos hipermnésicos (memoria autobiográfica superior), falsos reconocimientos, sentimientos de extrañeza, deja vu, entre otros.

Otros fenómenos positivos son los “ideo-verbales”, que son ecos de pensamiento, pensamiento adelantado, enunciación de gestos, alusiones, preguntas enigmáticas y desdoblamiento del pensamiento. Clérambault dice que se nota en los pacientes la diferenciación entre el “enunciado y la enunciación”, es decir, que para él una parte de ellos es la que habla y otra es la hablada. También habló de cómo los pacientes experimentan cenestopatías (molestas y extrañas sensaciones corporales), alucinaciones genitales y “triple automatismo”: en donde al mismo tiempo el paciente experimenta fenómenos mentales, motores y sensitivos (Bercherie, 1986). Los fenómenos negativos son robo del pensamiento, fuga de ideas, detención del pensamiento y perplejidades sin objeto.

Es interesante que Clérambault observara que estos fenómenos se desarrollan por “*el síndrome de pasividad*”, es decir, que una parte del sujeto vive estas alteraciones en posición de pasividad. Clérambault también observó que inicialmente hay “*perturbación molecular indiferenciada*” de la conciencia del paciente; podríamos decir, que son perturbaciones iniciales, aisladas y sutiles en la conciencia del paciente. Clérambault dice que estos fenómenos evolucionan,

pues de ser “anideicos” se transforman en “abstractos” hasta llegar a ser “concretos”, para él son concretos cuando el delirio finalmente tiene significados temáticos de la vida del paciente, significados persecutorios, vejatorios y/o irritantes.

Otro punto interesante es cómo Clérambault describe el mecanismo psicótico: “*la amplificación y la reverberación por las voces de todas las mociones del enfermo, que de este modo le son restituidas deformadas*” (Clérambault en Bercherie, 1986, p.195). ¿No se parece a lo que dice Freud de la *verwerfung* sobre transformación y restitución?

También Clérambault habla de algo relacionado con lo que Freud plantea sobre la “*spaltung*” (división): “*Toda psicosis alucinatoria es una suerte de delirio de a dos donde los Psiquismos están unidos en un mismo cerebro y donde el psiquismo más fuerte domina al otro, porque es más inventivo y tenaz*” (Clérambault en Bercherie, 1986, p.195). Esto nos remite a Schreber, pues una parte de él era el amo y la otra el esclavo; y también nos ilustra el “espejo” del que habla Lacan, en donde la esquicia del yo en el otro funda el yo.

Además, Clérambault dice que el paciente hace “neoformaciones” que como tales, terminan desembocando en sentimiento de artificialidad, extrañeza, “no-anexión” y xenopatía; lo que se parece a la función terapéutica del delirio que funciona como “parche” de la cual habla Freud (1924) y aparece viniendo de fuera.

Otro punto interesante de Clérambault es que abordó las “psicosis colectivas”, no clasificándolas por el tema del delirio, sino a partir de los mecanismos subyacentes en las psicosis, y dijo que en éstas sólo algunos eran los que deliraban, y otros eran los seguidores; lo cual fue muy original en su época. Esto se parece a lo que plantea Lacan (1976) sobre la “*folie a deux*”, una mancuerna entre un psicótico y un histérico.

Vemos como Clérambault identifica que estas experiencias son de carácter persecutorio e irritante, y que parece que el paciente lo experimenta como con una intención de daño de alguien de fuera. A lo que dice que es la otra parte de su psique contenida en su cerebro. Sobre esto Aulagnier (1975), habla de cómo las primeras experiencias de dolor y tensión del cuerpo, son interpretadas como “intención de daño” por el psiquismo. Esto se apoya en lo que Freud (1919) plantea sobre el masoquismo primario en “Pegan a un niño”, en donde en una posición femenina (pasiva) el niño se vive como objeto de placer del otro, ¿se parece esto al “síndrome de pasividad” del que habla Clérambault en los mecanismo psicóticos?

Lacan fue alumno de Clérambault, y retomó lo del automatismo mental, pero con una diferencia; pues Clérambault decía que esto sucedía por causa de transmisiones neuronales y cierta influencia del carácter del paciente, y Lacan planteó que sucedía por alteraciones de la personalidad. Vemos como Lacan se inició con Clérambault, y la exploración de los fenómenos elementales fue parte de su praxis.

### **Los fenómenos elementales y la Verwerfung**

Ahora bien, con las descripciones de Clérambault y tomando como préstamos sus descripciones sobre los “automatismos mentales” y “fenómenos elementales”; podemos pensar que en estas manifestaciones predominan en el registro de lo originario (lo real) representaciones cosas que se mantienen aisladas de las representaciones palabra, y parecen como una “neo-formación” de la realidad exterior que se manifiesta en la percepción y en el lenguaje del paciente. Esto relaciona con lo que Freud (1915) plantea sobre la representación cosa, que no es traducida por la representación palabra y se manifiesta así; la palabra como cosa. Sobre esto Aulagnier dice: *“si sobre aquello que aparece en la escena de lo Real, ya no pudiese proyectarse una interpretación, lugarteniente, de significación...las cosas que aparecen en el espacio de lo real volverán a ser puras cosas*

*innombrables*” (Aulagnier,1975, p.2019): lo cual nos hace pensar en los fenómenos elementales.

Entonces los fenómenos elementales son cosas, retazos de palabras, sensaciones y experiencias corporales que se experimentan desde fuera. Una característica de la palabra cuando se trata de fenómenos elementales es que el paciente tiene grandes dificultades para asociar algo con ella, pues estos fenómenos se refieren a la ausencia de significación y a una gran dificultad para explicar aquello que irrumpe en la realidad psíquica; los pacientes los relatan como experiencias sentidas en una dimensión inexplicable “*con palabras humanas*”, y se relacionan con los objetos de voz, mirada, anales y orales.

Para Lacan (1976) un fenómeno elemental es en sí mismo parte del delirio. O sea, que el delirio es un fenómeno elemental porque habla de la estructura del delirio y de una falta en el orden significante. Entonces son una respuesta a una situación perpleja (Miller, 1999) y para Chamorro (2004) la perplejidad es el límite entre la pre-psicosis y el desencadenamiento. Estos fenómenos pueden no estar acompañados de alucinaciones o delirios porque están estabilizados por endebles identificaciones imaginarias o suplencias simbólicas (Miller, 1997 & Maleval ,2002), de las que hablaremos en el siguiente apartado.

Es importante mencionar que cualquier actividad lúdica con el lenguaje no es sinónimo de fenómeno elemental, porque en un ejercicio lúdico siempre hay un significado que lo soporta (como pasa en las obras literarias o en la jerga científica). A partir de esto surge la necesidad de un espacio analítico específico, las entrevistas preliminares, que pueden ser un escenario para dimensionar estas manifestaciones elementales.

Los fenómenos elementales responden a “deslocalización de goce” (Maleval, 2002), es decir, a que la energía psíquica se manifiesta desde lo real sin estar anudada al registro imaginario. Un punto importante es que hay sujetos con

psicosis no desencadenadas que en años anteriores tuvieron alguna experiencia de fenómenos elementales (Maleval, 2002), sobre los cuales se puede explorar en el tratamiento, si es que es pertinente.

Ahora bien, el psicoanálisis desde sus inicios (con las manifestaciones histéricas) hasta ahora, se ha encontrado con distintas evoluciones en las manifestaciones subjetivas, en este trabajo se plantean a los fenómenos elementales más como preguntas y enigmas, que como respuestas acabadas. En este sentido, este trabajo tiene el afán de abrir un espacio de reflexión posterior a esta investigación sobre lo que se ha encontrado y se puede encontrar en las entrevistas preliminares. Y para hablar de los fenómenos elementales retomaremos a Miller (2010) para hacer una agrupación de los fenómenos con fines expositivos, aunque todos tienen en común la ajenidad al campo de las significaciones y desplazamientos.

### **Neologismos**

Son palabras que se presentan en el curso del lenguaje, ajenas al yo y al proceso de pensar-comprender, es decir que los sujetos ignoran su sentido. Son creaciones lingüísticas (Chamorro, 2010) que no tienen un significado universal, es decir, que sólo pueden llegar a tener un significado para el paciente, pero este significado es tangencial y alusivo. Además, son un indicio de una defensa que “parcha” un agujero en el psiquismo (Lacan, 1986); este agujero no puede ser recubierto por el yo y por lo tanto esta palabra no se puede reintroducir al los procesos de pensar, ni se puede desplazar en los significados del lenguaje. Maleval (2000) plantea que algunos neologismos se relacionan con un proceso alucinatorio directo.

Aulagnier (1975) dice que alguna de estas situaciones de perplejidad se puede presentar en una organización neurótica; la diferencia es que el yo de la organización neurótica *“retoma la posesión de su espacio y de su modo de funcionamiento, de olvidar esos momentos de prueba y dominarlos, pero sólo a*

*posteriori, tratándolos como cuerpos extraños, síntomas pasajeros” (p.71).* Entonces en las exploraciones de las entrevistas preliminares es probable que el paciente con organización psicótica no logre asociar sentidos o algún síntoma con el neologismo, es decir, la palabra parece fija e indesplazable, o en ocasiones el paciente tiene la sensación de que no la dijo.

Freud (1896) dice: *Los nexos entre las frases singulares se disfrazaban por medio de una expresión ajena, de unas formas lingüísticas desacostumbradas... caracteres estos que son universales en las alucinaciones auditivas de los paranoicos y en que yo diviso la huella de la desfiguración-compromiso (182).*

Años después plantea:

*En la esquizofrenia se observa, sobre todo en sus estadios iniciales, tan instructivos, una serie de alteraciones de lenguaje...el modo de expresarse...rebuscado, amanerado. Las frases sufren una peculiar desorganización sintáctica. Muchas veces pasa a primer plano una referencia a órganos e inervaciones del cuerpo. (Freud, 1915, p.194).*

Por otro lado, es importante señalar que en las entrevistas preliminares el neologismo (y el decir del paciente) es tan incomprensible para el paciente, como para el entrevistador; y se corre el riesgo de que el terapeuta en su ejercicio erróneamente de por sentado el significado del neologismo del paciente utilizando un significado del sentido común, es decir, uno compartido en el lenguaje. Al mismo tiempo, el paciente (al no tener una organización neurótica) presenta desdibujados sus linderos de “yo” “no yo” y entonces puede tener la certeza de que sí es comprendido; ya que en la psicosis es común la experiencia de “transparencia de la mente” es decir, que el paciente o tiene la sensación de que sus pensamientos son leídos o siente que es comprendido.

Por esto es importante tomar en cuenta el planteamiento de Lacan sobre la imposibilidad de comprender el lenguaje (1986), y sobre todo lo poco fértil que suele resultar para la clínica (en general) trabajar a partir de la “comprensión” de los síntomas en lugar de partir de su indagación.

Por otro lado, en los apartados anteriores mencionamos la importancia que Freud y Lacan le dieron al “lenguaje fundamental” del que hablaba Schreber (1903); en sus memorias encontramos esto: *“Es la designación empleada en el lenguaje primitivo que yo antes y después escuché innumerables veces”* (p.232), y es que esto ilustra cómo hay algo más primitivo que la palabra que Freud llama “representación cosa”.

Vemos como en la psicosis, al estar el mecanismo de la verwerfung predominando a manera de automatismo mental (en sus estados iniciales); desde lo real, apreciamos en bruto aquello que en la neurosis se mantiene velado por la represión. Las marcas de las huellas mnémicas: los objetos.

Entonces los neologismos son retazos de marcas del otro en el cuerpo erógeno del paciente, por eso dice Freud (1923) que las palabras son sometidas a mismo proceso que desde los pensamientos oníricos latentes.

A continuación ilustraremos con algunos ejemplos de la literatura:

Este ejemplo de Maleval habla del desdoblamiento del pensamiento del que hablaba Clérambault:

*“Mi pensamiento salía a pesar de mí... y mi cerebro respondía por el micro sin que pudiera detenerlo. No podía detener mi pensamiento. Era ese el que emanaba de mí. Creía que todo cuanto pensaba se me oía.”*(Maleval, 1998, p.147)

Otro paciente relataba esto: *"Qué hizo que en un momento determinado mi cabeza saliera disparando...Pfuit... Me falta ese coso para manejarlas"* (p.34). En este extracto como lo relata Maleval (1998), la palabra Pfuit era como una roca que frecuentemente aparecía en el discurso de la paciente.

También pueden aparecer palabras coloquiales en el discurso del paciente y ser neologismos. Por eso la importancia de su análisis en las entrevistas preliminares. Por ejemplo:

*"¿Cree usted que eso es penitenciaría?, me preguntó una mujer cuya sintomatología parecía neurótica, en ocasión de la primera entrevista"*. (Maleval, 2002, p.77). En este ejemplo el empleo repetido y extraño "penitenciaría" en las sesiones siguientes estuvo acompañado de la revelación de experiencias de persecución.

Otro ejemplo de discurso es el de esta paciente que llegó diagnosticada como histérica por otro psicoanalista, en el discurso se identificaron algunos neologismos: *"Estoy mal porque me encuentro en posenojo con mi madre-el problema es la pospelea"* (Miller, 1999, p.34).

Sobre las palabras y su relación con el goce, en algunas instituciones psiquiátricas se le propone a los pacientes escribir, muchas veces a manera de terapia ocupacional o como instrumento para la psicoterapia. Algo que ocurre con algunos pacientes con organización psicótica, es que escriben día y noche, sin parar, y a veces sin utilizar signos de puntuación como el punto. Un ejemplo así lo vemos en Marguerite (Lacan,1976) que hacía enormes esfuerzos por escribir, y se observa como la sonoridad alusiva de las palabras que Marguerite leía al azar en el diccionario la cautivaban para escoger una u otra palabra, más allá de su significado Lacan menciona como Marguerite cuando escribía dormía poco, invertía mucho tiempo y tomaba demasiado café.

Con estos ejemplos vemos como el lenguaje y las palabras, más que hacer una función de corte y simbolización, ilustran como el goce se deslocaliza e intenta ser regulado. Además el pensamiento adelantado del que habla Clérambault, se plasma en el papel. Entonces los pacientes, en sus poemas, o prosas pueden plasmar neologismos, y esta experiencia parece responder a “ser tomado por la escritura”. El juego que hacen con la sonoridad de las palabras, parece ser un intento de regular el goce, pero finalmente termina siendo lastimoso si es que no hay una intervención de parte de alguien para que los incite a comer y a dormir. Esto lo hablamos de manera general, pues para cada paciente la escritura tendría una función distinta.

### **La certeza**

La certeza ha sido una característica patognómica de las psicosis (Bercherie, 1986), y es la irreductibilidad de una creencia angustiante para el paciente. (Chamorro, 2004 & Miller, 1997.) La certeza es fenómeno elemental, en parte, por la forma en la que se presenta a manera de “plomada en el pensamiento” del paciente, como un signo de afuera que no tiene lugar a dudas (neuróticas) y es indesplazable en el lenguaje, ¿pero por qué aparece como certeza?

Laurent (1989) dice que la certeza es contraria al *apre-coup* (resignificación) de la neurosis, y en cambio implica un proceso de *avant-coup* (presignificación). Es decir, lo que primero aparece es el vacío de significación, por lo que se impone la certeza materializándose en un signo de connotación auto referencial para el paciente. Es disruptiva e invasiva por la manera en la que se le impone al paciente, lo toma preso, y experimenta que no tiene posibilidades de hacer algo con ella. Este vacío tiene que ver con un mecanismo de forclusión de un significante que adelanta a la significación “*se trata de hecho de un efecto del significante, por cuanto su grado de certidumbre...toma un peso proporcional al vacío enigmático que se presenta primeramente en el lugar de la significación misma*” (Lacan, 1956, p.520).

Por lo contrario, en la neurosis lo que se manifiesta es una creencia, que puede ser desplazada, que puede modificarse en el ludismo de las fantasías y la sublimación. En el manuscrito N Freud (1897) habla de cómo la creencia neurótica lleva implícita la duda del yo.

### **Significación personal**

Este fenómeno va de la mano de la certeza, y es cuando el paciente experimenta que signos de afuera están dirigidos exclusivamente a él. Por ejemplo, unos labios pintados de rojo o accidentes automovilísticos anunciados en el periódico. Para Lacan (1976) los signos son de índole social y son respuesta a una situación de perplejidad (Miller, 1997). Surge a partir de una pregunta a la que se enfrenta el sujeto en donde no hay significante para responderlas, lo cual lo coloca frente al vacío, al agujero en lo simbólico (Urriolagoitia,2006). Desde Aulagnier (1975) podríamos pensar en un vacío o falta de sentido sobre el origen.

Para Chamorro (2004) la experiencia de la perplejidad en los pacientes es el límite entre la prepsicosis y el desencadenamiento, y se relacionan con sentimientos de extrañeza. Por ejemplo lo que dice Marguerite (Lacan, 1976):

*“Cuando de pronto oí que mis colegas hablaban de la señora Z. Entonces comprendí que era ella la que estaba en contra de nosotros”. (Lacan, 1976, p.147).*

Otro ejemplo de Marguerite: *“Ciertas alusiones, ciertos equívocos en el periódico me fortificaron mi opinión” (p.193).* Tiempo después de esta experiencia a manera de ilusión de la memoria Marguerite en una charla informal le dice a Lacan:

*Yo quería encontrar ciertas cosas que había leído, por ejemplo que iban a matar a mi hijo, y quería ver también la foto en la que lo había reconocido, pero nunca encontré el artículo (p.193).*

Lacan dice que después del pasaje al acto de Marguerite (atacar a una actriz famosa con una navaja) del orden del sin sentido; se modificó su relación con esta significación personal sobre las alusiones del periódico, aunque siempre permaneció presente la certeza sobre el daño hacia su hijo de parte de otros.

Otro ejemplo de significación personal lo vemos en *“Un caso de Paranoia que contradice la teoría analítica”* que relata Freud (1915): *“Cuando salí, en la escalera vio a dos hombres que se secretaron con un “cofrecillo” en la mano que pudo ser pensado como aparato fotográfico”* (p.264). Freud habla de que este evento del cofrecillo se está relacionado con que esta mujer minutos antes, estaba teniendo un encuentro sexual con un hombre, encuentro que fue interrumpido porque ella escuchó un ruido que le hizo pensar en la presencia de un observador con un aparato fotográfico, que fue aludido al “cofrecillo”. Este caso de Freud (1915) habla de como en un encuentro sexual aparece esta significación personal.

### **Estado oniroide**

Es una constante revivificación en vigilia de un sueño angustiante. Esta experiencia localiza en la vigilia elementos del sueño que entonces ya son vividos como ajenos al yo, y no como parte del contenido del sueño; comienza al despertar, y puede ser un estado psíquico intermedio entre los sueños y el estado de vigilia (Lacan,1976). Para no confundir a los estados oniroides con cualquier somnolencia o alucinación hipnagógica (sensaciones o percepciones que por instantes se perciben en la vigilia, ocurren cuando se está entrando en el sueño y son elementos del sueño), es importante identificar que los estados oniroides son constantes y tienen connotación persecutoria y angustiante.

Bleuler (1911) decía de sus pacientes que: *“antes del comienzo real de la enfermedad, los pacientes se quejan a menudo de sueños perturbadores que los siguen persiguiendo durante las horas de vigilia. Con frecuencia, ideas obsesivas y compulsivas preceden a todas las manifestaciones en muchos años.”* (p.267). También dice que estos pacientes no logran diferenciar entre la vigilia y el sueño.

Este es un ejemplo muy ilustrativo de un estado oniroide de Schreber (1903) que como vemos nos habla ya de la lógica que siguió su delirio:

*“Una vez, de mañana temprano, cuando estaba aún tendido en la cama (no recuerdo si semidormido o despierto ya), tuve una sensación de que, al reflexionar después sobre ella en vigilia, me impresionó de manera muy particular. Fue la representación de que tenía que ser muy grato ser una mujer que es sometida al coito” (p.87)*

### **Ajenidad del cuerpo**

Freud (1914) dice que la pulsión es el “límite entre lo psíquico y lo somático”, y habla de que el cuerpo es también un destino de las pulsiones. En el caso de una organización psicótica, al no haber predominancia de mecanismos neuróticos, la energía psíquica se puede manifestar con experiencias de descomposición, despedazamiento, separación y extrañeza corporal. Estas experiencias dan cuenta de cómo la energía psíquica no se liga a un pensamiento y por el contrario se va directo al cuerpo erógeno en la crudeza de una “representación cosa”

Sobre esto Aulagnier (1975) dice:

*Si la mirada descatectizase la escena exterior para volcarse en forma exclusiva hacia la escena originaria, solamente podría contemplar allí, estupefacta, las imágenes de la cosa corporal, la fuerza que genera una imagen del mundo convertido en el reflejo del espacio corporal (p.70).*

Estas experiencias corporales han sido identificadas en periodos previos a desencadenamientos. Por ejemplo, Schreber nueve años antes de su organización delirante padecía de ideas hipocondriacas que lo llevaron a un internamiento psiquiátrico, y también experimentaba obsesión por adelgazar

(Miller,1999). Más adelante vemos como Schreber experimenta sensaciones de vacío, pudrimiento de los órganos y emasculación.

Entonces, el cuerpo como territorio de las marcas del otro, experimenta fragmentaciones, desmembramientos, etc. y lo común es que la interpretación que logre hacer el paciente es la “intención de daño” del Otro. Pues como dice Aulagnier (1975), esta interpretación de daño es la primera que logra la psique cuando no hay otros sentidos consistentes que la re-signifiquen.

Es curioso como Tausk (1911) relata cómo algunos de sus pacientes intentan darle sentido a esta experiencia corporal de daño, y la nombran “*la máquina de influir*”:

*El aparato de influir esquizofrénico es una máquina de naturaleza mística. Sólo por alusiones pueden los enfermos indicar su estructura. Se compone de caja, manivelas, palancas, ruedas, botones, hilos, baterías, etc. Los enfermos cultos se esfuerzan, con el auxilio de conocimientos técnicos de que disponen, en adivinar la composición del aparato” (p. 181).*

Tausk (1911) también relaciona esta experiencia corporal con regresiones de la pulsión “*un sentimiento análogo al de quien sueña, que tiene tan sólo el sentimiento de una comprensión, pero no la comprensión misma.*”(p.190) Como vemos este sentimiento de comprensión, es alusivo, tangencial. Relacionado con esto, Falret (1864) describía como sus pacientes “*imaginan estar rodeados de ventrílocuos y, a veces, creen que estos ventrílocuos están instalados en sus vientres, en sus pechos o en sus cabezas*” (Matilla, 2008, p.223).

Por otro lado, Bleuler (1911) decía que a veces las voces paranoides provienen de los órganos: “*Las voces del corazón han crecido en mi cuerpo en forma de anillo*” (p.109). Llama la atención como en estos casos, las experiencias si tienen forma de “palabra”, pero que es emitida de los órganos, como si los órganos fueran

entres distintos del paciente, que son emisores de mensajes recibidos por el paciente. Esto también es una experiencia de desmembramiento.

Hasta aquí hemos hablado de algunos ejemplos de fenómenos elementales, que desde lo que plantean los referentes psicoanalíticos, dan indicios de una organización psicótica. Un aspecto relevante que plantea Miller (1999) es que la forma de manifestación de los fenómenos elementales puede proporcionar datos relevantes respecto a los modos de estabilización, puesto que indican el modo de desanudamiento (Miller,1999). Por lo anterior, identificar los fenómenos elementales tiene un valor fundamental en la forma de pensar la dirección de la cura, y no la función de clasificar una organización psíquica bajo una categoría. Además, Maleval (1998) nos habla de que en el escenario de las entrevistas, la manifestación los fenómenos elementales *“puede tener cierto efecto terapéutico, atenuando notablemente los riesgos de pasaje al acto”*. (p.168). Pues quizá estas manifestaciones al ser escuchadas, y alojadas en una escucha distinta (la del terapeuta) sin ser juzgadas o ignoradas, pueden hacer que éstos tomen un lugar distinto.

Otro punto es que no toda extrañeza o experiencia corporal es sinónimo de un fenómeno elemental, por eso es importante conocer su dimensión en las entrevistas preliminares para intentar identificar si se trata de una experiencia histérica, o de una neurótica a través de la forma discursiva del paciente.

Por otro lado, hay pacientes con apariencia neurótica, que manifiestan sutilmente estos fenómenos de significación y/o de automatismo; y sin embargo la perplejidad y el abismo del vacío de significación no invade su psiquismo ni los colapsa; estas son las psicosis estabilizadas, de las que hablaremos en el siguiente apartado.

#### 4.2.5 Psicosis estabilizadas

La metáfora freudiana de la vasija, que al romperse pone en evidencia las líneas de fractura que se mantenían ocultas, sirve para hablar de la organización psíquica y del lenguaje del sujeto psicótico estabilizado. Hay pacientes que en el momento de la consulta no son referidos por alucinaciones o delirios; sino por cuestiones de inhibición, toxicomanía, angustia, ideas obsesivas, y en muchas ocasiones (según los casos documentados) son remitidos por otros.

Bleuler (1911) mencionaba casos en los cuales la génesis de los síntomas, que inicialmente eran bastantes leves y poco notorios, gradualmente asumían cualidades crecientemente extrañas y psicóticas. Así planteaba que los síntomas paranoides pueden permanecer ocultos durante años, hasta ponerse accidentalmente de manifiesto. En este sentido, Helen Deutsch (1968) hablaba de la personalidad “Como Si” y decía: *“mis observaciones de pacientes esquizofrénicos me han dejado la impresión de que el proceso esquizofrénico pasa por una fase “como si” antes de adquirir la forma delirante”* (p.429).

Fernández (1993) plantea que en ocasiones el paciente psicótico consulta porque de alguna manera siente que está bordeando la perplejidad y el pedido se hace para evitar el internamiento; o bien porque tiene el *“presentimiento”* de que algo no termina de formularse, y lo intentan hablar en el consultorio a través de discursos rígidos con connotación obsesiva, sin escucharse un conflicto obsesivo de fondo.

En relación a esto se han documentado casos de pacientes que después de funcionar normalmente, viven algún evento precipitante que pone en evidencia que algo en ellos funcionaba como *“suplencia simbólica”* o *“identificación imaginaria”*. Posibles eventos desencadenantes son el desarrollo puberal, encuentros sexuales, embarazos y partos, cirugías, nombramiento de cargos importantes, asignación de una responsabilidad mayor, etc. Estos ejemplos hablan de sucesos que han desacomodado el esquema corporal y las

identificaciones imaginarias del sujeto; y que además le demandan una respuesta simbólica que no hay posibilidad de hacer. En el caso de las neurosis se podría pensar en estos eventos como factores para elaboraciones de formaciones de compromiso como inhibiciones, conversiones o síntomas; pero en el campo de las psicosis a falta de soporte simbólico, las respuestas aparecen en lo real.

Algo que le llamaba la atención a Bleuler (1911) eran como *“las anomalías de carácter que introducen la enfermedad, poco después de la pubertad, pueden poner de relieve los más diversos aspectos de la personalidad esquizofrénica”* (p.266). Freud por su parte, en distintos momentos habló del periodo pospuberal como factor desencadenante, debido a la dificultad del paciente para resignificar las vivencias traumáticas infantiles a través formaciones de compromiso neuróticas. Sobre esto Maleval (2002) dice que las transformaciones corporales de la pubertad dan cuenta de *“goce no regulado”* por la lógica fálica, es decir, que la situación puberal puede *“revelar si la función paterna se ha instalado o no”* (p.257). En este mismo sentido, Aryan (2007) señala que el cambio puberal encierra la posibilidad de un desencadenamiento; ya que aunado a lo corporal, la adolescencia es un momento psicosocial (Fize, 2007) que demanda cambios, respuestas y soluciones subjetivas que pueden ser factores desencadenantes en un adolescente, si es que hace falta un soporte simbólico que anude estos cambios.

Cabe señalar, que lo que pueda causar un desencadenamiento es tan variable como los múltiples destinos de las pulsiones, pero la pubertad puede ser uno de esos momentos desencadenantes porque la pulsión solicita más del cuerpo (Miller, 1999). La pubertad por sí misma no podría ser desencadenante; más bien el desencadenamiento en la pubertad se da porque en un terreno psíquico endeble, con un cambio como el puberal una persona es más susceptible de eclosionar.

¿Por qué la eclosión o desencadenamiento? Lacan (1955) dice que no se vuelve loco quien quiere, y Maleval (1998) dice que esto ocurre cuando *“al sujeto se le impone el sentimiento de haber llegado al borde de un agujero en lo simbólico. Se abre una falla insoportable, que cautiva toda su atención y no le concede reposo”* (p.133). Maleval (1998) ilustra esto con un ejemplo previo al desencadenamiento del discurso un paciente de Monkowski: *“Debo estar fijado en todas las preguntas que me vienen a la cabeza. Cuando tengo que sentarme en una silla quiero saber cómo y de qué está hecha, de junco, de paja...si es sólida, si no se romperá”* (p.151). Así mismo, Schejtman (2012) señala que el desencadenamiento se produce cuando el sujeto, *“sostenido hasta ahí por una serie de mecanismos imaginarios, se enfrenta a una pregunta para la que no encuentra respuesta por no disponer en lo simbólico del significante del Nombre del Padre. Queda ahí en perplejidad y la respuesta, forcluida en lo simbólico retorna en lo real.”* (p.276).

Lacan (1955) plantea que: *“el delirio comienza a partir del momento en que la iniciativa viene del Otro”* (p.275), y el sujeto no puede despegarse de la iniciativa del Otro, por lo que experimenta que es invadido por ella. Esto puede desembocar en pasajes al acto como suicidios u homicidios, que tienen la característica de ser ejecutados “por un impulso” inapalabrable, o insertado ya en la lógica de un delirio (Lacan, 1932) como el caso de las Hermanas Papin (sobre el cual se hablará después).

Sobre este mismo punto, Miller (1999) señala que la entrada en psicosis *“se manifiesta como mínimo por una idea delirante sobre el cuerpo, o más intensamente por una significación mortífera invasora. Esta puede estar asociada al trabajo, a los lazos con los otros, o a la sexualidad”* (p.73). En este mismo sentido, la experiencia de fenómenos hipocondriacos, como dolor corporal o preocupaciones excesivas por el cuerpo, también pueden dar cuenta de un significante a la deriva, es decir, de significantes con el dolor como única representación psíquica, sin posibilidad de tener un apoyo simbólico conversivo.

Como mencionábamos en el apartado anterior, “las suplencias simbólicas” o “identificaciones imaginarias” son reparaciones en los nudos a manera de “confecciones artesanales” (Grandinetti, 1996) que impiden el desarrollo sistemático de un delirio o la total fragmentación corporal como la que se observa en la esquizofrenia. Esto posibilita que haya sujetos que durante su vida no experimenten lo devastador que puede ser un delirio sistemático (Saal, 1998).

Sobre esto Maleval (1998) nos permite pensar que “*la metáfora delirante*”, en su lógica singular, es una forma en la que el psiquismo trata el goce, y que esta tiene escalas. Es decir, que puede ser que el desarrollo delirante de un sujeto encuentre un *punto de detención*, y por esto mismo no siempre llegue a las últimas consecuencias, como puede ser un desmantelamiento total del psiquismo, o la catatonía. Un punto de detención en Schreber (1903) puede ser cuando llegó al punto de ser “el receptáculo femenino” y “la recreación salvadora de la humanidad”, pues parece como si esos momentos fuera de paz en su relación con el Otro. Entonces, los caminos del delirio, y/o las suplencias y elaboraciones del psiquismo en respuesta a las fallas estructurales son variables, y en la clínica se observa la creatividad con la que cada paciente ha sostenido su lugar en la vida.

Fernández (1993) a partir de Lacan, planea que el nombre del padre puede ser “suplido” con estos caminos posibles:

- El hacerse un nombre, como “*identificación imaginaria*”.
- El ego, como “*identificación imaginaria*”: la falla en el revestimiento narcisista del yo y del cuerpo hacen que el sujeto necesite de la presencia de una imagen especular. Fernández (1993) nos propone que en estos casos el yo puede tener una función distinta a la narcisista: la corrección de una relación faltante entre lo simbólico y lo real: una identificación imaginaria. En este caso podemos apreciar el fenómeno del “*doble*”, en donde un sujeto es cautivado por la imagen propia para sostenerse.

## Identificación Imaginaria

Lacan (1956) habló de cómo en la organización psicótica puede predominar el registro imaginario (Schreber), inundando con exceso de significación personal las relaciones del paciente con los otros, relaciones con predominancia especular. Al predominar lo imaginario es difícil que ocurra una metáfora en los lazos con los otros. El paciente necesitará de una y sólo una persona, actividad o cosa que le proporcione sentido de existencia y que de alguna manera sea intento de sustituto del significante del nombre del padre. A continuación con ejemplos hablaremos de cómo distintos pacientes se las habían ingeniado para permanecer estabilizados con identificaciones imaginarias.

Báfico (1997) escribe sobre Juan su paciente, y el lazo de Juan con su jefe autoritario. Después de terminar una relación laboral de años (patrón-capataz), el paciente experimenta la sensación psicótica de disolución yoica, pues el ahora ex-patrón ya no le otorga imaginariamente la respuesta sobre su existencia; sin su trabajo de años Juan ya no tenía en quien sostenerse frente al vacío de ser, acto seguido el paciente vivió una eclosión. Como vemos en este caso, no había posibilidades de metaforizar el sentido del “ser”: “ser capataz”. Sólo podría ser el capataz de una sola forma, y con una sola persona que condensaba identificaciones paternas. Al faltar el jefe autoritario, quizá no había ya en quien depositar contenidos masoquistas que le confirmaban el eterno retorno de lo mismo.

Miller (1999) habla de un caso en el cual después de un año de tratamiento por toxicomanía, se descubrió que lo que estaba detrás de este síntoma era una organización psicótica, a la cual “*los efectos de ansiolíticos y neurolépticos los taponeaban en cuanto a manifestaciones subjetivas*” (p.20). El malestar del paciente llamado “toxicómano”, le daba un lugar de existencia en el campo social. Este paciente después de haber sido estabilizado en la cuestión del abuso de sustancias, experimentó la pérdida de referentes corporales inapalabrables y rompimiento del lazo social. ¿Quién imaginaría que una efectiva rehabilitación por

abuso en el consumo de drogas devendría en un desencadenamiento psicótico? Por eso Miller (1999) señala que un estabilizador del lazo con los otros que congela un posible desencadenamiento, puede ser una droga o el alcohol, y dice estas sustancias operan en: “*donde hubiera sido necesario el falo, y donde el sujeto no llega a construir un shyntome*” (p.73). Maleval (1998) también habla de la “toxicomanía” como síntoma encubierto de psicosis estabilizadas.

Otro ejemplo de Miller (1999) es el de una paciente que a partir de la disolución de un tumor cancerígeno eclosiona, ¿qué sería ahora de esta paciente sin la identificación al grupo de pacientes de oncología? Miller (1999) también relata otro caso de un chico que después de romper una relación estrecha con un amigo eclosiona.

También vemos en el caso Marguerite (Lacan,1932) una “*identificación imaginaria*”, que la hace escribir y luchar para tener el título de “mujer de ciencias” y “escritora reconocida”; cuando al mismo tiempo no peleaba por su lugar como madre, y aparentemente no sentía dolor, celos y odio hacia su hermana que era excluida de la tensión imaginaria, mientras los perseguidores ocupaban ese lugar. Marguerite, se las arreglaba con su trabajo (era llamada caballo de fuerza) y con sus producciones literarias para bordear su delirio.

### **Suplencia simbólica**

Lacan (1975) pensó que si existe la posibilidad de que una organización psicótica no esté manifiestamente desencadenada, es porque ha logrado hacer una “*suplencia del nombre del padre*”.

La suplencia simbólica es la “construcción artesanal” de un significante que representa al sujeto, que lo sujeta a una “misión”, sin un fantasma (neurótico) y parece que lo hubiera. Entonces, es la invención de un significante con el cual el sujeto regula el goce y se instaura un “deber ser” o un “ideal del yo” que puede ser una imitación del exterior. Gracias a esto, ahora la persona esta “sujeta a una misión” (Grandineti,1996). En Joyce, Lacan (1975) observó como en un acto

subjetivo creativo, este artista inventó su propio lenguaje, invento su propia forma de estar en el mundo sin desmantelarse, a pesar de tener una organización psicótica. Vemos como en el “retrato de un artista adolescente” Joyce habla de relacionarse con su cuerpo como un cuerpo extraño, y parece que experimenta su cuerpo “como resto”; cuando unos chicos le dan una paliza, en lugar de enojarse, defenderse o cualquier respuesta, experimenta como se le pela la piel, y se le cae el odio como cáscara. Esto habla de una deficiencia en la relación imaginaria, y en respuesta surge su escritura enigmática, en donde rompe las palabras y las descompone como una forma de no eclosionar.

Maleval (2002) propone que una suplencia simbólica puede llegar a ser más consistente que una identificación imaginaria, pues en las identificaciones imaginarias lo que soporta al psiquismo son “ideales” y en las suplencias se construye una implicación subjetiva del paciente un poco más consistente.

Entonces identificar las suplencias, las identificaciones imaginarias y las formas de estabilización psicóticas tiene consecuencias fértiles en la clínica, pues de esta manera es posible pensar en un tratamiento posible para las psicosis. Sobre este punto, Schejtman (2012) dice que los encadenamientos y estabilizaciones siguen la misma lógica que los desencadenamientos (aunque no sean simétricos) y por la identificación del nudo, pueden desplegarse las variantes clínicas para el tratamiento. Así mismo, Chamorro (2004) dice que: *“cuando hay una ruptura, y su restitución posterior en el delirio marca para nosotros una orientación”* (p.233). Entonces sobre la orientación o dirección de la cura en las psicosis tratará el próximo capítulo.

En este apartado se incluyeron algunos casos de la literatura para ilustrar algunas formas de estabilización y desencadenamientos, la singularidad de cada paciente muestra la riqueza que el psicoanálisis nos aporta para de pensar a la clínica y a la dirección de la cura desde la particularidad de cada caso.

### 4.3 LAS ENTREVISTAS PRELIMINARES, SU FUNCIÓN EN LA DIRECCIÓN DE LA CURA CON PACIENTES CON ORGANIZACIÓN PSICÓTICA.

#### 4.3.1 El diagnóstico en psicoanálisis y las entrevistas preliminares.

Escuchar la palabra diagnóstico, nos puede remitir a pensar en “diabetes”, o “gastritis”, “colitis” o cualquier conjunto de signos con los que la medicina se relaciona con el cuerpo. De la misma manera desde los referentes psiquiátricos actuales se diagnostica a los pacientes comparándolos con un compendio de categorías psiquiátricas del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (2002) DSM-IV-TR; a partir de estas categorías y minuciosos exámenes mentales que hacen los psiquiatras se determina el tratamiento farmacológico para el paciente.

Algo que llama la atención sobre las categorías, es que se han editado varios manuales del DSM, y en cada edición hay enfermedades mentales que, o desaparecen del manual (homosexualidad), o se incluyen (trastorno por déficit de atención) ¿a qué responde esto? Esta puede ser una discusión abierta, que podría apoyarse en las distintas demandas que la sociedad le hace a la psiquiatría sobre el tratamiento de la locura, y las formas en las que la Psiquiatría hace respuesta a ellas. En este sentido ¿qué hace el psicoanálisis con las demandas sociales de cura? ¿Es inmune a ellas?

Por otro lado, Freud (1917) en su Conferencia sobre Psicoanálisis y Psiquiatría habla de cómo el psicoanálisis necesita de la psiquiatría y viceversa; también habla de cómo estas dos praxis, divergen en la forma de diagnosticar y en el tratamiento. Sobre el diagnóstico en psicoanálisis, Freud (1933) cita el método omnisciente del Rey escocés para distinguir a las brujas, que consistía en arrojar a una olla hirviente a una mujer y después de probar el caldo podía afirmar si era bruja o no. Freud menciona que al diagnosticar “*algo semejante nos pasa, solo que somos nosotros los dañados*” (p.144) ¿qué se puede pensar sobre el diagnóstico en psicoanálisis?

## La función diagnóstica de las entrevistas preliminares

Freud en varios momentos habló de “periodos de prueba”, en donde decidía si un paciente era accesible al análisis o no, utilizando como criterio de inaccesibilidad la parafrenia; dejando entrever desde ese entonces un momento preliminar en los inicios del tratamiento: *“Las psicosis son en general inaccesibles para la terapia analítica, y dado su estrecho parentesco con las neurosis, debería limitar nuestras pretensiones respecto de estas últimas.”* (Freud, 1933, p.142). También decía: *“En estados narcisistas, psicóticos, es inapropiada en mayor o menor medida. Ahora bien, sería enteramente legítimo precaverse de fracasos mediante una cuidadosa exclusión de casos”* (Freud, 1933, p.143).

En este trabajo, llamaremos entrevistas preliminares, a las entrevistas iniciales que se tienen con el paciente antes de que se inicien los movimientos subjetivos del proceso analítico. Miller (2010) plantea que el diagnóstico en las entrevistas preliminares tiene que ver con un ejercicio dialéctico de localización de la “relación” del paciente con su decir, en donde el material de trabajo por excelencia es la palabra del paciente. De ahí que Freud como consigna formule algo como:

*“Cuénteme lo que sepa de usted mismo... diga pues todo cuanto le pase por la mente... y nunca omita algo... aunque le resulte desagradable comunicarlo...en ningún caso debe esperarse un relato sistemático, ni se debe hacer nada para propiciarlo”.*

Por otro lado, ¿cuánto tiempo duran las entrevistas preliminares? Freud (1933) dice: *“No podemos formular un juicio sobre los pacientes que acuden al tratamiento ni sobre los candidatos que demandan formación antes de haberlos estudiado analíticamente durante unas semanas o unos meses.”* (p.144).

Para Miller (2010), retomando a Lacan, las entrevistas preliminares son una función del tratamiento psicoanalítico, y son un periodo que no responde a un tiempo cronológico (cantidad de sesiones con el paciente); sino a tiempos lógicos. Los tiempos lógicos se constatan a partir de la manera en la que el paciente se va

transformando cuando habla de sí mismo, y sobre todo de las preguntas por sus síntomas. Cabe mencionar que quizá no todos los pacientes tienen mucha información sobre los referentes psicoanalíticos, y me atrevo a decir que no tendrían por qué tenerla. Lo que sí va necesitando saber el paciente, es como a partir de la asociación libre (del dejarse llevar por el sin sentido de sus palabras e imágenes surgidas en el análisis), va descubriendo poco a poco la verdad de su forma de estar en la vida: la verdad de sus síntomas. En esa medida el paciente irá atravesando los tiempos lógicos de su análisis: los hitos de su proceso, con sus respectivas transformaciones subjetivas.

A través de la experiencia del análisis de un lapsus, acto fallido, sueño, etc., el paciente poco a poco va transitando por la experiencia de desconocimiento. Es decir, va descubriendo que hay contenidos inconscientes, que van más allá de sus síntomas, que dirigen sus actos, entran su malestar; y que el paciente sabe muy poco de ellos. Ese “*no saber*” tiene que ver con la castración y con los terrenos de la neurosis. Cuando el paciente poco a poco va ubicando que las causas de sus síntomas y quejas, habitan dentro de él, y no tanto afuera como lo había pensado; estaremos hablando de los inicios de su “división subjetiva” (Miller, 2010); y de la paulatina transición del paciente que de iniciarse en las entrevistas preliminares, se empieza a transformar a sí mismo por su palabra, en su análisis y con las intervenciones de su analista.

Entonces paradójicamente las entrevistas preliminares sin ser análisis en sí mismas (Lacan, 1970), pertenecen al curso del análisis como soporte de una posible apertura. Miller dice que no existe el modo indicado para hacer análisis, sino principios (Miller, 1997), sobre los cuales cada analista se apoya imprimiendo su estilo personal. Los principios del psicoanálisis tienen que ver con la escucha flotante y con ayudar al paciente a que siga la consigna fundamental: la asociación libre, tarea que le requerirá al paciente el tiempo necesario.

De esta misma forma, tal vez no haya sólo un modo de hacer entrevistas preliminares, sino distintos estilos en función el paciente y del psicoanalista. Al mismo tiempo, el momento preliminar con cada paciente, desde su singularidad puede estar ya marcando la pauta del fin del análisis.

Sobre el inicio y el fin del análisis Freud (1913) lo asemeja al juego del ajedrez, en donde se advierten las aperturas y finales como objeto de sistematización, y en cambio las jugadas intermedias quedan inaprehensibles. Con esto vemos como la complejidad del deseo humano en las sesiones analíticas hace de la predicción y el pronóstico una tarea sin sentido. Entonces Miller (2010) menciona que las entrevistas preliminares son sólo un momento conclusivo para el analista, para identificar tentativamente si el paciente tiene una organización psicótica, neurótica o perversa. ¿Se caería en una operación clasificatoria como la que se mencionó sobre la psiquiatría? Miller (2010) retomando a Lacan, más que hablar de una pertenencia categórica, habla de “*modos típicos de goce*” o “*fijaciones libidinales*” que se relacionan o no con la castración y el Edipo. Por lo que de lo que se trata es de hacer una conjetura sobre la posición del sujeto y su respuesta frente a lo real (Schejtman, 2012). Cabe mencionar, que esta conclusión diagnóstica de la que se habla no puede ser definitiva y su función no es obturar la escucha del analista, por tener ya la respuesta anticipada de lo que le pasa al paciente, sino que solamente ayudan a establecer las coordenadas del tratamiento.

A diferencia de los referentes del DSM-IV-TR que mencionábamos, los modos de goce de cada sujeto tienen que ver con su singularidad, con su especial forma de defenderse de la castración, o de sostenerse en la vida a falta de ella. En este sentido, hay pacientes que de inicio pudieran parecer psicóticos, por el simple hecho de que su lenguaje es muy desorganizado, pero un punto importante a considerar es que la angustia en ocasiones desorganiza el lenguaje, sin tratarse de representaciones cosa, o mecanismos psicóticos. En las entrevistas preliminares se puede ir descubriendo la distinción.

Como habíamos mencionado, Lacan (1954) habla de un malentendido general en el lenguaje, en el cual las palabras no tienen la misma significación para todos, la del sentido común; y menos si se trata lo que se habla en una experiencia de análisis. Por eso es necesario no dar por entendidas las palabras, y a partir de esto, preguntar por los sentidos del paciente.

¿Esto quiere decir que habrá que preguntar por todo lo que dice el paciente?, quizá sería una locura. A lo que se refiere Lacan, no es precisamente a no dejar hablar al paciente preguntando por todo lo que dice, sino a cuestionar aquellos significantes peculiares que tienen que ver con la representación de su forma de estar frente al Otro, frente a su síntoma, su implicación con un lapsus, actos fallidos, etc. Es decir, a esos significantes que quizá en forma titubeante o nítida hablan del modo en el que el paciente experimenta sus pulsiones y del modo en el que está subjetivado. Entonces quizá se trate de descubrir poco a poco ¿a quién le habla realmente el paciente cuando se dirige al analista?, ¿a quién representa transferencialmente el analista? Como vemos en las entrevistas preliminares, la intervención por sí misma ya está siendo una confrontación del paciente, en el silencio con su propio decir. La confrontación no tiene que ver con que el paciente sea confrontado con la información que el terapeuta tiene sobre él; sino que sea confrontado por lo que él va descubriendo de sí mismo con su palabra.

Lo vemos en el caso de Lacan de la Señora C (Cancina, 1997), ella platica muchas cosas, pero a Lacan le llama la atención el uso que hace de la palabra “religión” y que ésta tiene relación con la vida de la paciente; Lacan al indagar lo que la religión era para ella, descubre que se trata de un caleidoscopio de personajes de las novelas que la señora C había leído en su vida, y en su religión particular ella era protagonista y espectadora a la vez. Como vemos esta forma de religión no es la socialmente compartida.

Por otro lado, cuando aparece algo extraño en el discurso del paciente, extraño para el terapeuta, es muy importante que el terapeuta indague qué encierra esta extrañeza; si tiene que ver con los referentes del terapeuta, con los síntomas del paciente, con una cuestión de diferencias culturales, etc.

Según varios referentes (Lacan, 1954, Maleval, 2002, Aulagnier 1975 & Miller 2010) psicoanalíticos, si se trata de un fenómeno elemental, el paciente hablará muy escuetamente de el fenómeno, o no lo hablará más que alusivamente. Además, no lo reintroducirá al discurso, sino que aparecerá desconectado y sobre todo el paciente lo experimentará viniendo de fuera, no siendo parte de él. Es por eso que la forma en la que un psicótico habla de su delirio o de fenómenos anteriores a éste, es distinta a la forma en la que un neurótico habla de su síntoma historizándolo, y por más delirante que pudiera parecer, es una forma neurótica. Entonces para Broca (1985) cuando se trata de una organización psicótica, las entrevistas preliminares ayudan a “*preparar cuidadosamente la puesta en marcha y modalidad de la transferencia*” (p.128), y ayudan a advertir sobre la necesidad de una intervención psicoanalítica de modo distinto a la que se realiza con un sujeto neurótico.

Fernández (1993) plantea que cuando el analista tiene dudas sobre la organización del paciente, es importante trabajar sobre el interrogante y no precipitarse. Como analista, “*soportar trabajar no sabiendo*” a ciencia cierta sobre la organización del paciente, permite motorizar las preguntas e intervenciones. La autora dice que la capacidad del analista de soportar “*no saber*” y la incertidumbre que esto puede generar, deja ver cómo es el recorrido del analista como paciente y su relación con su castración. Pues siempre saber, es del orden de lo imposible, y la manera en la que el analista se relacione con esto, habla de la forma en la que se relaciona con lo no posible.

Regresando al diagnóstico, es importante mencionar que no toda extrañeza en el discurso es un fenómeno elemental, y no todo lo que aparenta ser un mecanismo

psicótico lo es. Por eso a continuación enumeramos algunas situaciones que se pueden prestar a confusión, las cuales están abiertas a discusión y no son las únicas posibles:

### **Alucinación histérica**

Hay algunas experiencias corporales inexpresables, y en la estructura histérica aparecen casi como sensaciones de alucinación (Maleval,1981). La diferencia entre esa manifestación de extrañeza en el cuerpo y la psicótica, es que en él o la histérica hay “implicación subjetiva” es decir, el sujeto tiene la posibilidad de hablar de esa experiencia, con alguna dificultad asocia contenidos a esta; habla de su relación sintomática y su posición subjetiva frente a esta extrañeza. La histérica historiza, y dentro de su historización se inserta la experiencia.

### **Locura compartida, Folie a deux**

Un sujeto de estructura neurótica con manifestaciones histéricas puede identificarse con las manifestaciones psicóticas de otro, adoptándolas como propias; sin embargo, esto puede ser rápidamente diluido una vez que hay un nuevo objeto identificador a investir. Un ejemplo es el caso del “doble crimen” de las Hermanas Papin (Lacan, 1976). Lea y Christine fueron dos hermanas que juntas trabajaban en una casa como empleadas de limpieza, las cuales habían sido consideradas “modelo”. Un día en que hubo un apagón de luz asesinaron a su patrona y a su hija, y las descuartizaron. Cuando Christine fue interrogada por la policía, dijo no arrepentirse de nada y haber preferido matar a sus amas antes de que ellas las mataran a su hermana y ella. (Fernández, 1993).

Después del crimen, las encarcelaron y quedaron separadas. Lea la menor, fue logrando estabilizarse. Mientras Christine, después de un tiempo, preguntaba por la salud de sus víctimas creyendo que habían reencarnado en otras personas. Después de un análisis del caso en textos, Lacan (1976) pensó que mientras una de ellas era de organización psicótica, la otra, muy infantilmente estaba identificada históricamente con su hermana. Una fue autora del crimen, y la otra

identificada con el deseo de la hermana, se unió a la mancuerna en el acto. Este ejemplo, habla de cómo es importante un análisis del discurso del ejecutor de un crimen, para explorar de qué naturaleza fue su acto, y si este fue un pasaje al acto psicótico, un acto perverso, acting out u otro. Sin ir a los extremos de estos pasajes al acto irreversibles, hay grupos o sectas en los cuales los contenidos que cohesionan al grupo pueden girar en torno al delirio del fundador. Los seguidores, ávidos de respuestas, se unen histéricamente a estas creencias, como lo plantea Freud (1921) en "*Psicología de las Masas y análisis del Yo*", la convicciones de estos seguidores, pueden tratarse más bien de creencias neuróticas dialectizables; mientras que para el fundador estas ideas pueden tener un carácter de verdad y certeza delirante; si es que son ideas que realmente atraviesan al fundador, en lugar de ser perverso y estar engañándolos a todos sin creer realmente en lo que dice.

### **Ritual obsesivo**

Para el paciente obsesivo, que demora a la hora de hacer cosas (procastinación del deseo), quizá sea necesario que esté en un estado de urgencia y de pánico para llegar a la consulta, sus manifestaciones pudieran parecer psicóticas (Schejtman, 2012), así como sus rituales. Un ejemplo es el "*delirio de deuda*" del hombre de las ratas (Freud,1909) en donde las ideas obsesivas adquirieron un tono delirante, sin ser un delirio.

En este sentido, Schejtman (2012) plantea como los pacientes obsesivos pueden sumergirse en confusiones que los hacen hacer movimientos que se anulan unos a otros, con "*la obediencia loca a un Padre*" (p.286), sin que esto sea un delirio o que realmente se vivan objetos de goce del Otro. En cambio, hay rituales que en lugar de estar apoyados en ideas obsesivas, pueden estar apoyados en ideas delirantes con certeza psicótica, en lugar de la característica duda obsesiva. Lo cual se puede ir descubriendo en el análisis del paciente.

### **Alteraciones por intoxicaciones, infecciones o alteraciones de necesidades físicas.**

Una sustancia o infección en el organismo puede dar la apariencia de alteraciones en el lenguaje y en sus significaciones, alteraciones que desaparecen una vez que el organismo ha absorbido la sustancia tóxica o se ha restablecido de la infección. En los casos de alteraciones por abstinencia de sustancias, estas desaparecen en un rango aproximado de 2 a 4 semanas dependiendo de la cantidad de concentración que quede remanente en el organismo. Una vez transcurrido el periodo de intoxicación, los fenómenos se disuelven (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado [DSM-IV-TR], 2002, p.164). Por el contrario las alteraciones en el lenguaje de la organización psicótica, no tienen que ver con una sustancia tóxica, sino con el bordeamiento de la perplejidad.

También pueden influir en las alteraciones del lenguaje los estados de agotamiento, inanición y aislamiento sensorial (Maleval, 1998); y una vez atendida la necesidad fisiológica las alteraciones cesan. Ahora bien, cuando no es así, los fenómenos elementales son indicadores importantes de la posibilidad de una organización psicótica.

*El peligro que se evocará de delirar con el enfermo no es para intimidarnos, como lo fue para Freud. Consideramos con él que conviene escuchar al que habla, cuando se trata de un mensaje que no proviene de un sujeto más allá del lenguaje, sino de una palabra más allá del sujeto. (Lacan, 1956, p.549)*

#### **4.3.2 ¿Qué dirección puede tomar el tratamiento si se trata de un paciente con organización psicótica?**

Freud (1920) planteó que la transferencia es motor del análisis, y permite que el paciente invista libidinalmente al analista, y así le hable al analista como en ningún lugar de sus pasiones y de dolor. Sobre las psicosis, Freud (1933) consideró que son inaccesibles al tratamiento, porque encontró que en ellas el analista no es investido transferencialmente y el paciente no recibe alguna influencia de parte del analista como en las neurosis, por lo que Freud consideró que es difícil, sino imposible, hablar de un proceso analítico en donde al psicoanalista no se le transfiera un saber. A partir de esto se desprende la pregunta sobre lo que ocurre entonces con la transferencia en las psicosis.

#### **Transferencia erotomaniaca**

Zieller, un criminalista, fue quien acuñó el concepto de “erotomanía” en el siglo XIX (Broca, 1985), concepto que fue retomado después por varios psiquiatras hasta que Sérieux y Capgras la clasificaron como “psicosis pasional” (Bercherie, 1986). Sobre este punto, Freud retomó este concepto de la psiquiatría para darle un giro bajo la luz de la relación ambivalente del yo con los objetos. Sobre esto Lacan plantea que en la organización psicótica, el sujeto puede estar invadido por un exceso del “registro imaginario”, el que tiene que ver con las relaciones especulares; y en el caso del tratamiento psicoanalítico es posible que el paciente psicótico invista al analista bajo esta modalidad especular. Con un amor que eleva

al analista a un objeto ideal amado, seguido por la súbita transformación de ese amor a odio. Esta es la transferencia erotomaniaca, que encubre el gran riesgo de que “*la relación transferencial precipite la psicosis y convierta al clínico en perseguidor*” (Lacan, 1956).

La erotomanía la podemos ver en lo que escribe Schreber (1903) en su memorias, quien fue atendido por el doctor Fleshing, al cual Schreber le tenía ya cierto aprecio (invertimiento libidinal) por que había sido atendido por él en su primer internamiento por “hipocondría”, en suma, la esposa de Schreber exhibía una foto del doctor Fleshing en su casa. Entonces vemos como el Doctor Fleshing, en los inicios de la organización delirante de Schreber es el perseguidor principal. Algo curioso que ocurre con Schreber es que dice que una parte del Doctor Fleshing, la humana, no sabe que persigue a Schreber; mientras la otra parte del doctor es la perseguidora. Como vemos, en este caso el doctor Fleshing sí fue susceptible de ser investido libidinalmente por Schreber, y esta transferencia tenía una peculiar escisión, la cual no observamos de esa manera en las neurosis, o al menos no bajo esta construcción delirante y erotomaniaca. Aún así, pudiera ser muy aventurado decir que cuando se trate de psicosis, siempre se presente la misma modalidad transferencial erotomaniaca, porque como habíamos dicho la organización psicótica tiene sus variantes en función de las formas en las que está anudada, y en función de los significantes aislados que cada paciente porta.

En el terreno de las neurosis observamos como el paciente llega a consulta con una demanda, de amor, y además le concede al analista un saber sobre sus síntomas. El paciente que realmente llega al tratamiento con una demanda analítica, supone que el analista puede saber lo que le pasa, y en suma, puede ayudarlo. Para Lacan (1964) este supuesto es el fundamento transferencial del tratamiento psicoanalítico en las neurosis y dice que para el paciente su analista es un “*sujeto supuesto saber*”. Podríamos decir, que definitivamente en las entrevistas preliminares el analista no tiene idea de lo que le pasa al paciente, pero lo que sí sabe es como analizar, y también sabe que para el paciente él como

analista cumple una función. La función sería por un lado la de sostener la transferencia que se está gestando, y por el otro lado, la de analizar el tipo de demanda implícita en esta transferencia a través del discurso del paciente. Demanda que en teoría es la misma que el paciente lanza a los otros en su cotidianidad, y que determina su forma sintomática de estar en el mundo.

Lacan (1964) señala que “el inconsciente es el discurso del Otro”, también habíamos hablado de como la violencia primaria del Otro, es constitutiva del aparato (Aulagnier, 1975). Y en las neurosis, estas marcas del Otro, caen bajo el velo de la represión; el sujeto neurótico vive con los ojos vendados ante lo que el Otro quiere de él y en consecuencia ante su forma de hacer con el goce (y su pulsión de muerte): pero lo padece. En las psicosis ocurre una cosa distinta, como el sujeto tuvo problemas para reprimir estas marcas primordiales, las del discurso del Otro; en lugar de aparecer veladas como en las neurosis, aparecen en lo real gozando de él. El psicótico es quien sabe de la verdad del goce, lo vemos en la Paranoia, en donde el discurso del Otro toma la modalidad del perseguidor. Entonces el paciente psicótico, sabe, con certeza, lo que el Otro quiere de él y no tiene el mismo problema de “no saber” como el neurótico.

Si el psicótico sí sabe ¿de qué se trata entonces la intervención psicoanalítica con las psicosis, si la cuestión no tiene que ver con lo reprimido del síntoma? Maleval (1998) señala que “*confiar la regla analítica a un sujeto psicótico puede incitar a éste a interrogarse acerca de los temas relativos al origen, y sobre los fundamentos de la palabra; entonces comporta el peligro de tener efectos desestabilizantes*” (p.144). Tal y como plantea Aulagnier (1975), sobre la falta de sentido sobre el origen, y la posibilidad de que se muestre una psicosis manifiesta.

¿Qué pasa cuando el paciente llega a pedir consulta? Fernández (1993) señala que cuando un paciente llega a consulta es porque experimenta un vacío abismal, y está buscando evitar un internamiento. También dice que en ocasiones llegan porque sienten que algo no se termina de formular, entonces se presentan con un

discurso en apariencia obsesivo, sin haber un conflicto obsesivo de fondo. ¿Qué se puede pensar entonces sobre el tratamiento en las psicosis?

Si lo que distingue a la estructura psicótica es la certeza, el sujeto puede llegar a sentirse empujado a buscar testigos de ella. Lo cual abre la posibilidad a una función del analista en el tratamiento psicoanalítico, que puede apuntar a dos direcciones. Una es hacer algo con el goce ilimitado al cual el paciente no puede poner un alto, entonces el tratamiento consistiría en modular el goce (Maleval, 2002).

La otra es la de ser testigo y escuchar una realidad psíquica que muy probablemente es incomprendida, e incluso rechazada por su familia y la gente que le rodea, para que de esta manera el paciente poco a poco le vaya dando un sentido distinto al ser una experiencia que está pasando por la palabra. Sobre la escucha de esta realidad psíquica, Freud (1923) hace una aportación inédita, pues le da un lugar de verdad al delirio, y no un lugar de creencia absurda como lo planteaba la psiquiatría en sus tiempos.

Así pues, varios referentes psicoanalíticos (Lacan, 1955, Maleval, 2002 & Miller, 1999) señalan que no es pertinente buscar la desaparición del delirio como objetivo principal del tratamiento, y mucho menos su interpretación. Sobre este punto Freud (1923) pensó al delirio como el trabajo restitutivo que el paciente psicótico realiza frente a la irrupción de la representación rechazada. Por lo que la posición del analista frente al paciente psicótico puede ser la de aquel que escuchando, acompaña al paciente en su trabajo estabilizador, desde su silencio y acompañamiento ocupa el agujero para ayudar al paciente a estabilizarse a pesar de la falta de sentido. Además, el analista tiene el cuidado de evitar encarnar el lugar de saber (el lugar del Otro), con interpretaciones y confrontaciones pues evita ocupar una instancia superyoica primitiva y sádica.

El analista es quien escucha el testimonio que da el paciente sobre lo real que se le presenta como insoportable (Imbriano, 2006). Incluso, el analista puede llegar a ayudar al paciente a comunicarse con ese Otro, u otros atomizados, que le instigan sin cesar. Cuando el analista posibilita la palabra entre el paciente y las voces (en caso de que hayan), lo ayuda a que no sólo en imperen en la imagen acústica (Fernández, 1993).

Otro aspecto de la dirección de la cura en la psicosis es apuntar a propiciar la formación de lazos sociales y reenganche con los otros. Lacan (1963), Maleval (2002) y Miller (1999) han hablado de las identificaciones imaginarias y las suplencias simbólicas de las que se vale el paciente para hacer algo con su goce para lograr mantener lazos sociales. En este sentido, se han documentado identificaciones imaginarias y las suplencias simbólicas espontáneas en las que no operó un tratamiento psicoanalítico, y también han documentado elaboraciones psíquicas logradas por los esfuerzos del paciente y analista en un tratamiento terapéutico. Entonces en función de los fenómenos elementales que muestra el paciente, y los de indicios de suplencias o identificaciones que el paciente sostenía antes del desencadenamiento, se puede pensar en formas de intervenir para ayudar al paciente a lograr reenganches psíquico (Miller, 1999 & Urriolagoitia, 2006) y construir o reconstruir lazos sociales.

Un ejemplo de Malveval (2002) que nos lo ilustra: *“Es usted mi objeto Doudou, como el trocito de tela para niños: cuando las cosas no van, me lo saco del bolsillo; tenerlo conmigo basta para tranquilizarme y para saber lo que tengo que hacer”* (p.403)

Otro ejemplo es un caso que Miller (1999) incluye en su libro, este es un paciente que va a análisis diciendo que busca a alguien que *“escuche sus construcciones y no tenga miedo”* (p.170). Su primer desencadenamiento fue a los 17 años porque no pudo conseguir un par de zapatos iguales a los de su mejor amigo, lo cual hizo que perdiera la relación especular con él (identificación imaginaria). Después de

esto, el paciente logra más o menos estabilizarse, se sostiene generando deudas y pagándolas. Miller habla de cómo la psicoanalista que atiende a este chico, hace pocas intervenciones y le propone sobre todo una escucha. La psicoanalista *“interviene a veces para desinflar un escenario como el que elaboró al empezar su nuevo trabajo: “creo que me convierto en hijo espiritual de mi patrón”. Ella le hizo notar entonces que él había sido contratado sólo para trabajar.”* (p.171). Miller (1999) resalta como el trabajo en este caso es el *“ofrecimiento de un soporte narcisista en la búsqueda del lazo social de este paciente* (p.171)”.

Por otro lado, la psicosis que se empieza a desencadenar constituye una urgencia absoluta de cuidados, y el único control posible de dicho estado, por el momento, sólo puede proceder del exterior. (Maleval, 1998). Es así como la modalidad de intervención propone la inclusión de uno o varios acompañantes terapéuticos (también llamados acompañantes analíticos), que desde la escucha psicoanalítica, se presentan al igual que el analista como aquel que acompaña al sujeto psicótico. Funciona como otro recurso que brinda la permanencia de una presencia, que no es posible para el responsable del tratamiento (analista), brindando una alternativa o complemento a otras intervenciones como los internamientos o los psicofármacos (Imbriano, 2006). El acompañante es una intervención ambulante, que facilita el diálogo cotidiano, de un modo distinto al del consultorio (Hernández, 2008).

### **Hospital de Día**

En ocasiones, el tratamiento analítico que apuesta a la cura por la palabra, e incluso el tratamiento farmacológico por sí mismos, pueden ser insuficientes para trabajar con la modulación del goce. Una respuesta de la psiquiatría, y de algunos psicoanalistas a esta necesidad de modulación de goce, han sido los Hospitales de Día. Estos nacen contra la idea de “internamiento” en 1935 en Rusia, por la necesidad de un modelo de intervención más económico. Después otros países lo adoptarán y le llamará “hospital de día” (Ivorno,1985). Además del móvil

económico, los psicoanalistas han encontrado este tipo de intervención favorable en los pacientes que regresan a sus casas y asisten por el día al hospital.

Es importante señalar, que es muy interesante conocer las formas en las que la psiquiatría y la clínica han abordado el internamiento psiquiátrico en el país, sólo que este aspecto no es tema de este trabajo. En este caso sólo se hablará de esta modalidad de internamiento “Hospital del Día”, por ser una modalidad que varios psicoanalistas desde su experiencia clínica, han encontrado efectiva como una forma distinta de intervención, por tratarse de un lugar en el que se apuesta al “sujeto” y su subjetivación en donde la apuesta es pasar de la admisión de un paciente, a la admisión de “un decir” del paciente (Khamar,1993).

En este sentido, Ivorno (1985) considera que la falta de cama en los Hospitales de Día posibilita por un lado la falta de custodia, y por otro lado permite que el paciente día a día se responsabilice en su tratamiento inscribiendo una ausencia-presencia en la institución. Además esta modalidad evita la segregación del paciente de su familia. Como vemos, no todos los pacientes podrían pertenecer a este modelo, ya que no todos son internados voluntariamente, pero ésta es una opción para los pacientes que requieren de otro tipo de intervenciones además de su tratamiento psicoanalítico.

La institución, propone como objetivo una serie de actividades, y hace que se modifique la concepción de “reclusión” (Ivorno, 1985). Pueden ser actividades terapéuticas (individuales y grupales), ocupacionales (huerta, granja, etc.) y deportivas (Khamar,1993). Las actividades también introducen una serie, en donde el paciente puede inscribir una falta. Ofrecen la posibilidad de trabajar en grupos, solos o solos en compañía de alguien más. El papel del grupo tiene una función muy importante en las familias, pues ahora éstas ya no viven su problemática aisladas y espejean sus problemáticas en los otros integrantes de la comunidad terapéutica.

El analista trabaja aquí, insertándose bajo la posibilidad de escuchar y con esta modalidad incita a que el paciente que consulta también tenga cierta responsabilidad.

La introducción de más personas responsables del tratamiento, el equipo multidisciplinario, permite que se diluya y reparta la transferencia hacia el analista, y así se puede atomizar en muchos “otros”. Ivorno (1985) plantea que el trabajo en grupo (entre los pacientes) tiene eficacia porque funciona como un límite, que promueve la alternancia entre lo público y lo privado, y fomenta los lazos sociales. Es decir, sitúa la alternancia en un tiempo para decir, para la acción y otro para la inhibición que ayuda al a modulación del goce.

Entonces esta modalidad ayuda a que el paciente localice un objeto condensador de goce producido por él mismo, pues para Khamar (1993) no se trata de llenar de significaciones las producciones que hagan los pacientes en sus actividades, ni de hacer consistencia a un ideal de grupo, sino de trabajar en algo del orden de la separación y de la subjetivación.

Hasta aquí se ha desarrollado una forma posible de escuchar y actuar frente a las manifestaciones subjetivas de la psicosis, sin embargo, esta es una aproximación a la perplejidad que la teoría sobre la psicosis intenta articular. En este caso el afán no es pretender verdades absolutas sino abrir un espacio de reflexión. En los siguientes apartados ilustraremos la manifestación de fenómenos elementales en el discurso de cuatro pacientes durante las entrevistas preliminares.

### 4.3.3 Las entrevistas preliminares y la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes

En el centro comunitario en donde realicé mi práctica con adolescentes, algo recurrente fue que los pacientes eran referidos por sus padres. Me encontré con muy pocos casos en los que fuera el adolescente por su propio pie quien contactara al centro. A grandes rasgos los motivos manifiestos eran: *malas calificaciones, problemas de conducta, rebeldía, deserción escolar y estar atravesando por la adolescencia*. Sin duda, el centro comunitario tiene una presencia importante en este sector del sur de la ciudad de México, gracias a los esfuerzos de años de los psicólogos y psicopedagogos que han trabajado aquí; que permiten que los padres acudan al centro depositándole transferencialmente una demanda. Muchos pacientes incluso habían acudido de niños al centro comunitario.

Algunos de los pacientes adolescentes que tuve la oportunidad de atender, en la primera entrevista comenzaban a hablar de su propio motivo de consulta, hablando sólo muy poco sobre las motivaciones de sus padres hacia el tratamiento; y desde el inicio se fueron apropiando de su espacio manifestando poco a poco su motivo latente. Otro paciente desde el inicio manifestó que “*quería crecer*”, mostrando poco a poco lo que estaba implícito en su demanda de *crecer*. Pero no siempre fue así, también ocurrió que en la primera entrevista adolescentes hablaban de ir porque sus padres los llevaban, sin ellos querer estar ahí. Uno decía que no sabía en realidad porqué lo mandaban sus papas, otra decía que sus papas esperaban que al llevarla al psicólogo ella se comportaría como sus padres deseaban: se olvidaría de tener novio, y sobretodo lograría olvidar a su ex novio (sin ella querer).

¿Qué se puede pensar del inicio de un tratamiento psicoterapéutico con estos pacientes, que al principio no acuden motivados por ellos mismos? Este fue un reto para mí, ya que no tenía mucha experiencia en estas situaciones, y me empecé a preguntar junto con mi supervisora y analista, cómo hacer con estos pacientes adolescentes desde mis posibilidades. ¿Cómo escuchar y alojar la demanda de los padres (quienes pagaban y en cierta medida apoyaban el

tratamiento) sin que esta demanda obturara la futura manifestación de la demanda del paciente?

Descubrí que mi trabajo inicial operó en dos sentidos: uno fue el de darle lugar *al decir* de los padres, escucharlos y sobretodo ayudarlos a que escucharan el dolor encerrado en sus peticiones y demandas sobre el tratamiento de su hijo, con el reto de que los padres no eran los pacientes. El otro trabajo consistió en apuntar a que el paciente se apropiara de su espacio, a su manera y ritmo. Para mí esta fue una tarea difícil, pues casi parecía un juego de ajedrez, ya que inicialmente había muchas piezas por mover, y mi trabajo no era moverlas, sino hacerlas hablar y cuestionarlas para que ellas se movieran.

Todo esto me hizo pensar en que las entrevistas preliminares con los adolescentes son una intervención inicial, que sin ser parte del análisis permite que se dé. Intenté que las demandas de los padres de pretender una cura acelerada, estuvieran alojadas en un lugar distinto; para poder sostener con mi presencia la escucha hacia a mis pacientes, para que se sintieran en confianza y hablaran de su dolor y de su forma de estar en la vida, sin prisas. Mi aspiración era que la demanda de tratamiento de los padres, fuera poco a poco transformada, por una de los pacientes; y también incluir la posibilidad de que los adolescentes decidieran seguir acudiendo o no al tratamiento en función de sus propias motivaciones.

Mucho de esto me implicó trabajar, sin saber precisamente a que conclusiones llegaría el paciente, si se apropiaría del espacio con el riesgo de que al ver algún cambio en él, sus padres optaran por dejar de llevarlo; o si por el contrario el paciente mismo decidiría dejar de ir.

Todo este riesgo se corrió, y algunos pacientes decidieron dejar de acudir sin avisar, otros, después de las vacaciones de verano decidieron no regresar. Lo cual, fue triste para mí. A parte del dolor por la despedida (que tiene que ver cuestiones contratransferenciales y personales) estas situaciones me hicieron cuestionarme aún mas sobre mis intervenciones con ellos, si fueron precipitadas, si fueron inoportunas, si faltaron, si hubo contenidos dolorosos de los pacientes que no pude escuchar o contactar, etc. Todas estas situaciones me hicieron llevar

a mi análisis personal mi relación con mi falta. Me hicieron analizar lo que me falta en mi preparación y formación teórica, en los senderos que me faltan por recorrer en mi análisis personal, etc. Pero sobretodo me hicieron descubrir la forma en la que me relaciono con todo eso que me falta; y cómo es que yo me responsabilizo de ello, pues a pesar de estar en formación, ya tengo una gran responsabilidad con los pacientes que creo sólo puedo aprehenderla haciéndola. Esta situación me llevó a buscar asesorías, bibliografía, seminarios, pláticas con mis compañeros de la residencia, etc.

Pensaba mucho en la analogía de andar en bicicleta, que no se aprende con un manual sino simplemente andando, pero que es necesario estar advertido de los caminos y la forma de montarla. Todo esto me hizo pensar en qué las entrevistas preliminares con los pacientes se podrían parecer a un proceso de formación como clínico. Pues en los dos casos, se necesita paciencia, pertinencia y humildad para reconocer las limitaciones propias. En ellas sobra la prisa, la certeza, el afán de curar, (más bien obturan); y por el contrario la paciencia, el silencio y la preparación necesitan poco a poco ir tomando su lugar, evolucionando.

Desde mi experiencia, sostener el tiempo lógico de una entrevista preliminar con adolescentes, y permitir la posibilidad de apertura al tratamiento, me hizo ir descubriendo sorpresivamente (de la forma que menos esperaba) qué había debajo de los motivos de consulta manifiestos de mis pacientes; y que una petición de consulta para tratamiento; vale la pena ser cuestionada, para ver si es tal, y no pensarla inmediatamente como el inicio de un proceso terapéutico.

Entonces, lo que sucedió con una de mis pacientes que decidió quedarse a trabajar, fue que después de un tiempo sus padres estaban inquietos y curiosos por lo que pasaba con su hija en el tratamiento y por los avances; ella en un inicio me lo comentaba y teníamos una cita con sus padres. Finalmente, después de algún tiempo, ella empezó a tomar la palabra, ella era la que hablaba de su tratamiento en casa. Ella ha hecho escuchar su voz y su opinión con ellos, no solo respecto al tratamiento, sino respecto a las decisiones en su vida. Su motivo de consulta inicial era “*es muy callada*”. Con esta paciente actualmente sigo trabajando, y no sé en que vaya a desembocar el tratamiento, ni a donde la

paciente vaya a orientar sus decisiones (está por terminar la preparatoria). Pero lo que ha dicho me ha dado pistas para pensar y repensar sobre lo implícito en la transferencia.

Otro paciente en una ocasión, después de dejar de hablar por completo de su padre por varias semanas, dijo: *“desde que he venido aquí, y viendo lo que hablo de mi papá, me he dado cuenta que lo que más me molesta de mi papá es lo que yo también hago.”* Yo no tenía idea de las razones por las que ya no hablaba de su padre, hasta que de pronto apareció ese comentario.

Otro paciente después de varias ocasiones (meses) de poner la canción del *“Rap de Goku”* (que es un rap de una caricatura de la televisión) seguido de preguntas hechas de mi parte, y de varios silencios, que parecían no tener efecto alguno, dijo: *“Goku está sólo, con su espadita tiene que luchar contra todos porque su papá se murió en su tierra, dejándolo sólo”*, y la siguiente sesión dijo: *“yo soy como Goku”*. Después de varios meses, y yo sin saber de qué se trataba esa canción para él, junto con otras hazañas de las que él hablaba en sesión, él se dio la oportunidad de hablarse a través de Goku, y me dio la oportunidad de escucharlo.

Otra paciente, la cual duró varios meses limitándose a decir en las sesiones, *“sí”*, *“no”* y *“no se”*....seguido de un gran silencio que en ocasiones yo lo escuchaba escandalosos, pero lo sostenía y esperaba pacientemente, finalmente dijo: *“Yo soy muy penosa con todos, hasta con mis amigas, eso no me gusta de mí, por eso vengo aquí”*.

Con estos pequeños relatos, trato de transmitir cómo las entrevistas preliminares pueden marcar la apertura del tratamiento con los pacientes que son remitidos (a veces en contra de su voluntad). Y cómo la paciencia y la prudencia son muy importantes para poder escuchar a los pacientes, para ayudarlos a que se escuchen a ellos mismos.

Finalmente, gracias a mis pacientes y a sus enseñanzas, es como en este trabajo busqué darle un lugar a las entrevistas preliminares. Gracias a ellos, a sus motivaciones, a su discurso y a sus padres que siguieron apostándole al tratamiento; compartimos su recorrido en el tratamiento que poco a poco hizo que

su palabra, y su dolor psíquico tomaran voz; y que siga transformándose en algo distinto. Para mí ha sido muy conmovedor acompañar la creatividad psíquica de los pacientes. Por otro lado, mis pacientes y yo, compartimos mi formación clínica en la Residencia.

Mucho del trabajo clínico fue llevado a mi análisis, y esto me ayudó a sostener trabajar “*no sabiendo*” sobre los efectos de las intervenciones, preguntas y silencios. Es decir, aprehender a darle un lugar a la espera, para poco a poco pensar en la coordenada del tratamiento, en función de las preguntas desde el consultorio (y no desde los libros) y de lo nuevo que iban diciendo los pacientes.

Los pacientes de los que hablé en este apartado no manifestaron fenómenos elementales, lo cual, me dio la pauta de pensar su organización desde la neurosis. Por el contrario, otros pacientes, que manifestaron fenómenos elementales, me ayudaron a pensar la intervención de una forma distinta. En el resto del presente trabajo presentaré cuatro casos en los que la hipótesis de trabajo es desde las psicosis.

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Objetivo general**

Tomando como marco de referencia al psicoanálisis, en este trabajo se pretende mostrar la idoneidad de las entrevistas preliminares en la identificación de los fenómenos elementales, como una importante forma de conducir el tipo de tratamiento psicoanalítico con pacientes con organización psicótica estabilizada. Sin dejar de considerar la importancia otros criterios diagnósticos que apoyan al diagnóstico de psicosis (por ejemplo, transferencia erotomaniaca y la historia material del sujeto, etc.)

### **5.2 Objetivos específicos:**

- Exponer la naturaleza de los fenómenos elementales y su relación con la estructura psicótica estabilizada desde los referentes clínicos psicoanalíticos.
- Analizar los fenómenos elementales manifestados por los sujetos tomando como referente a la teoría psicoanalítica.
- Discutir el papel de las entrevistas preliminares en la exploración de fenómenos elementales con adolescentes desde mi práctica clínica.
- Exponer modos hipotéticos de intervención y dirección de la cura con sujetos que han manifestado fenómenos elementales durante las entrevistas preliminares.

### **5.3 Supuesto general**

En este trabajo se plantea como plausible que los fenómenos elementales desplegados en las entrevistas preliminares indiquen la necesidad de una modalidad de intervención psicoanalítica hacia una estructura psicótica estabilizada.

#### **5.4 Planteamiento del problema:**

Freud en varios momentos habló de “periodos de prueba”, en donde decidía si un sujeto era accesible al análisis o no, utilizando como criterio de inaccesibilidad la parafrenia y siempre señaló las limitaciones diagnósticas, la imposibilidad hacia el trabajo con la psicosis y las limitaciones del psicoanálisis en general (Freud, 1933).

En este sentido, hay casos documentados de pacientes que después de funcionar normalmente, vivieron algún evento “precipitante” que les demandó una respuesta simbólica que no hubo posibilidad de hacer. Así mismo, (Maleval, 2002 señala que las interpretaciones realizadas hacia organización psicótica en tratamiento, pueden minar las identificaciones imaginarias o suplencias elaboradas. Lacan (1955) también señaló que la intervención psicoanalítica puede desencadenar psicosis. Además, Federn, Ferenczi y Klotz hablaron de la necesidad de una modificación de la técnica y de la dirección de la cura en el caso de las psicosis (Maleval, 2002). ¿Será necesario un ejercicio inicial específico para localizar coordenadas tentativas en la dirección de la cura?

Sobre esto, Lacan ha dado dimensión clínica a las entrevistas preliminares, que son un momento conclusivo para identificar tentativamente una estructura; psicótica, neurótica o perversa; y paradójicamente sin ser análisis en sí mismas pertenecen al curso del análisis como soporte de una posible apertura.

Por otro lado, Miller (1999), Lacan (1975), Maleval (1998) y muchos otros psicoanalistas, han asociado fuertemente a los fenómenos elementales con psicosis desencadenadas y psicosis estabilizadas. Por esto, considero de suma relevancia explorar con detenimiento si lo que un paciente relata, tiene que ver con un fenómeno elemental o no. En suma, considero iatrogénicas a las interpretaciones en las entrevistas preliminares, pues aún no se sabe si el paciente es psicótico con apariencia neurótica.

Pues hay varios casos documentados de pacientes que en el momento de la consulta no presentan alucinaciones o delirios, y son referidos por motivos de consulta de apariencia neurótica, y a partir de las entrevistas preliminares se ha puesto de manifiesto la vivencia de fenómenos elementales en el pasado (en distintos momentos de vida, ya sea en la infancia o en la adolescencia), que no se vivieron como brotes psicóticos y que no fueron relatados a nadie (Miller,1999).

En el caso de la clínica con adolescentes, es importante mencionar que el cambio puberal encierra la posibilidad de un desencadenamiento (Aryan, 2007). Pues aunado a lo corporal, la adolescencia es un momento psicosocial (Fize, 2007) que demanda cambios, respuestas y soluciones subjetivas, que pueden ser factores desencadenantes en un adolescente si es que hace falta de un soporte simbólico que anude estos cambios. De esto se desprende la particular relevancia de la exploración de los fenómenos elementales durante las entrevistas preliminares en la clínica con adolescentes, para demarcar cautelosamente la dirección de la cura.

Además, es importante señalar que cualquier tipo de vivencia extraña en un adolescente o angustia, no necesariamente está relacionada con una estructura psicótica (Bloss, 2003), por lo que vale la pena explorar para realizar diagnósticos diferenciales.

Este estudio es solo una aproximación, desde mi experiencia profesional, a la perplejidad que la teoría sobre la psicosis intenta articular, y el afán del trabajo no es pretender verdades absolutas, sino abrir un espacio de reflexión; pues los fenómenos elementales en la clínica se presentan más como preguntas y enigmas que como respuestas acabadas.

## 5.5 Definición de categorías

### Estructura psicótica

Organización libidinal en la que se presentan fallas en la función fálica. Es decir, en el acceso al mundo simbólico y a los discursos sociales que están dados por la inclusión de la metáfora paterna en la organización del psiquismo. Esta organización también implica una deslocalización de goce (Lacan, 1975).

Algunos de los efectos de los significantes del nombre del padre que no operan con efectividad en las psicosis son:

- 1) Inter-dicción en la omnipotencia materna y en la fascinación especular constitutiva del sujeto. Esto se da porque la madre no está en posibilidades de desear y anhelar un hijo; y por el contrario busca retornar a su estado de hija a partir de lo que recibió en su historia.
  
- 2) Los significantes del nombre del padre ordenan los sentidos de las pérdidas de objeto anudando los registros simbólico, imaginario y real. Le otorgan al sujeto sentido sobre el origen de su existencia, del placer y displacer distintos al de la total sumisión al Otro, como se muestra en las psicosis. (Lacan,1955)
  
- 3) A través de su función fálica los significantes unen el deseo con la ley. El sujeto representa sus significantes primordiales a través de otros significantes y con esto es lanzando al mundo de la otredad y lo heterogéneo apoyándose en los discursos sociales (Maleval,2002)

Estas características de la regulación fálica del goce no se presentan así en las psicosis, y lo que se presenta en su lugar son identificaciones imaginarias o suplencias simbólicas que se anudan en alguien o algo del mundo que provisionalmente controla la deslocalización de goce. Esto es lo que llaman las Psicosis Ordinarias, No desencadenadas o Parapsicosis (Miller,1999).

Las psicosis se pueden pensar desde dos vertientes: la esquizofrenia y la paranoia:

1.- En la esquizofrenia no hay "deseo de hijo" en la madre, y el resultado de esto es que el cuerpo del hijo no se inviste libidinalmente por el deseo de una madre que sostiene, y por el contrario el sujeto lo vive fragmentado como territorio de los caprichos del Otro. El sujeto se organiza en el mundo a partir de un deber ser, que responde a ser la calca del deseo de la madre pues le está prohibido tener sus propios pensamientos. (Aulagnier, 1975).

2.- En la paranoia el sujeto da cuenta de que la verdad de su origen se basa en el odio de la pareja parental. El padre opera como un tercero desfalleciente que no puede ser garante de ley, y por el contrario perpetúa la violencia secundaria y reinterpretaciones del Otro como odio y daño. El violento discurso materno desestima este origen en el odio, lo cual lo puede llevar a crear un pensamiento delirante primario para dar sentido al odio y ausencia de deseo y evitar el auto aniquilamiento psíquico (Aulagnier,1975).

### Fenómenos elementales

Manifestaciones de parásitos del discurso del Otro que invaden el psiquismo de un sujeto, le aparecen disruptivamente como si no le pertenecieran. Se pueden presentar por deslocalización de goce (desinvestidura de las representaciones) que el lenguaje no alcanza a poner en sentido cuando la castración se muestra desde lo real (Maleval,2002).

Se describen como: neologismos, certeza, significación personal, estados oniroides y ajenidad del cuerpo. Pueden no estar asociados con un desencadenamiento psicótico, pero sí con una organización psicótica y son palpables en el discurso del paciente (Lacan,1975). Estos fenómenos pueden proporcionar datos relevantes respecto a los modos posible de estabilización (Miller, 2009).

### Entrevista preliminar

Ejercicio dialéctico de localización de la norma que rige al sujeto en su relación con la castración y sus implicaciones. Es un lapso previo a la apertura de un análisis y no corresponde a un tiempo cronológico, sino a un tiempo lógico de división subjetiva. Es un momento conclusivo para identificar tentativamente una posición; psicótica, neurótica o perversa. Paradójicamente, sin ser análisis en sí mismas, pertenecen al curso del análisis como soporte de una posible apertura.

### Dirección de la cura en las psicosis

Dado que hay cierta responsabilidad subjetiva en la posición psicótica, también hay posibilidad de intervención psicoanalítica. En este sentido y sin dejar de considerar la particularidad de cada caso, la apuesta de la función del analista es:

- Ayuda al paciente en la moderación del goce deslocalizado, tomando en cuenta el riesgo del pasaje al acto.
- Funciona como testigo del dolor del paciente, escucha y contiene el pensamiento delirante, apuntando a que el paciente le dé un sentido distinto.
- Apunta a la elaboración de suplencias, estabilización y reenganche social del paciente.
- Evita la deconstrucción de sentidos característicos de la función del analista en las neurosis.
- El analista no le otorga un sentido al “no sentido” y al “no origen” del paciente, de esta manera no se redobla la evidencia del discurso violento que permea al paciente.
- Propone un equipo en donde mediante la intervención de varios especialistas (psiquiatra, acompañante terapéutico, etc.) se diluya la transferencia del analista.

## **5.6 Tipo de estudio:**

Este trabajo explora un fenómeno sobre el cual el investigador no tiene control, es de corte cualitativo y se apoyará en la modalidad de estudio de caso. A partir de categorías psicoanalíticas se comprenden e interpretan fenómenos subjetivos partiendo de un corte transversal en distintos casos individuales, con argumentos de lógica inductiva (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, P, 2006)

En este sentido, desde la fenomenología hermenéutica, Escalante & Páramo (2011) plantean que es posible analizar el significado de fenómenos humanos sin recurrir necesariamente a una comprensión empática, sino a un proceso profundo de interpretación de los símbolos. Los autores mencionan que estudiar el significado significa reconstruirlo, como la estructura inscrita en los productos de la actividad humana. Tomando en cuenta la naturaleza del tema de estudio, consideré que en esta rama de la investigación cualitativa puede apoyarse presente investigación.

## **5.7 Participantes**

En este estudio participa el discurso de cuatro pacientes que seleccioné porque durante las entrevistas preliminares con ellos surgieron fenómenos elementales. Solo dos de ellos eran considerados con antecedentes psicóticos por la institución, mientras los demás fueron referidos por un motivo de consulta distinto.

- a) Pablo: hombre adolescente de 13 años.
- b) Juan: hombre adolescente de 17 años.
- c) Carlos: hombre adolescente de 17 años.
- d) Gabriela: mujer de 30 años de 30 años.

Rosa María Ramírez de Garay, realizó la entrevista con Pablo, y Argelia Noemí Ibarra Ibáñez realizó la entrevista con Juan; ellas son dos compañeras de mi generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes que compartieron su trabajo uniéndose a la inquietud de esta temática. Las otras dos entrevistas fueron realizadas por mí.

Además del material que las dos terapeutas compartieron, parte de los instrumentos fueron dos entrevistas con cada una de ellas sobre sus impresiones de los pacientes y sus impresiones sobre la exploración que ellas realizaron con los pacientes.

### **5.8 Instrumentos:**

Los medios de trabajo utilizados fueron:

Análisis de Caso: que a partir de lo que ilustra un caso, permite explorar con profundidad fenómenos subjetivos. Es explicativo y propone la generalización y la inferencia “*hacia la teoría*”. Con este método se analiza la evidencia y se busca vincular los datos del caso con alguna proposición teórica. En Psicoanálisis Castillo & Gómez (2004) lo definen como una interpretación narrativa de lo sucedido, ilustrado con viñetas más que con iteraciones textuales, y que ponen atención a detalles minúsculos e incluyen diálogos literales.

#### a) Entrevistas preliminares:

Son entrevistas clínicas abiertas que se apoyan en la participación activa. Pues el entrevistador promueve la asociación libre del paciente, apoyándose en clarificaciones, preguntas y señalamientos que le dirige; además el entrevistador pone en juego su silencio, que no es solamente la ausencia de su voz, sino el cuidado de no teñir sus preguntas e intervenciones de juicios u opiniones personales. Aunque es importante no olvidar que cualquier tipo de escucha está atravesada por la subjetividad del entrevistador, esta misma posibilita el encuentro entrevistado-entrevistador (Bleger, 2006).

A diferencia de cualquier entrevista abierta, las entrevistas preliminares tienen como objetivo la localización de las manifestaciones del inconsciente (Miller, 2010), pilar de trabajo del psicoanálisis, junto con la recopilación de datos de la vida del paciente.

b) Análisis de discurso.

Desde el campo de la investigación cualitativa es una técnica que incluye procedimientos con un cuerpo previamente delimitado (en este caso el constructo del inconsciente) sobre el cual se efectúan aplicaciones conceptuales y herramientas de interpretación (Karam, 2005), buscando el modo en el que el lenguaje es utilizado (Pileux, 2001) en su literalidad y más allá de ella.

Pienso que una característica del análisis del discurso aplicado al psicoanálisis es su carácter de “irreferencialidad” (Chamorro, 2004 ), es decir, que considera que algo -o mucho- del significado de las palabras del paciente no tiene que ver con el significado socialmente compartido, teniendo entonces una relación mucho más cercana a las representaciones inconscientes del paciente. Siendo este un factor diferencial con el análisis de discurso político o social.

En este trabajo el análisis de discurso se hizo en dos momentos: durante y después de la realización de las entrevistas preliminares.

1) Durante las entrevistas preliminares el análisis de discurso se dio de forma parecida a estos ejemplos: “*¿Qué querrá decir el paciente con esta queja? ¿A qué estará haciendo alusión con esa palabra?*” En consecuencia decidí intervenir en ese momento con el paciente haciendo preguntas o clarificaciones de corte psicoanalítico.

2) Después de las entrevistas, con los relatos de los pacientes se seleccionaron “unidades de análisis”; que en ese caso son las categorías rectoras de la investigación anteriormente descritas, a través de las cuales circuló el entendimiento del contenido analizado.

### **5.9 Procedimiento:**

Los pacientes entrevistados acudieron a un centro universitario a solicitar atención psicológica, en el momento de la consulta ninguno de ellos mostraron delirios sistematizados ni alucinaciones durante las entrevistas preliminares.

Firmaron un consentimiento informado en donde acordaron que las entrevistas podrían ser grabadas o transcritas con fines de investigación, de acuerdo con el artículo 46 del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 1985). A todos los pacientes se les explicó que las entrevistas formaban parte del inicio de su tratamiento psicoterapéutico, como respuesta a su solicitud del servicio a la institución. Con cada uno se esclareció un encuadre institucional que se refiere a un común acuerdo entre el terapeuta y paciente en cuanto a horarios de consulta, número de sesiones semanales y cuota.

### **5.10 Consideraciones éticas:**

A los pacientes con los que trabajé les di estatuto de sujetos, y no de objetos de investigación, dejando de lado mis intereses de investigación, y tomando en cuenta sus necesidades psicológicas en el tratamiento. Esto está relacionado con el artículo 58 del código ético del psicólogo, que se refiere al respeto y a la integridad del paciente. (Sociedad Mexicana de Psicología, 1985)

Además, de acuerdo con el artículo 12 del código ético del psicólogo, se guarda la confidencialidad de los pacientes al utilizar un pseudónimo y no su nombre (Sociedad Mexicana de Psicología, 1985). En suma, únicamente se utilizarán extractos de las entrevistas preliminares, y los datos referidos de los pacientes no incluyen alguna información de vida que pueda ser relacionada con los pacientes. De esta manera se respeta la integridad y derechos de los pacientes.

Con los pacientes se estableció una relación profesional de acuerdo con el artículo 35 del código de ética del psicólogo.

Otros puntos importantes relacionados con el artículo 85 son: mi psicoanálisis personal, el espacio de supervisión y mi formación teórica. Estos representan tres puntos nodales del corte psicoanalítico de las entrevistas preliminares.

## **6. ESCENARIO**

El trabajo clínico incluido en esta investigación se realizó como parte de la Residencia de Psicoterapia para Adolescentes, en una de las sedes que la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece para realizar la práctica profesional, uno de los objetivos de la Maestría. La sede fue un Centro Comunitario ubicado al sur de la ciudad de México que imparte atención psicológica individual a niños, adolescentes y adultos, y terapia familiar; además de brindar apoyo psicopedagógico a alumnos de secundaria.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 CASO PABLO

#### En un cuerpo púber: yo y mi otro yo responden.

Pablo es un chico de 13 años y tiene un hermano menor de 11 años. Sus padres, su hermano y él viven en la misma casa. Pablo llega a la institución traído por su madre quien busca una segunda opinión sobre él, después de que fue diagnosticado con “déficit mental” (con edad mental de 6 años) por una institución pública.

Pablo nació a los 8 meses de gestación con un defecto de nacimiento, al decir de su madre: “Nació con los intestinos de fuera” y requirió terapia intensiva por tres meses para sobrevivir. Los primeros años de su vida necesitó de cuidados y de una dieta especial de alimentos blandos que la madre le proporcionó.

Su madre relata que se tardó en sentarse, en sostener su cabeza y en caminar. De bebé lloraba hasta “*ponerse negro*”, se le pudrieron los dientes por el medicamento y lo operaron de la boca introduciéndole un tornillo para que estuviera derecha su dentadura. Cuando escribe no deja espacios entre las palabras.

Su madre dice que Pablo habla como “*chiquiado*”; la terapeuta, Rosa Ma. Ramírez, percibe el tono de voz del paciente extraño, tono que Pablo varía en función de los personajes de sus relatos. Pablo muestra un discurso frenético, carente de pausas, rayando en la verborrea. Pablo ha relatado varias hazañas heroicas en que como protagonista mata, defiende a sus compañeros, pelea contra los fuertes con una banda de amigos que ha bautizado como “*Éxtasis*”.

El paciente ingresó recientemente a la secundaria, y al parecer en la primaria sus maestros lo cuidaban mucho por ser parte del programa de USAER; que es un programa de “Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular” que coordina la Secretaría de Educación Pública a través de psicólogas educativas y los

docentes del grupo para realizar adecuaciones curriculares a los alumnos que lo requieran.

Ahora en secundaria no está integrado a ningún programa y se le exige mucho; sus calificaciones son de 9 y 10.

Su padre golpea a su madre, a él y a su hermano; y su madre golpea a su hermano y a él. Hay historia transgeneracional de violencia, y hay un caso de muerte repentina poco hablada: la del hermano de su padre.

La madre comenta haberlo tenido a los 17 años con la intención de que cesaran los problemas con su pareja (celos de ambas partes y violencia física), su madre dice que ahora ya están mejor, pero no están del todo estables.

#### **Fragmento 1: Significación personal**

*T: ¿Estabas asustado?*

*P: Más o menos, estaba nervioso. Entonces mi mamá diles todo lo que te hicieron, todo, todo, cuéntales hasta la última gota. Y ya entonces yo tenía pruebas porque yo ese día tenía muchas pruebas, le dije: tú me sacaste la navaja. Y se la quité y le dije: es esta.*

*T: ¿Tú le quitaste la navaja?*

*P: Ajá, y se la enseñé a la maestra...*

*R: ¿Y cómo le hiciste para quitársela?*

*P: Ah fácil... cómo me enseñaron mis amigos del año pasado. Y luego a veces siento que... es que mire... a lo mejor algo le hicieron mis amigos más viejitos a los nuevos, algo hicieron con un chip.*

*T: ¿Con un chip? ¿A qué te refieres?*

*P: Es que... mis otros compañeros eran buenos y ahora los demás también pero diferente pero no se qué paso. Pero eso yo lo tengo que saber... algo hicieron, a lo mejor platicaron con ellos y se fueron.*

*T: ¿Los de este año ya no son buenos?*

*P: Sí son, pero no se qué les pasó*

*T: ¿Tú qué sientes que les pasó?*

*P: A lo mejor les dijeron cuídenoslo y esto y esto... a veces me dan ganas de reunirlos pero no sé cómo...y luego yo quiero hacer de aquí a diciembre hacer carreras. ¿Ha visto los cochecitos para niños chiquitos? Así pero para grandes, no como adultos, un poco más chicos*

Se observa desorganización en el discurso de Pablo, y vemos como a pesar de eso la terapeuta no intenta darle sentido a todo lo que el paciente dice; sino que con cautela va preguntando por los sentidos del paciente. Pienso que de esto se tratan las entrevistas preliminares, de ver como los pacientes manifiestan la singularidad de su psiquismo y el sentido de sus palabras.

A manera de metáfora, el paciente lleva de la mano a la terapeuta y no al revés. Es decir, que la terapeuta acompasadamente con sus preguntas explora y permite que Pablo hable del chip; que tiene que ver con ideas de referencias personal, y quizá sea un neologismo, puesto que esta palabra es utilizada con un sentido singular. Algún afecto o experiencia de él con respecto a sus amigos es forcluído, representado fuera del discurso como cosa, como chip.

Quizá aquí se ilustre como sus distintos compañeros: “los nuevos y los viejos” encarnan partes de él escindidas; las partes de niños buenos, de niños diferentes, de niños más grandes y más chicos. Se ve como el paciente intenta unificar estas distintas imágenes de niños cuando dice que “le dan ganas de reunirlos”. Esto puede estar relacionado con que el paciente pasó de primaria a secundaria, lo

cual le implicó un cambio importante. ¿Cómo darle sentido a la competencia y rivalidad a la que convocan los grupos de compañeros en el juego y la convivencia diaria?, ¿cómo darle sentido a la transformación de un cuerpo púber de trece años pulsante?

Es posible que la solución subjetiva de darle sentido a la incertidumbre de cambiar de año y dejar de ser niño, sea resuelta a través de creativas y lúdicas fantasías de coches de carreras y de un mecanismo de forclusión con el chip. Con una madre en posición fálica (Lacan, 1975) este cambio pone de manifiesto una castración en lo real, y la dificultad de una respuesta subjetiva adolescente desde lo simbólico.

¿Por qué pienso que este es fenómenos elemental? Porque aunque Pablo haya mencionado el chip, cuando se explora sobre su sentido, no habla sobre él más que alusivamente. Algo de él, quizá algo de su hostilidad hacia sus compañeros (y hacia su hermano menor) está puesto afuera, para así mantener su conciencia anclada en este mundo de fantasías impidiendo un desmantelamiento psíquico.

Vemos como el acompasamiento de la exploraciones iniciales de la terapeuta ahora permiten hacer estas inferencias sobre Pablo.

### **Fragmento 3: Ajenidad del cuerpo**

*P: ...Mmm todos mis juguetes se fueron a la basura. Oiga, también siento algo raro, me siento como... ¿Qué le iba a decir ayer?... como... No se que pedirle a mi papá, es que me dijo que ya no me iban a traer los reyes magos, pero le puedo decir a mi papá que me compre algo. ¿Cuándo salimos de vacaciones? Ah ya como en tres días...*

*T: Decías que te sientes raro, ¿Cómo te sientes raro?*

*P: Ajá... mire cuando estoy solo siento algo raro...*

*T: ¿Cómo lo describirías?*

*P: Con un dibujo mire aquí está mi mesa y aquí estoy yo, pero a veces... umm psicóloga. ¡Mi sombra me sigue! ¿Ha visto como la del chavo? Así me siento.... Mire con un dibujo... Este soy yo y esta es mi sombra, ¿Qué será?*

*T: ¿Sientes que siempre hay alguien contigo?*

*P: No, no, siento que se está sentando a mi lado...*

*T: ¿Y lo has visto o sólo lo sientes?*

*P: Sólo... lo he visto.*

*T: ¿Y cómo es?*

*P: No es nadie. Cuando no están mis papás, hago la tarea y él me ve y hablo con él. ¡Él y yo, nadie más!*

*T: ¿Ah sí?, y ¿De qué cosas hablan?*

*P: Es que me dice un secreto, pero no lo puedo decir*

*T: Si lo dices aquí sigue siendo secreto.*

*T: ¿El está aquí?*

*P: Sí, sí está... es que me dice (hablando en secreto) pídele a tu mamá de comer algo... ¿Mamá me das para comprar algo? Y ya me lo da y yo le doy la mitad... ¿Qué le pareció mi dibujo? ¡Feo! Ya ve no sé dibujar... a ver ¡Enséñeme cómo dibujar!*

*T: Fíjate aquí donde te dibujaste a ti y al chico con el que hablas parece que fueran dos tú*

*P: Nooo, él es mi gemelo, es como mi gemelo, es otro yo.*

Como observamos aquí a pesar de la desorganización del discurso del paciente, la terapeuta privilegia explorar sobre el sentido de la “rareza” en Pablo, dejando de lado lo que estaba diciendo el paciente sobre su padre. Esta exploración da pie a que el paciente hable de su gemelo y lo intenta plasmar con un dibujo. Le dice a la terapeuta ¡Enséñeme a dibujar!, y parece que le pide: ¡Ayúdeme a darle sentido a esta “rareza”.

Esto se relaciona con lo que plantea Freud (1919) sobre lo siniestro del fenómeno del doble, la “rareza” se tiñe de perplejidad cuando Pablo confunde una cosa (su sombra) con un ser vivo. Desde fuera surge algo familiar (su otro yo) que a la vez es la “sombra del chavo” (personaje del programa de televisión “El Chavo del 8”). ¿Qué contenidos internos angustiantes forcluyéndose le aparecen desde fuera? Freud (1919) plantea que la duplicación es un recurso de la psique que previene del aniquilamiento de la castración.

Como habíamos mencionado, las características de su madre en posición fálica (Lacan, 1975), caracterizada como la dueña del cuerpo tienen como efecto que a Pablo le cueste trabajo pensar por sí mismo, y en este fragmento observamos un esfuerzo psíquico de distinguirse de ese sometimiento primordial cuando su amigo gemelo le dice que pida algo a su madre.

Pero ese intento sólo es posible a través del amigo, otro yo; que habla de lo que necesita y desea. Otro yo que sin ser él mismo, es también él. Sobre esto Aulagnier (1975) plantea que en la esquizofrenia la violencia secundaria de la madre fálica le prohíbe pensar al hijo, y en respuesta Pablo intenta pensar a través de otro. Pareciera que con este contenido Pablo se intentara decir a sí mismo: Sí puedo pedir cuando tengo hambre, si puedo hablar de lo que quiero y necesito, y quiero que la psicóloga me ayude a hacerlo.

¿Cómo es que es posible pensar esto? A través de la precisión de las preguntas sobre los fenómenos elementales, que permitieron explorar con profundidad sobre la vivencia de ese doble. Este fragmento no lo considero del todo como fenómeno elemental porque el paciente puede representar esta extrañeza por medio de un

dibujo, y profundizar sobre la forma en la que le da sentido a esta “rareza”. Aunque no es fenómeno elemental, decidí incluirlo por su perplejidad y porque apoya las demás manifestaciones de los fenómenos elementales.

**Fragmento 2: Neologismo y ajenidad del cuerpo.**

*R: ¿Oye D y cómo es esto de ser un niño grande?*

*P: Mira... mire... es que yo a mi hermano cuando le hace algo mi abuelita yo lo defiendo, le digo ¡¡eh eh eh eh!! ¡¡Déjalo!! Porque le dice gordo... le dice cosas así... y a mi nada más cuando me ve como clavo, como se lo encajo en el ojo se calma...*

*T: ¿Cómo?*

*P: Sí así de ¡¡ehhh! y se calma, conmigo ya...*

*T: ¿Pero a quién le clavas un clavo en el ojo?*

*P: A mi abuelita, no, a mi hermano le dice, gordo, panzón, y a mí no me dice nada, a mí si me dice nada más me enojo y se tranquiliza...*

*T: Entonces tú defiendes mucho a tu hermano...*

*P: Ajá.*

*P: ¿Viven con su abuelita?*

*T: Separados... ella vive arriba de su casa y nosotros abajo...*

*T: ¿Y cómo se llevan?*

*P: Bien mal... le dice de cosas... no me gusta que vayan allá, no me gusta que vayan allá...si no está mi mamá nada más estoy yo*

*y se calma... no puede, yo solo tengo la mitad del poder que le puede impedir que le diga nada a mi hermano...*

*T: ¿A ti qué te hace sentir que le diga gordo a tu hermano?*

*P: ¡Me siento mal siento que soy él!*

*T: ¿Cómo es eso?*

*P: Haga de cuenta que yo me cambio a su cuerpo... a su... ¿cómo se llama? su espíritu yo me paso a su cuerpo y el al mío... entonces yo me metí y eh eh eh! Y se calma... luego el otro día le dijo ¡Ey gordo! A todo le dice gordo, gordo. Pero ya le dije a mi hermano que ya no vaya allá... a mi hermano le dicen de todo, a mí no. En vacaciones un día si mi mamá se va a divertir y me quedo solo, yo sí me puedo salir de su casa, tengo derechos, puedo hacer lo que yo quiera, la mitad.*

*T: ¿Y cómo es que se cambian de espíritu tú y tu hermano?*

*P: ¡Fácil! Mire... es que él es tranquilo así... se le cae el pelo... cuando yo le compré un día una película le dio miedo... se orina se... está muy chiquito... le da miedo... yo le digo no eso no es cierto es ciencia ficción... y se le cae el cabello y... y ya este... también... lo que iba a hacer con mis juguetes. ¿Sabe lo que me molesta de los niños un poco pequeños? Mire...ellos son mis sobrinos, ¿Sabe qué me choca de ellos? ¿Ve que todos los niños deben de tener su perfume y todo? Bueno pues se echan todo el perfume, sacan todos los juguetes y “¡Tú y tu hermano a recoger!” ¿Eso es malo? ¿Eso es bueno o malo? Que me tiren lo juguetes y me hagan recoger... a mi me parece mal... por eso le digo a mi mamá no los traigas y los traen, los traen.*

La terapeuta profundiza sobre lo que el paciente va exponiendo, y vemos como cuando habla del “clavo que se encaja en el ojo”, ella explora sobre el significado del clavo, y el paciente responde con rodeos alusivos.

Después la terapeuta va preguntándole sobre sus afectos, tratando de anudar lo que el paciente va exponiendo. Vemos como esto da pie a que Pablo hable de la experiencia de convertirse en su hermano, experiencia que él relaciona con una película de miedo, lo cual habla de la perplejidad de la experiencia que no es aparejada con la representación palabra y que manifiesta desregulación de goce corporal; no hay distinción entre él y su hermano.

Se puede pensar con esto en una experiencia de desmembramiento (con los intestinos de fuera) quizá hace que el paciente viva su cuerpo desparramado afuera sin distinguir los linderos de su yo.

Podemos pensar al deseo de Pablo aplastado por una madre fálica (Laca,1975), por lo que le cuesta trabajo tomar ese lugar de singularidad y se difumina con su hermano. Esto quizá puede ser un efecto de la mirada vacía de deseo de hijo otorgada por la madre.

Por otro lado, puede ser que con esta escisión es como Pablo puede defenderse frente a la violencia transgeneracional que vemos en su abuela (madre de su madre) y madre. Pablo pone en su hermano su parte débil, vulnerable (habiendo él nacido en una condición vulnerable), y funge como el fuerte que se defiende. Pablo trabaja para defenderse de ese sometimiento masoquista primario, del que habla Freud (1919) en Pegan a un niño, defendiéndose a través de su hermano.

Es posible que el juego y las fantasías le permitan hacer algo con su goce, intercambiarlo en cierta medida por un juego de tinte fálico en donde él es el héroe.

Frente a esta violencia, irrumpe en su discurso “una mirada clavo” la de su abuela, que Pablo en respuesta le “encaja en el ojo” su mirada y ella “se calma”. Al indagar sobre la mirada clavo, parece en Pablo como si no lo hubiera dicho, como

si fuera algo ajeno en su discurso. Aquí se ilustra lo que Freud (1925) plantea sobre la literalidad de la palabra cuando el lenguaje se desliga de la representación y las palabras son cosas; en este caso la mirada parece cosa, un objeto. Quizá algo de la violencia del vínculo de su abuela (y su madre) no alcance a ser puesto en sentido por la palabra, e irrumpe como cosa en la mirada.

Por otro lado, puede ser que el clavo que se muestra desde lo real, esté relacionado con una marca en el cuerpo hecha por el tornillo que le introdujeron, tornillo quizá igual de intrusivo y violento como la mirada de la abuela. En este caso no sabemos si el paciente le ha puesto sentido a esta intervención quirúrgica, y en caso de hacerlo no sabemos de qué manera lo efectuó.

Ahora bien, observamos como en el ejercicio de las entrevistas preliminares la terapeuta no redobla la violencia a la que el paciente está sometido (Aulagnier, 1975) mientras explora los sentidos de lo que Pablo dice. Es decir, resiste a la tentación de ella significar el contenido las palabras del paciente con una interpretación de su cosecha, y en cambio escucha pacientemente lo que el paciente poco a poco vaya pudiendo articular en medio de sus irrupciones en el lenguaje.

Los fragmentos compartidos por la terapeuta y lo que ella ha comentado sobre el paciente, dan la oportunidad de ilustrar como a través de lo lúdico de las hazañas fantásticas este paciente ha logrado anclarse en el mundo sin que su psiquismo se desmantele. Entonces dice que se defiende a la mitad, es sometido a la mitad y vive a la mitad en su hermano.

Aprende en la escuela, y no ha desarrollado un pensamiento delirante, no ha presentado alucinaciones francas o de sensaciones manifiestas de fragmentación corporal. Razón por la cual la terapeuta y su supervisora consideraron postergar por ahora una valoración psiquiátrica.

Parece que la organización psíquica de Pablo es psicótica estabilizada, pues muestra fenómenos elementales que apoyan esta hipótesis; hipótesis que se confirmará o no en el transcurso de las sesiones. Por lo pronto estos fenómenos

elementales y rasgos de Pablo han permitido pensar algunas coordenadas para la dirección de la cura como:

- a) Brindar un espacio a Pablo para escuchar detalladamente, y ser testigo de sus hazañas e historias, dándoles un lugar y sentido distinto al ser escuchadas por alguien que no juzga o rechaza, y en cambio brinda con su palabra y mirada la posibilidad de una puesta en sentido y de una forma distinta de relación con el mundo.
- b) Por medio de clarificaciones y señalamientos, permitir que Pablo apalabre a su ritmo el vínculo con su madre y su forma de estar en el mundo. Es decir, que a su ritmo Pablo se piense como hijo, como hermano, como púber, compañero, etc.
- c) Acompañar el ritmo de la construcción de sus soluciones subjetivas y su forma de tramitar el dolor de la violencia transgeneracional que avasalla a su familia y a él.

## **7.2 CASO JUAN**

### **¿Conductas psicopáticas o pasajes al acto?**

Este es un chico que fue atendido por la terapeuta Argelia Noemí Ibarra, quien nos compartió esta experiencia clínica. Juan es un chico de 17 años que llega a consulta referido por un maestro porque iba a golpear a una compañera en la cara cuando su profesor lo detuvo. En las entrevistas Juan comenta que un impulso que sintió al ver la cara de la chica bajando por la escalera, le hizo ir tras ella.

Juan es el segundo de cuatro hermanos, siendo tres hombres y una hermana menor. Comenta haber sido cuidado por su hermano mayor, quien cocinaba y se ocupaba de la asistencia de los hermanos menores ya que ambos padres trabajaban.

Su padre se fue del hogar cuando Juan tenía 14 años, por ir a vivir con otra mujer. El padre siempre golpeó al paciente, a su madre y a sus dos hermanos, su hermana menor era la única de su familia que no era golpeada.

Juan comenta que en secundaria, a sus 12 años se integró a un grupo de chicos más grandes que hacían cosas satánicas; por ejemplo, en un rito le cortaron la cabeza a un perro. Habló de su predilección por películas de mucha violencia, destrucción, guerras, etc.

En la secundaria golpea a un amigo suyo, quien le dijo a una chica sin consentimiento de Juan, que Juan estaba interesado en ella. Debido a esto lo mandan con una psicóloga, pero él no quiso seguir yendo. Comenta a la terapeuta en una temporada haber consumido drogas, pero haberlas dejado.

El paciente habla de que le tenía mucho odio a su mamá por dejarlos solos, por lo mismo un día destrozó las rosas de su jardinera. También dice que se le dificultaba mucho relacionarse con personas.

El paciente no pudo relatar nada de su infancia, y pidió a la terapeuta que le asegurara que nada de lo que dijera se iba a contar. En un inicio Juan volteaba al techo para ver si había cámaras; esto nos puede hablar de contenidos paranoides.

Esta es la segunda vez que mandan al paciente a valoración de parte de esta preparatoria; en la primera ocasión que lo mandaron (hace un año), en la hoja de valoración dijo tener 17 años cuando tenía 16. En la segunda ocasión (un año después) invirtió los apellidos poniendo primero el apellido materno y luego el paterno (motivo por el cual no se le identificó como un paciente de segunda vuelta), y dijo que tenía 20 años cuando tiene 17. Al padre también le modificó la edad por 10 años.

En una entrevista dijo que buscaba una madre de 25 años que lo protegiera, y empezó a describirla diciendo exactamente las características de la terapeuta. La terapeuta se muy sintió incomoda por la forma en la que lo decía y por la mirada del paciente.

En las primeras entrevistas habló de padecer de queratocono en los ojos, que es una anomalía en la que la córnea se deforma adquiriendo un aspecto cónico irregular con síntomas progresivos de deterioro visual, fotofobia y diplopía, distorsión (Aguilar, Castillo & De la Fuente, 2001).

Juan comentó que después de la entrevista relatada a continuación, tuvo una sensación muy rara; le dieron ganas de llorar y se sintió muy vulnerable como niño de 5 años.

**Fragmento 1: Ajenidad del cuerpo.**

*P: Me siento muy mal...desde la semana pasada me he sentido muy mal...el jueves estaba hablando con una chica....y el profesor me cayó bien mal...porque nomás porque sí, me dijo...vete para allá...y yo quise. No sé que quise...pero me dio mucho coraje...no me pareció que me quitara de ahí...No me dio explicaciones....siento que abusa de su autoridad...me da mucho coraje que abusen así de mi...que utilicen su autoridad....es como estar en sus manos...me siento mal por eso.*

*Y luego ayer volví a beber ayer....mi hermano y un amigo bebimos...según iba a acompañar a mi hermano por la despensa...pero ay ...También iba un amigo, y el compró mezcal y también cervezas...total que nos emborrachamos, tomamos de todo: mezcal, cerveza, vodka....Ando como desvelado por eso....y pues no sé si te deba de decir, pero hice algo muy malo...No sé porque o como fue...pero yo estaba bien borracho no sé cómo fue que lo hice, pero amarré del cuello a un perro....y no sé...no me acuerdo, lo aventé...se golpeó...ahora que lo vi ya bien...no sé cómo pude hacer eso ...me da miedo hacer esas cosas.*

*T: ¿Habías hecho algo similar antes?*

*P: No...es la primera vez...pero si he sentido ganas de hacer cosas así.....ay me siento mal (se le queda viendo a la terapeuta)....En este momento me estoy sintiendo mal.....es más veo esa mesa más lejos de donde esta.....es extraño el piso también lo veo más profundo.....(se agarra la cabeza y después se sacude). Te veo con la cabeza más chica de cómo la tienes....no sé, es extraño...no te veo bien.....me estoy sintiendo muy mal ....también siento mi cuello más grande ...como alargado, como que mis hombros se separan.....(se queja y le empiezan a temblar las manos).....Te veo diferente...te veo extraña...mis ojos.*

La terapeuta refiere que en este momento se le notan los ojos rojos y húmedos, por lo que le acerca unos pañuelos. Juan toma uno y se limpia los ojos. Le siguen temblando las manos...voltea y ve fijamente a la terapeuta sin parpadear.

*P: Es extraño...todo es extraño, no sé, siento choques eléctricos en mis manos.....mira (muestra las manos, las cuales están*

*temblando)...son esos choques eléctricos que te digo que siento.....tu cara está cada vez más pequeña.*

Juan se queja y se le queda viendo fijamente a la terapeuta, ella le da unas hojas y le pide que dibuje como la está viendo y como cree que está él. Dibuja una figura humana con el cuello alargado, se la da a la terapeuta y vuelve a mirarla sin parpadear.

Observamos como en esta parte de la entrevista la terapeuta no hace más preguntas sobre los fenómenos de ajениdad del cuerpo que irrumpen en el discurso del paciente, sin embargo, lo indagó mediante dibujos. Una vez que el paciente terminó su dibujo, entonces pregunta:

*T: ¿Esto de la manera que dices que me estás viendo, será debido a tu situación de los ojos?*

*P: No.*

*T: ¿Qué sabes de tu padecimiento?*

*P: No...solo tengo la visión reducida...lo que tengo es queratocono....pero ahorita es diferente (se queja).*

*T: ¿Sabes cuánto dormiste?*

*P: Como siete horas.*

*T: ¿Ya te había pasado antes esto de ver las cosas lejos o con proporciones diferentes?*

Observamos en estas preguntas como la terapeuta explora si las sensaciones de extrañeza corporal están relacionadas con algún malestar físico como falta de sueño o la salud de sus ojos.

*P: Mmmm...nada más una vez...no sé...si es porque me pongo nervioso...como que me llega la tensión....no...no recuerdo donde*

*me pasó...pero si ya me había pasado esto...una vez con mi mamá...si, pero no me acuerdo como fue...estoy muy nervioso.*

*T: ¿Por qué?*

*P: Es aquí...es aquí...la otra vez que vine...por eso dejé de venir....es por que hablo de mis cosas...y no me gusta hablar de mis cosas...mostrar mis sentimientos (se le queda viendo fijamente a la terapeuta)*

*T: Entiendo pero ¿recuerdas que te expliqué? (Se refiere a la confidencialidad).*

*P: Si, ya sé...pero no puedo dejar de ponerme así.....ya no puedo decirte más....ahorita quise decirte algo y ya no supe que...se me quedó la mente como en blanco....siento que puedo decir muchas cosas...pero no puedo.*

En la entrevista con la terapeuta, nos compartió que con la intención de establecer rapport comentó esto para animarlo a hablar de la mente en blanco:

*T: A veces pasa eso, de quedar la mente en blanco, puede ser difícil al principio.*

*P: Si...pero no sé, yo pudiera decir muchas cosas.*

*T: Ahorita que piensas.*

*P: Mmm.....no sé...muchas cosas.*

*T: ¿Si?*

*P: Bueno estaba pensando...en mi futuro...me gusta pensar en mi futuro....me veo...ya con una carrera, y...pues con una pareja....alguien a mi lado....no me gusta estar solo....no me*

*gustaría estar solo.....Me veo...casado....y con hijos....con una esposa, sobre todo con una esposa.*

Vemos como en este fragmento se presentan fenómenos elementales de ajenidad del cuerpo, el paciente habla de alargamiento de su cuello, separación de sus hombros, de choques eléctricos, de tensión, y de quedarse en blanco; que alusivamente relaciona con sentirse nervioso en las entrevistas y con la presencia de la terapeuta. También Juan habla de que es una experiencia que ya había vivido en presencia de su madre, a quien dice odiar. ¿Será que algo del odio hacia su madre no alcance a ser puesto en sentido y se manifiesta desde lo real en el cuerpo?

Es curioso ver como en este extracto el paciente habla de que lastimó al perro en el cuello, y también habla de que su cuello se deforma. Como si algo de una marca de goce deslocalizado -en su cuello- es experimentado en su cuerpo y además expulsado hacia un animal. Esto se relaciona con su motivo de consulta: “Haber intentado golpear a una chava en la cara” sin más explicación que la de haber sido invadido por un impulso repentino. ¿La chava podrá representar a su madre? ¿Estos serán preámbulos de futuros pasajes al acto?

Juan dice: “No sé cómo pude hacer eso...me da miedo hacer esas cosas.” Da la impresión de que en ocasiones Juan es gobernado por sus impulsos de una forma arrasadora. Además, intenta ponerle sentido a estas experiencias, lo vemos cuando en el curso de las entrevistas asocia hablar de estas experiencias con imágenes mentales de connotación fálica: “estaba pensando en mi futuro, en una carrera, con una esposa, con hijos.” Quizá estas experiencias responden a goce que queda fuera de las significaciones fálicas en un momento de vida en el que se acerca el final de la preparatoria y haya importantes preguntas subjetivas por hacer.

El hecho de que aparentemente no hable de él y su pasado en la entrevista nos hace pensar en que, en un lugar en donde él tiene la palabra le es difícil hablar con voz propia.

Por otro lado, asegúrese de que no haya cámaras, las experiencias corporales con la tensión y los actos impulsivos por los que es tomado; nos hacen pensar en una organización psicótica.

## **Fragmento 2:**

*T: ¿Con tu mamá, con tu papá?*

*P: Tampoco.*

*T: ¿Quieres platicarme como es la relación con ellos?*

*P: Pues...buena, es buena...siempre me la he llevado bien.*

*T: La vez pasada platicaste que tu papá era violento.*

*P: Si...él era muy violento, ya ahorita no....pero antes...si, gritaba mucho....tomaba....y se peleaba con mi mamá.....pero se le quitó...se le quitó, ahorita ya es más tranquilo.....ya no toma tanto como antes.....Mi papá y mi mamá...también mi hermano mayor....ellos si demuestran sus sentimientos, mis hermanos y yo...no, entre nosotros no platicamos nada de eso.*

*T: ¿Cómo te llevas con tu hermano, con el que compartes habitación?*

*P: Bien....platicamos de todo...pero de lo que sentimos no.*

*T: ¿Por qué crees que sea así?*

*P: No.....tal vez....no nos enseñaron, tal vez.....es que hay cosas que yo no quisiera platicar aquí...pero sí creo que pudo ser el hecho de que no nos enseñaron a querernos, a hablar entre nosotros...ahora eso me está molestando mucho.....el poder relacionarme, bueno aunque a veces no le veo el caso...me siento mal otra vez...me llega la tensión.*

*T: ¿Como la tensión?*

*P: ¿Dije tensión?*

*T: Si dijiste tensión.*

*P: Si...que raro no me acuerdo....mmm.*

*T: ¿Bueno eso que sientes, que será?*

*P: Es eso....no sé si sea porque eres tú....por qué estoy aquí...No sé.*

“La tensión” aparece como pedazo de lenguaje que Juan desconoce haber dicho. Observamos como la terapeuta explora sobre la causa de la irrupción de “la tensión”, a lo que el paciente responde alusivamente sobre el malestar del escenario de las entrevistas sin hablar de la tensión. ¿Qué le habrá representado el silencio de la terapeuta? Por lo pronto el manifestó sentirse con la mente en blanco, invadido por una tensión y vacío.

El abuso del alcohol u otras drogas (que el paciente dice haber dejado de consumir) y la alteración de los ojos (Queratocono) pueden incidir en gran medida en estas experiencias. Sin embargo, es curiosa la coincidencia de las conductas agresivas en el cuello, su experiencia de deformación del cuello, los toques eléctricos y la tensión en proximidad con su madre y/o la terapeuta.

Después de las primeras entrevistas la terapeuta y su supervisora, consideraron una valoración psiquiátrica como condición necesaria para iniciar el tratamiento, pues era preciso salvaguardar la integridad de la terapeuta y del paciente. El trabajo en equipo entre especialistas (oculista y psiquiatra) puede ser una forma pertinente en este caso para modular el goce mortífero del paciente funcionando como un dispositivo adicional al de la “cura por la palabra” del psicoanálisis.

Con base en esto, en la siguiente entrevista la terapeuta le planteó a Juan la necesidad de una valoración psiquiátrica, a lo que él se negó mostrándose muy perturbado (tensó su cuerpo, empezó a sudar, apretó los puños y se empezó a acercar a la terapeuta). En ese momento la terapeuta sintió mucho miedo por la forma en la que reaccionó el paciente y por la intensidad de su mirada. Juan no regresó a la siguiente sesión, puede ser que haya interpretado a la valoración psiquiátrica como intención de daño.

A partir de lo que conocemos de la historia de Juan, se observa predominancia de odio en la pareja parental y la experiencia de odio hacia sus padres. Además parece que tiene la vivencia de desvalimiento frente a los maestros “me da mucho coraje que abusen así de mí...que utilicen su autoridad....es como estar en sus manos”. ¿Será que en los perros proyecte una sensación de ser tratado como un perro?

La historia de Juan nos hace pensar en lo que Aulagnier (1975) plantea sobre la función organizadora que tiene el odio en el yo cuando se trata de una organización paranoide.

Así mismo, las conductas de Juan como: destrozarse las flores de su madre, matar a un perro cortándole la cabeza, intentar golpear a una chica, amarrar a un perro por el cuello, entre otros; nos hablan de la manera en la que Juan es tomado por sus impulsos. En este mismo sentido, Juan ha hablado de tener miedo de las cosas que ha hecho y cuando intenta lastimar a la chica no se observa premeditación, por lo contrario, la atacó enfrente de todos.

Entonces puede que estas conductas no sean psicopáticas, sino pasajes al acto, que dan cuenta de la ausencia de ley paterna que enmarque el goce en la lógica fálica.

No sabemos la relación que pueda tener esta chica con la representación de su madre, o de una hermana menor que no es golpeada en la familia. También queda la duda sobre la función que tiene para él el grupo de chicos “que hacen rituales satánicos”, o el sostén que le pudiera estar dando su hermano mayor, pero parece

que Juan hasta ahora se ha sostenido para funcionar satisfactoriamente en la escuela y no haberse puesto en riesgos mayores. Vemos que Juan habla de un padre odiado que no es garante de ley y que perpetúa la violencia. Esto me hace pensar en el Nombre del Padre que funciona uniendo el deseo con la ley (Maleval, 2002); y en Juan vemos como se vislumbra la carencia de esta función paterna.

Aparentemente la madre no dejó que este padre otorgara algún significante que pudiera hacer corte, y el padre no asumió la función de garante de ley; porque la transgredía y porque no pudo seguir ejerciendo el lugar de padre, se dio por vencido abandonando el hogar. No casualmente en la ficha de identificación Juan relegó a segundo término el apellido paterno, representando con ello la no operatividad del padre, que no pudo ocupar su lugar.

Lo que la terapeuta ha compartido nos da la oportunidad de advertir sobre la importancia de explorar los fenómenos elementales en las entrevistas iniciales como una forma pertinente para pensar el inicio el tratamiento, y sobre todo para salvaguardar la integridad del terapeuta.

### 7.3 CASO CARLOS

*“Lo que has de heredar de tus padres, adquiérello para poseerlo” (Freud, 1913, p.159).*

#### **El estudio en el lugar en donde no llegó el Padre.**

Carlos de 17 años llega a consulta después de haber acudido por petición de la orientadora de su preparatoria a una institución pública de salud mental en la que se le diagnosticó con Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Estuvo tomando medicamento por un tiempo y luego lo suspendió, ya que Carlos y su madre se dieron cuenta de que éste le provocaba sentirse con gran somnolencia. Carlos comenta llegar a consulta por la misma situación: el TDA.

Su madre de 53 años, es química fármaco bióloga y trabaja en un laboratorio. Ella es quien hace la cita y quien se presenta a la primera entrevista platicando que la orientadora lo describe con TDA, y que además ha mostrado problemas de violencia con unos compañeros del salón. Al momento de la consulta Carlos cursa quinto semestre como alumno regular en un bachillerato público en el que ha mantenido un promedio de excelencia. No ha tenido algún problema de conducta, aunque desde chico tanto en la familia como en las escuelas lo han catalogado como solitario y “diferente”. Sin embargo, la orientadora refiere que últimamente han habido problemas de agresiones verbales con unos compañeros de su clase.

Carlos es el segundo hijo, “único vivo”, y vive con su madre en un departamento. Su madre comenta que un año antes de que Carlos naciera, su primer hijo murió porque era un embarazo de alto riesgo. La madre dice que “los corajes” con su esposo también hicieron que ella “no estuviera mantenida del cuerpo”. La mamá se dio cuenta de su primer embarazo cuando tenía 5 meses, y no recuerda si el bebe murió a los ocho o nueve meses de gestación. Comenta que la muerte de su primer hijo no es un tema que haya sido hablado con Carlos porque no le ve caso.

En el parto de Carlos, a pesar de haber sido también un embarazo de alto riesgo, no hubo problema alguno. La madre dice que no tuvo complicaciones en los primeros años de vida de Carlos, ya para ella Carlos siempre ha sido muy obediente.

El padre, que también se llama Carlos, es un escritor “no reconocido” (en palabras de la madre) que abandonó el hogar cuando Carlos tenía 6 años. Por su parte, Carlos habla de odiar a su padre por haber dejado a su madre y por haberla tratado como “mierda”.

Carlos dice que no le gusta mucho ir a la escuela, pues las clases le son muy aburridas, dice que entiende todo mucho mejor de lo que los maestros puedan explicarlo; dice que en general los maestros “son unos pendejos” que no dominan como deberían, las materias que imparten. Desde siempre él ha preferido estudiar por su cuenta, sobretodo temas como filosofía e historia universal.

Una característica de Carlos es su gran dedicación a estos temas, pues invierte gran parte de su tiempo a sus lecturas y a organizar sus reflexiones en “fichas de lectura” en las cuales registra sus reflexiones y comprensiones; invirtiendo grandes montos de energía psíquica en esta actividad.

Carlos tiene la intuición de ser de ascendencia judía, y la Torá y la Cabala le han revelado la verdad del universo. De inicio al explorar sobre esta verdad del universo, se mostró con dificultades para hablar sobre eso; más adelante habló de su amor a la filosofía y sobre todo su fascinación por la dialéctica del amo y del esclavo de la que habla Heidegger. Carlos asistió por 4 meses a consulta, hasta que se fue a vivir a provincia por el trabajo de su madre, en donde se le canalizó con un especialista en este lugar.

Carlos ha hablado de la grandiosidad que le concede a la cultura judía, a la relevancia de dicha cultura en la historia y ha hablado sobre su pasión por conocer

más sobre ella. Cuando habla de estas pasiones, su discurso tiende a ser organizado, con matices obsesivos; mientras que cuando habla de contenidos relacionados con la mujer, este tiende a desorganizarse tal y como se presenta a continuación:

**Fragmento 2: Neologismo y significación personal.**

Estos son de los pocos recuerdos que dice tener de su infancia:

*P: ¿Qué pasaba en tu casa antes de que tu papá se fuera?*

*T: Mi papá, mi papá.....es como.....No sé, es feroz. Se enojaba mucho con mi mamá, la lastimaba, la hace mierda, lo odio. Una vez, antes de irse mi papá de la casa, esa vez le gritó a mi mamá porque no estaba listo el desayuno y se fue a desayunar a la esquina a las quesadillas de la señora ¿si sabes cual no?...Mi mamá se quedó llorando por culpa de mi papá, la hace sufrir mucho.*

*P: ¿Tú como viste lo que tu papá le hizo a tu mamá?*

*T: Soy feroz.....y mi mamá.....ella quiso venir aquí. Ella dice que no coma demasiado para no estar gordo, y que a las mujeres no les gustan los gordos....*

*T: ¿Cómo feroz?*

*P: Que no coma pan, chocolate, helados, dulces, que haga la tarea, que cuente hasta diez. Cuando te enojas cuentas hasta diez, mi mamá me dice que cuente hasta diez. La orientadora del TDA es de me enojo con los compañeros. De que hablan de eso, y de que me ven....pues de eso, lo que ya le había dicho.*

*T: ¿De qué hablan?*

*P: En la escuela, no son todos los colegas, es Sebastián y sus secuaces. Vieron mi mochila, ellos saben que yo no traigo condones...es que no sé cómo hablar de eso....Sebastián es de la clase de química son las fórmulas, el isopropanol con su movimiento.*

*T: ¿Qué hicieron con tu mochila?*

*P: Ellos pueden darse cuenta de que no traigo condones, de que no traigo la marihuana....(se pone nervioso).*

*T: ¿Te abren tu mochila?*

*P: No, la ven así.*

¿Qué se puede pensar sobre ser feroz? Aquí lo que vemos es que no se relaciona del todo con la significación popular; ya que el paciente habla alusivamente a una sensación de control del placer alimenticio que ejerce su madre en él. Parece que feroz es un neologismo, y da la apariencia de estar referido a marcas en un cuerpo en el que quizá habita un feroz goce desligado de la lógica fálica; viviéndose como esclavo del deseo materno.

El que la madre no estuvo “mantenida del cuerpo” en su embarazo, quizá nos habla de que no estuvo tan mantenido el deseo de hijo. Además, parece no haber representación de pérdida del primer hijo, pues hubo una especie de repuesto en pocos meses con el embarazo de Carlos. Lo que parece habitar en la madre cuando habla del embarazo es el odio hacia un esposo que la hizo hacer corajes. En este sentido, pudiera ser que a falta de “deseo de hijo”, Carlos tenga la

sensación de vivir en un cuerpo vacío de deseo, en el que hay un mandato a la restricción del placer.

Vemos como en las exploraciones a partir de que pregunté sobre “feroz”, el curso de la entrevista cambió; fue ahí cuando el lenguaje se empezó a mostrar más desorganizado, siendo que cuando habla de la filosofía, el judaísmo, la historia y otros temas Carlos lo hace con gran elocuencia. La pregunta sobre “feroz” dio pie a que el paciente hablara de la certeza de que los demás ven dentro de sus cosas, de su mochila; y es posible que mediante estas alusiones vemos en Carlos una distorsión del yo, en donde se pierde la distinción del adentro y del afuera.

Por otro lado, llama la atención como al inicio del este relato, Carlos habla de “eso”, y hace alusión a que es algo que ya había contado, a pesar de ser esta la tercera entrevista con él. Lo cual también me hace pensar en un posible desdibujamiento de los límites del yo característicos de la organización psicótica, en donde el paciente cree que el otro ya sabe lo que piensa y de lo que habla.

A partir de aquí, decidí preguntar por “eso”, lo que hizo que irrumpiera en el discurso el tema de la mochila y pude darme cuenta de que sus compañeros no abren su mochila (como lo había pensado al inicio), sino que hay una experiencia de transparencia, que quizá tenga que ver con la función transparente de un padre que no otorga significantes simbólicos sobre lo que es ser un hombre con condones frente a Sebastián.

En este mismo sentido, la transparencia de la mochila puede ser una forma de transparencia de los límites del yo, que muestran como esa mirada penetra para dar cuenta de la castración en lo real, sin recubrimiento simbólico.

## **Fragmento 2: Ajenidad del cuerpo.**

*P: La escuela, voy en cuarto semestre, y todo bien. Marcela me dijo que porque no faltaba a la clase, y que nos fuéramos a los*

*Dínamos. Es más grande que yo, ella tiene 19. Íbamos al cine, yo iba a su casa.....ese día, es que Marcela, yo quería estar, fuimos el puente a Hidalgo, a la casa de sus papas... y ella es la mujer, que me vea, si quiero que me vea...La casa de Marcela estaba el cuarto azul y no me gusta el azul (se empieza a angustiar)...el ojo creció... Se fue al baño a cambiarse...El cuarto azul de la casa de sus papas, de Hidalgo, y se fue rápido al baño, y ella dijo, ¿Ay porque te vas? Y le dije no me tardo, voy al baño. Y ya no pudo...Regañan a quien sí ven que trae.*

*T: ¿Cómo fue que creció el ojo?*

*P: Marcela, no ha querido verme, mi mamá no quiere a Marcela, dice que por culpa de ella yo estoy distraído, quiere que me concentre en la escuela y que estudie una licenciatura, dice que sea alguien en la vida, un doctor, o un arquitecto...ir a C.U. a Filosofía pero dicen que el examen de admisión está casi imposible.*

*T: ¿Fue tu ojo el que creció? ¿Qué paso esa vez en el cuarto azul?*

*P: .....el ojo..., sí quiero decírselo...ya me pasa así antes...Mi papá es un maldito, hace un año fue un señor a la prepa, se acercó en la salida y me dijo “yo soy tu papá”. Yo dije no hay que decirle a mama. Yo lo vi y no lo podía creer... es un maldito, me lo quería madrear. Marcela....dicen que es guapa.*

Vemos como de todo lo que dijo el paciente en un lenguaje desorganizado, decidí preguntar sobre lo que menos entendía de todo lo que el paciente decía, lo del ojo.

Hay fenómenos sobre los que no indagué; por ejemplo sobre si él fue al baño o si fue Marcela, pues parece que se confundió con ella. Esto se relaciona con el desdibujamiento de los límites del yo que se mostraron en la transparencia de su mochila. Aún así, lo que dijo tangencialmente sobre crecimiento del ojo, nos permite ver como hay deslocalización de goce cuando se trata de contenidos que tienen que ver con la cercanía física con una mujer. Sobre esto Maleval (1998) plantea *“la llamada al goce de la pubertad es particularmente propicia para revelar si su regulación mediante el goce se ha instalado o no”* (p.257).

Por otro lado aparecen las riñas con sus compañeros, de los que habla la orientadora. ¿Cómo vivirá desde su imaginario la rivalidad con los otros hombres, en especial con Sebastián? ¿Qué respuesta subjetiva ha construido el paciente frente a las demandas psicosociales de su edad adolescente?

Parece que en la pareja parental, aunque físicamente no esté unida, es actual la erotización del odio hacia el padre, y se observa la representación de Carlos de su madre como una mujer que goza en una posición masoquista. Esta actualidad del odio la observamos cuando el paciente habla de la situación de sus padres en tiempo presente. Por otro lado recuerdos que el paciente tiene sobre su infancia (que dice que son muy pocos) quizá estén relacionados con el eterno retorno de lo mismo, del que habla Aulagnier (1975) y la dificultad para historizar y resignificar el pasado, característicos de la organización psicótica de tipo paranoide

Podemos pensar en que su certeza sobre la transparencia de su mochila y su intuición de identidad hebrea, sean posibles respuestas subjetivas del paciente frente a la angustia de estar próximo a terminar la preparatoria, y sobre todo de estar latente el inicio de contacto sexual. Vemos como Marcela es hablada a través de la madre, a través de su rechazo; y cuando Calor habla de ella, la asocia con ser mirado como “distráido” por su madre. ¿Distráido de ella?

¿Esto se relacionará con el motivo de consulta del TDA? ¿Qué posibilidades habría de que Carlos se apropiara de su deseo por Marcela?

Puede ser que su inclinación por la cultura hebrea, la Torá, la Cabala, su pasión por la filosofía y la historia universal, sean identificaciones imaginarias, que junto con sus certezas, le funcionen para asirse de lo que tiene del imago de su padre escritor. Siendo formas de darle un sostén imaginario a las preguntas sobre su origen y su historia (como vemos dice tener pocos recuerdos). ¿Será, que en la Torá y la Cabala, estará buscando la voz del padre? ¿Con este trabajo psíquico Carlos estará buscando el Nombre del Padre?

Quizá identificando en Heidegger la dialéctica del Amo y el esclavo, representa en el afuera su posición frente a una madre que parece estar en posición fálica (Lacan, 1975). Ahora bien, su autodidactismo con tintes megalomaniacos que le lleva a devaluar a sus maestros, quizá en parte le permita hacer algo con su goce, y de alguna manera intentar aparejarlo con un goce fálico que apunta a competir con ellos. Al parecer estas identificaciones le han funcionado, pues tiene excelencia académica, y salvo problemas de conducta con sus compañeros, permanece en la escuela estudiando.

En las intervenciones con Carlos, escuchar, indagar y explorar de qué manera se protege de un desmantelamiento psíquico con estas certezas, quizá ha hecho que él mismo les dé un sentido distinto. Por otro lado, aunque haya cosas que no ocurran en su realidad exterior (la transparencia de su mochila y el crecimiento del ojo), ocurren en su realidad psíquica, misma que es preciso respetar y no confrontar.

Esta experiencia me ha hecho pensar en lo que pudiera estar encerrando un diagnóstico de TDA: ¿Qué pasa actualmente con los niños y jóvenes que son diagnosticados con TDA? ¿qué intentará expresar una conducta distraída o inquieta? Como vemos en Carlos, la distracción que se percibe de él, está más relacionada con una forma de (des)organización psíquica, que con algún tipo de inmadurez neurológica.

Finalmente, esta fue la primera experiencia que tuve como terapeuta en la cual un paciente arrojó en su discurso un “pedazo de palabra”, y en estos momentos de las entrevistas me angustié, pues no entendía lo que Carlos manifestaba y estaba dudosa sobre cómo y qué preguntar. La confusión e incertidumbre reflejada en el discurso del paciente la relaciono con la incertidumbre de la clínica, pues en las entrevistas iniciales (y en el tratamiento); hay muchas cosas que no se saben del paciente y que es importante explorar sin dar lugar a alguna inferencia del terapeuta. Sobre todo con estos pacientes con los que la desorganización del lenguaje pudiera llevar al terapeuta, motivado por su angustia, a él mismo autocompletar los sentidos del paciente.

Tuve la oportunidad de trabajar esta experiencia en mi análisis personal y en un espacio de supervisión: mi supervisora, aparte de poner sobre la mesa el interrogante sobre la relación de mi angustia con mis contenidos personales, hizo hincapié en explorar acompasadamente.

La experiencia con Carlos la relaciono con lo que plantea Lacan sobre “No retroceder en las psicosis” (1955), y que explorar los fenómenos elementales permite pensar tentativamente en diagnósticos diferenciales y en una apuesta para atender al paciente en ese momento inicial.

## 7.4 CASO GABRIELA

Ninguna generación es capaz de ocultar a la que le sigue sus procesos anímicos de mayor sustantividad” (Freud, 1913, p.160)

### **¿La iglesia en respuesta a un mundo que mal mira?**

Gabriela llega a consulta referida por la terapeuta de su hijo, dos meses después de que su hijo empezó a ser atendido en la institución. Llega a la primera entrevista diciendo que “está confundida porque no sabe si dejar de ver a su madre por meses o no”; y porque “ya no quiere pegarle a sus hijos”.

Como vemos, este motivo de consulta no es expresamente un indicador de un síntoma psicótico. Sin embargo a lo largo de las entrevistas aparecen fenómenos elementales que junto con lo que la paciente va hablando, van dando la pauta para pensar en una organización psicótica.

A grandes rasgos cuando esta paciente de 30 años era niña, su madre constantemente la golpeaba, le “sacaba el moco y la sangre”. Generalmente le pegaba en ausencia de su padre, y cuando su padre llegaba la paciente la “acusaba” con él. Acto seguido el padre le pegaba a la madre en presencia de ella, y después en ausencia del padre la madre le volvía a pegar a la paciente por haberla acusado. Círculo que perpetuaba la violencia transgeneracional entre los integrantes de la familia.

La paciente a los 15 años trató de escapar yéndose a casa de sus parientes, y después de un año regresó nuevamente a su casa porque se sintió acusada de robo un día que se perdió dinero en la casa de sus tíos. Aunque se aclaró que ella no había sido la causante de la pérdida, la mirada acusatoria de sus primas la hizo huir.

Gabriela relata que su madre nunca la quiso, y últimamente se ha estado preguntando:

*“¿Porqué mi mamá me pegaba sólo a mí?, ¿porque me rechaza?, ¿porqué no me quiere?”.*

Siente que ocupa el lugar de enemiga de su madre, y al mismo tiempo dice:

*“No hay mamá mala, y digo a lo mejor a mi mamá no le tocó una mama que la abrazara, que le diera cariño, y siento que a mi mama le faltó eso....y eso fijese que si me duele....porque yo quiero a mi mamá....y no como las personas que abrazan a su mamá con mucho cariño...y no sé porque....le digo te quiero, pero hasta ahí, no la quiero abrazar”.*

Una constante en Gabriela es su abandono a los lugares: casa de parientes, trabajo, grupos de autoayuda, clínica, gimnasio, etc., a causa de sentirse rechazada y mal mirada por los demás. Mirada sobre la que se ha indagado en las entrevistas y la paciente ha hablado escuetamente de afectos como rechazo, mala mirada, mirada de envidia. Hasta ahora estos afectos se han mostrado poco dialectizables en su discurso, más bien pareciendo rígidos.

Actualmente Gabriela vive con su esposo y sus dos hijos. Su primer embarazo fue complicado ya que su hijo nació con “los intestinos de fuera” y requirió cuidados especiales y cirugías para sobrevivir. Al parecer la paciente vivió este evento como si el cuerpo delicado fuera el de ella. Además, cuando Gabriela habla de su hijo mayor lo habla como si él fuera un defecto de ella, que hace que los demás (doctores, maestros, vecinos, etc.) la miren mal.

A veces habla de sus hijos sólo a través de las actividades que hace con ellos, al parecer la mirada hacia ellos tiende a ser como “algo” a lo que se le tiene que atender periódicamente, diciendo que se siente “como relojito”.

Por otro lado, en varias ocasiones ha mencionado sentirse querida por su padre, y al parecer, contenida por el afecto su esposo. Según lo relatado, su esposo ha funcionado como la voz que le ayuda a darle sentido a sus núcleos paranoides y a las miradas que la amenazan. Así es como habla de la comunicación con su

esposo: *“con los ojos nos comunicamos y dije yo no quiero estar aquí con mi mamá....y él me dijo que pasó...y yo le dije vámonos”*.

En este mismo sentido, Gabriela ha encontrado en la iglesia un lugar en donde se siente querida como en ninguna parte, y en donde se ha planteado la posibilidad de un maternaje sin golpes físicos y agresiones, misma que se refleja en su motivo de consulta: *“Ya no quiero pegarle a mis hijos”*. Además, en la iglesia la han reconocido como una catequista muy preparada.

Gabriela ha trabajado desde los 14 años en oficios como aseo y comercio; y por medio de su sueldo, ha logrado reinvertir su dinero haciendo distintos negocios de comercio con éxito.

A continuación relato extractos de las entrevistas con Gabriela en donde se ponen de manifiesto fenómenos elementales:

**Fragmento 1: Ajenidad del cuerpo.**

*P: Es que me partió mucho que mi hijo el otro día me dijo “Mamá, es que estoy triste y estoy feliz a la vez, y al mismo tiempo estoy aburrido. Mami yo no quiero que te mueras nunca”. Me sentí muy mal y me dieron muchas ganas de llorar pero me aguanté, para que él no se sintiera mal.*

*T: ¿Qué la partió?*

*P: Es que yo no quiero que mis hijos sientan como yo sentía cuando era chica, yo no quiero que ellos sientan así de feo. Es que a veces a mí también me pasa así, a veces yo también me siento como partida.*

*T: ¿Cómo partida?*

*P: Si es que a veces cuando estaba...mal....con mi mamá...si porque, si cuando estaba....eso así aquí, tenía humo negro en mi cabeza. La cabeza me pesaba mucho de esta parte. (Se toca la*

frente del lado izquierdo). Ay no sé, es muy raro, no puedo explicárselo, ahorita ya no me pasa, pero cuando yo era chica como mis hijos me pasaba mucho cuando estaba con mi mamá que luego sentía humo negro en mi cabeza, lo sentía aquí, era muy feo, me pesaba mucho, me pesaba la cabeza (con lágrimas en los ojos), me partía así (se observa muy angustiada).

T: ¿Qué pasaba cuando era chica? ¿Por qué cree que estaba el humo?

P:... Por eso yo no quiero que mis hijos sientan así de feo como yo sentía cuando era chica. Ahorita me da la hueva, cuando voy a casa de mi mamá me siento toda guanga, con mucha hueva, no puedo estar ahí. Mejor me pongo a recoger, y a decirles a mis hermanos que se pongan a recoger porque no aguanto la hueva el cuerpo se me afloja todo. El otro día mi esposo me dijo, ¿Ya ves? Tú eres igual a tu mamá, te enojas igual que ella. Y yo me enojé mucho, y le dije, ¡Claro que no soy igual que mi mamá, porque yo voy a la escuela de mis hijos, los llevo al psicólogo y voy al psicólogo, mi mamá no hacía eso! ¡Yo no soy como mi mamá!

T: ¿Cómo es la hueva, cómo se afloja?

P: (Se observa angustiada) no puedo ir con mi mamá, por eso le digo que mejor ya no voy a ir..., yo no quiero ir.

Cuando Gabriela utilizó la palabra “partió”, a mí me pareció se refería a “partir el corazón”, una expresión que se usa en México para definir algo que evoca afectos como tristeza (desde mis referentes), además “partió” hace alusión a una escisión o una rotura. Sin embargo, por ser un espacio de entrevistas preliminares, decidí no dar por entendida esta palabra y profundizar sobre lo que “partió” significa para Gabriela.

Como observamos, en ese mismo párrafo hay contenidos importantes: como lo que le provoca que su hijo le diga cómo se siente y la interrogante de porqué su hijo “no quiere que se muera”. Sin embargo, decidí privilegiar preguntar sobre esta palabra, que como vemos finalmente nos habla de su relación con sus hijos, pero sobre todo de su forma particular de vivirse como hija frente a una madre violenta. Vemos como “partió” significa algo distinto para ella, significa una experiencia corporal extraña que vivió en el pasado en donde algo le vino de fuera “el humo”, y no el significado metafórico de “partir el corazón” que yo había pensado. Esto puede estar ilustrando la manifestación de una castración desde lo real a partir de marcas en un “cuerpo partido por los golpes” de una madre que odia, pues sería difícil pensar una castración simbólica que regule la voracidad del deseo materno en una organización psicótica.

Este ejemplo ilustra además la literalidad de las palabras en la psicosis cuando las palabras se desprenden de su representación y son tratadas como cosas (Freud, 1915). Además pienso en la importancia de lo que Lacan (1955) plantea “no comprender” a la hora de trabajar con los pacientes para no dar por sentado algún significado del sentido común.

Como observamos al profundizar en la palabra, Gabriela no le da sentido más que para describirla como rara e “indescriptible” en palabras. Esto se relaciona con el fenómeno elemental de ajenidad del cuerpo que plantea Lacan, en donde no hay una puesta de sentido, y por el contrario se presenta una deslocalización de goce que no es regulado por el lenguaje.

Vemos como el análisis de la palabra “partió” da pie a que después Gabriela hable sobre otra vivencia corporal: “guanga”, que también está relacionada con su vivencia como hija. Vemos como estas sensaciones no terminan de ser representadas por una idea o sentimiento, y aparecen en el cuerpo como viniendo de fuera.

Sobre la palabra “*guango*” la paciente vuelve a hacer alusión:

**Fragmento 2: Ajenidad del cuerpo.**

P: *Nunca me han gustado los abrazos de mi mamá, no sé porque, no me gusta, siento que mi mamá me da abrazos todos guangos, me lastiman.*

T: *¿Cómo son los abrazos guangos de su mamá?*

P: *...Hay no sé doctora, como si no me quisiera, me rechaza. Por eso no soporto que me abrace, así en los abrazos de Navidad o de Año Nuevo no me gusta que me abrace. Por ejemplo los de mis hermanas, esos si los siento bien apretados, los siento fuertes, no como los de mi mamá*

Como vemos aquí, Gabriela sí relaciona estos abrazos guangos con algún contenido, “rechazo”. Sin embargo, este particular uso de la palabra “guango” aparece en la misma situación específica, en la proximidad con su madre. Posiblemente Gabriela haya sido subjetivada por deseo materno “guango” que no pudo sostenerla, situación que se repite en el maternaje con sus hijos. Además en este ejemplo vemos como lo que un paciente experimenta en un fenómeno elemental no puede ser comunicado más que a través de alusiones tangenciales, mismas que pueden ser exploradas en las entrevistas como se muestra en este fragmento.

¿Por qué pienso que estos ejemplos del discurso de Gabriela tienen que ver con fenómenos psicóticos de extrañeza del cuerpo y no otro tipo de fenómeno?

Vemos como en ellos se observa inamovilidad y dificultad para darles sentido por medio del lenguaje. Estas características distinguen a estos fenómenos elementales de una extrañeza del cuerpo históricas. Pues según los referentes psicoanalíticos (Aulagnier, 1975 & Miller, 1999), este vacío de significación en Gabriela no es reintroducido al curso de la conversación; si está fuera una

manifestación histérica la paciente al hablar y asociar sobre el fenómeno lo reintroduciría sintomáticamente al discurso y no se vería esta perplejidad.

Observamos en Gabriela que cuando habla de algo relacionado con el contacto o proximidad con su madre, algo “extraño” se le impone en la ilación de su discurso, lo cual tiene que ver con su motivo de consulta: “Está confundida porque no sabe si dejar de ver a su madre por meses o no”.

Sabemos que su madre le pegaba en la cabeza sacándole el “moco y la sangre”, y con esto se puede pensar en manifestaciones de representaciones psíquicas de marcas en un “cuerpo despedazado” que no fue (predominantemente) unificado por el placer de una madre (Aulagnier, 1975) que acaricia y abraza con placer.

Puede ser que algo del displacer y odio en el vínculo con su madre, no alcanza a ser representado por sus sentimientos de rechazo y dolor, y por eso “sale humo negro”. El humo negro quizá haga alusión a la invasión de un odio humeante y negro en una organización paranoica estabilizada; y muestra la confusión y perplejidad que encierra una organización psicótica.

Aulagnier (1975) plantea que el odio en el paranoico es su única verdad de existencia, que impide disolución psíquica frente al Otro. Por otro lado Freud en 1896 hablaba de como en la psicosis el contenido de los pensamientos retorna como una vivencia sensorial.

El siguiente ejemplo ilustra una forma particular de la paciente de existir frente al Otro.

**Fragmento 3: Significación personal**

*T: Ha estado hablando de lo bien que se siente en la iglesia, ¿desde cuándo es esto?*

*P: Es que desde una vez que fui a una misa porque me llevó mi suegra y pues ya para no ser mala onda la acompañe. ¿No? ahí*

*estaba hablando un padre, y fue cuando supe que tenía que estar ahí, y dije ya me voy a meter a la iglesia. Es que yo quería hacer algo más, quería sentirme útil.*

*T: ¿Qué fue lo que dijo el padre?*

*P: ...Fue cuando sentí, ahí, ya sabía que tenía que estar ahí. Y es que desde que fui ahí hablan bien bonito...y ahí me metí a grupos con las señoras y ya son varios años desde que mi hijo estaba chiquito.*

*T: ¿Qué más de la iglesia? ¿de ir a misa?*

*P: A pues es que siempre tengo que ir, no puedo faltar. Por eso siempre estoy corriendo, parezco como relojito, como maquinita, así con el tiempo encima y siempre viendo el reloj, y ya voy para un lado ya voy para el otro, llevo a mis hijos a la escuela, hacerles la comida. Por ejemplo ayer les hice tostaditas con lechuga y pollito hervido ¿no?*

*T: ¿Por qué no puede faltar a misa?*

*P: Es que Dios me ayuda sólo si voy a misa los lunes, sino no.*

*T: ¿Cómo?*

*T: Si es que si voy a misa Dios me ayuda a que si me alcance el dinero toda la semana, así Dios sí me ayuda a librarla ¿no?, porque si no, no la libro, y pues cuando no voy me siento mal, todo está fatal, me va mal en toda la semana. Así me salen gastos de más, así es que siempre tengo que administrar todo para comprarles sus cosas a mis hijos, que el material, ¿no? que la papelería, que cosas para la tarea, que los lentes, que el doctor...Siempre tengo que estar estirando el dinero, y es que aparte el jitomate ya subió, todo ya subió.*

¿“No puedo faltar a misa” tiene que ver con un ritual de la religión católica en México? Creo que sí, pero me pareció importante investigar sobre cómo es que Gabriela vive este ritual más allá del sentido cultural. Con esta exploración se ilustra como la paciente pone afuera, a manera de pensamiento mágico, la idea de un dios protector que es el reverso del dios castigador, enemigo (como su madre), que le desea el mal y que no le ayuda en la semana.

Vemos como su forma singular de religión puede ser una forma autoterapéutica de tratar a una desgarradura del yo, que da la apariencia de ser una suplencia psicótica de la paciente con la religión.

Vemos como su religión singular no es la culturalmente practicada en México, y quizá el ritual le permita encubrirse a ella misma que algo violento que habita en su interior puede ser tan destructivo como el dios castigador y su madre violenta, lo cual se relaciona con su motivo de consulta: “querer dejar de pegarle a sus hijos”.

Entonces este contenido de sometimiento y odio se forcluye, apareciendo desde fuera. Con esto se pone en evidencia la carencia de un significante primordial que regule el goce bajo la lógica fálica; es decir, podemos hablar de la posibilidad de la forclusión del Nombre del Padre en Gabriela.

En suma, la voz del sacerdote que “habla bonito”, quizá encarnó un pensamiento interior que fue puesto afuera. No sabemos qué dijo esa voz, pero sí que a manera de significación personal la paciente supo que era la elegida para estar en la iglesia como portadora de la verdad de dios. Esta es una solución subjetiva que encontró Gabriela para darle sentido a los discursos contradictorios que la han permeado; tales como el doloroso rechazo y odio avasallante de su madre (manifestado en los golpes), a la par que la asistía con comida, limpieza y cuidados para que viviera.

Además de la presencia de un padre alcohólico violento y desfalleciente que no pudo ser garante de ley. Vemos como los padres, aún hoy unidos, quizá erotizaron el vínculo parental con odio.

A partir de esta historia de odio, Gabriela aparentemente ha encontrado en la iglesia una suplencia simbólica que le permite no desarrollar un pensamiento delirante después de haber parido a su primer hijo, momento crítico en su vida.

La paciente comentó en otra entrevista que cuando su hijo nació enfermo, le prometió a dios que si se salvaba ella sería de él. Si seguimos esta lógica: Como Dios le salvó al hijo ahora ella es de dios, entonces su hijo es de ella.

Esto es una repetición de la frase de la abuela paterna dicha un día a la madre de G mientras la golpeaba: “Cómetela, mátala, al fin que tú la pariste”, poniendo en evidencia la carencia de una castración simbólica transgeneracional.

Por otro lado, este rasgo de la paciente sobre la religión, lo relaciono con el caso de Lacan de la La señora C (Cancina, 1997); quien habló en la entrevista de la importancia de la religión en su vida, y Lacan al indagar lo que la religión era para ella, descubrió que se trataba de un caleidoscopio de personajes de las novelas que la señora C había leído en su vida, y en su religión ella era protagonista y espectadora a la vez. Los personajes eran como orientadores de su vida, eran su religión y su punto de anclaje.

En específico en Gabriela, su proyección escindida del “Padre bueno de la religión”, las “mujeres que miran con envidia” (que se ilustran a continuación) y el “Dios castigador”; pueden ser una forma de mantener estabilizados los discursos contradictorios sobre el origen (Aulagnier, 1975); a falta de suficientes significantes primordiales (El nombre del Padre) que regulen el goce. Estos planteamientos iniciales que permiten pensar la dirección de la cura con la paciente desde las coordenadas de las psicosis.

#### **Fragmento 4: Significación personal**

*P: Antes de que mi hijo entrara a la secundaria si iba con mis amigas ¿no? nos juntábamos y nos íbamos que por el cafecito,*

*que por el desayunito, antes era así, pero ya no he ido porque ya no me ha gustado, siento que me hacen el feo.*

T: *¿Cómo el feo?*

P: *Es que mis amigas me ven y me tienen envidia, con su mirada me lo dicen ¿no?*

T: *¿Qué le dicen?*

P: *Me dicen que me rechazan y yo si puedo leer las miradas. Es que les da coraje porque mi esposo siempre me ha dado mi lugar. Y ellas tienen que recurrir a otros lados...si o sea les da envidia de que yo no sea una dejada.*

Vemos como en la exploración, la insistencia en preguntar sobre la mirada de las amigas permitió identificar rasgos de significación personal. En donde la presencia de miradas desagradables tienen una atribución erotomaniaca: “me envidian por mi esposo”. ¿Qué pasaría si Gabriela experimentara conscientemente envidia o sentimientos hostiles hacia otras mujeres? Debido a la vulnerabilidad del vínculo con la mujer, su madre; es posible que una solución subjetiva de Gabriela para lidiar con la hostilidad y el dolor sentido hacia las mujeres, haya sido cambiando el sentido de la hostilidad. Es decir, en vez de sentirlo hacia ellas, es sentido hacia sí, para así diluir la intensidad del odio que habita en ella.

Tal y como Freud (1985) lo plantea en el Manuscrito H “Al juicio pronunciado desde adentro habría debido aceptarlo; al que llegaba desde afuera podía desautorizarlo” (p.249). En las intervenciones posteriores no se pretende “intentar diluir” estas certezas de la paciente, sino más bien alojarlas en la escucha.

### **Fragmento 5: Significación personal:**

*T: ¿Cuándo es cuando más se enoja con su hijo?*

*P: Le pego a mi hijo cuando me hace enojar, me enojo tanto porque no me hace bien la tarea. ¡Las hojas las trae mojadas como chilaquilj.... A veces ya mejor le hago yo la tarea ¿no?*

*T: ¿Qué pasa si su hijo hace mal la tarea?*

*P: Me hace quedar mal, es que los maestros si ven la letra. ¡Me hace quedar malj...Si doctora, por eso le pego, porque no me hace la tarea bien, tiene que aprender. A lo mejor es lo que pasa como mamá ¿no? porque luego esperamos mucho de los hijos y pues mis hijos no me quieren dar lo que yo quiero.*

La exploración en este fragmento apuntó a profundizar “la tarea”, pues no me quedaba claro el sentido de esta preocupación para la paciente. Creo que en este caso mi posición al intervenir es por un lado explorar los sentidos de la paciente y por otro lado no confrontarlos o interpretarlos.

Entonces a partir de preguntarle a Gabriela, observamos que una tarea es vista como algo que va dirigido hacia ella, y que la hace quedar mal con los maestros. Este párrafo ilustra a la madre fálica como Lacan (1975) lo plantea. Es decir, a una madre avocada totalmente en su hijo, viviéndose como dueña de él y de sus manifestaciones. Esto pone en evidencia la relación de la paciente con su castración y la ley, en donde se observa la dificultad de Gabriela para darle a su hijo un lugar de sujeto distinto a ella, en donde pudiera respetar su ritmo de aprendizaje escolar.

## **Fragmento 6: Significación personal**

*T: ¿Cómo fue cuando su hijo estaba en el hospital? ¿Cómo la pasó?*

*P: Hay no pues fue muy muy feo ¿no? Porque era de estar de noche y día ahí, a él lo tenían en un cuarto nada más para él, y lo tenían conectado con tubos...yo estaba todo el tiempo ahí, y nomás estaba esperando a que me dieran la noticia ¿no?...ya sabe.*

*T: ¿Cuál noticia?*

*P: La noticia de que mi hijo pues, que no se había salvado, pero afortunadamente nunca me la dieron, es que si me salió adelante, y ya ¿no? Me salió a los tres meses de ahí. Y sí se salvo, que bueno que sí se salvo. ¡Ay pero a veces es bien canijo!*

El tono de voz de la paciente cambió drásticamente cuando habló de que su hijo es canijo.

*T: ¿Cómo fue para usted estar ahí esos tres meses?, ¿Cómo se la pasó?*

*P: Hay doctora, pues fue muy muy feo, sobre todo cuando salí del hospital, cuando había nacido apenas ¿no? Toda la gente de la calle se me quedaba viendo, y también los vecinos, decían hay esta porque salió sin su hijo, me veían muy raro.*

Algo que se puede considerar universal en nuestra cultura es el malestar de una madre cuando su hijo está enfermo. Sin embargo, al preguntar sobre el sentido que tuvo para ella esta vivencia en las entrevistas preliminares inferimos que la historia de rechazo de Gabriela, se haya intensificado y revivido con la experiencia del nacimiento de su hijo enfermo. Puede que lo odie y que lo sienta como

enemigo, como “un canijo”. Por esto pienso en la posibilidad de que una parte de la paciente a manera de defensa haya invertido la “extrañeza” o “rareza” sobre la vivencia de odio, poniéndola afuera, en los vecinos que la miran. Para así salvaguardarse del odio hacia su hijo que la habita. El sentido de las futuras intervenciones, no serán para cuestionar sobre si los vecinos la veían raro o no, sino para intervenir en como ella le sigue dando sentido a estos rasgos.

Estos rasgos de significación personal de Gabriela se parecen a los manifestados por Marguerite (un caso de Lacan) en donde la paciente ponía en el exterior, la certeza de que alguien tenía la intención de matar a su hijo: “Quieren la muerte de mi hijo. Si esta criatura no vive ellos serán los responsables” (Lacan, 1976, p.144). O cuando dice: “Cuando de pronto oí que mis colegas hablaban de la señora Z. Entonces comprendí que era ella la que estaba en contra de nosotros” (Lacan, 1976, p.147).

Posiblemente algo en el interior de Marguerite le advertía de su imposibilidad psíquica de asistirlo y del deseo de su muerte, y su forma de protegerlo de esa violencia fue yendo al acecho de la asesina por advertencia del periódico, mientras abandonaba a su hijo con su hermana.

Ahora bien, ¿El análisis de estos fenómenos elementales en Gabriela, nos han permitido pensarla con organización psicótica estabilizada? Según lo desarrollado sí, aunque estamos hablando de aproximaciones y no de verdades absolutas. A partir de lo expuesto se han pensado en estos dos aspectos de la dirección de la cura particular de Gabriela:

- a) Trabajar en el sentido que ella le da al dolor del vínculo materno. El sentido que le da a ser madre y ser hija en relación con su motivo de consulta: “No quiero hacer lo mismo con mis hijos”.
- b) Alojar en la escucha sus certezas auto referenciales y explorar sobre el que sentido les da y sus significantes, así puede ser que vaya articulándose de forma distinta.

c) Desde su lugar como catequista reconocida; ¿qué formas de estar ahí son posibles? ¿cómo permanecer en este grupo a pesar de las malas miradas de las compañeras? Esto lo pienso como una forma de trabajar en el enganche social y una futura suplencia simbólica.

¿Cuál será la dirección de este tratamiento? ¿Gabriela permanecerá en él?

Quizá no sea posible saberlo. Esto me hace pensar en que el semblante del terapeuta que aloja con la escucha y sostiene con su presencia a la transferencia, no dirige el contenido del tratamiento; y menos aún predice un desenlace. “Yo curé sus heridas, Dios lo sanó” “*Je le pansai, Dieu le guérit*” (Freud, 1912, p.115)<sup>1</sup>. Sobre la cura, el terapeuta no persigue como única finalidad la de diagnosticar y mucho menos la de corregir al paciente bajo los términos de “normalidad-anormalidad”; en cambio sí sostiene el encuadre analítico.

---

<sup>1</sup> “Yo curé sus heridas, Dios lo sanó”.

## 8. CONCLUSIONES

En este trabajo, desarrollé por qué los fenómenos elementales se relacionan con la predominancia de mecanismos psicóticos, e hice una exposición de los fenómenos elementales y cómo se han presentado en la clínica de algunos psicoanalistas. Para abordar a la organización psicótica me apoyé en algunos planteamientos de Freud, Piera Aulagnier y Lacan. Para fines de este trabajo hice una exposición en relación a las psicosis, sin abordar cómo es que cada uno de estos psicoanalistas interviene en los casos de las neurosis.

Además, hablé de cómo es que las entrevistas preliminares tienen una función muy importante para la apertura del análisis y para pensar la dirección de la cura. Hablé de cómo las entrevistas preliminares, la paciencia y aspirar a la pertinencia en las intervenciones con mis pacientes adolescentes, permitió que poco a poco ellos se fueran apropiando de su espacio terapéutico, que en un inicio fue propuesto por sus padres. También hablé de otros casos, en los cuales se mostraron fenómenos elementales y la forma en la que se intervino en las entrevistas preliminares.

En los casos que se presentaron, se hipotetizó una organización psicótica, y la dirección de la cura no incluyó confortaciones, interpretaciones o deconstrucción de sentidos; por el contrario se planteó una escucha que alojó el sin sentido, e intervenciones que apuntaron a modulación de goce y a la formación de lazos sociales. También se ilustró como cada paciente tiene creativamente construidas sus propias formas de estabilización psíquica, como el caso de Carlos que mediante el estudio y devaluando a sus maestros, intenta buscar el lugar de un padre, o el caso de Gabriela, que mediante un enganche con la Iglesia logra estabilizar su psiquismo observándose en ella importantes núcleos paranoides y fenómenos elementales. Pablo, con sus creativas elaboraciones fantásticas de una banda que hace hazañas, intenta intercambiar un goce mortífero por uno fálico. El caso de Juan ayuda a ilustrar la necesidad de un trabajo multidisciplinario

en la intervención con las psicosis, y en general, para así tener las condiciones necesarias para trabajar.

Este trabajo se enriqueció con la aportación de dos casos clínicos de mis compañeras de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, Argelia Noemí Ibarra Ibáñez y Rosa María Ramírez de Garay; que por un lado, aportaron formas distintas de intervenir en las entrevistas preliminares, y por otro, lo que compartieron nos permitió ver cómo se auxiliaron de la manifestación de los fenómenos elementales para pensar a posteriori en una forma de intervenir con los pacientes.

Este trabajo es de corte psicoanalítico, y podríamos decir que plantear que *siempre* que hay un fenómeno elemental, o su parecido, estamos hablando de una organización psicótica, y que cuando *nunca* aparece un fenómeno elemental siempre se trata de una estructura neurótica; quizá nos lleve a pensar estos fenómenos desde el terreno de las ciencias exactas, y no es la finalidad. Lo que se muestra en este trabajo, sólo presenta pautas e indicadores plausibles que hasta ahora han orientado el trabajo clínico de varios psicoanalistas, no se plantea esto como algo cerrado a discusión. Simplemente puede ser una guía clínicos, que de pronto en su práctica se pueden encontrar con la manifestación de fenómenos elementales; desde lo aportado aquí, este trabajo puede orientar y ayudar en la reflexión para la intervención de cada caso, pero no podría anticipar diagnósticos.

Por otro lado, este trabajo se abocó a plantear que hay una forma distinta de organización en las neurosis, en contraste con las psicosis, y que es posible que no haya continuidad entre estos dos tipos de organización. También se plantea que más que tratarse de una continuidad psicosis-neurosis, se trata estabilizaciones psicóticas que pueden prestarse a confusiones en el diagnóstico. Sin embargo, esta dis-continuidad entre organizaciones está sujeta a discusión, a pesar de lo que Lacan, Aulagnier, Miller, Maleval, etc. hayan encontrado en su clínica; sería infructuoso concluir la discontinuidad para pretender completud teórica sin interrogantes. Entonces creo que no es desde la teoría sino desde cada paciente como puede ser útil pensar a la continuidad-discontinuidad, sobre todo

para pensar en una forma pertinente para atender a cada paciente. Esto fue lo que hizo Freud, al desprenderse de la psiquiatría y de las filiaciones de su contexto, llevado por el enigma que lo vivo del deseo humano le mostraba en el consultorio.

Una limitación de este trabajo es que al presentar los fenómenos elementales de los pacientes, plasmé interpretaciones sobre algunos e intenté darles sentido, siendo que estos elementos no pertenecen al sentido. Pero lo hice como un ejercicio de reflexión y exposición; sin pensarlo como un material que se le vaya a decir al paciente si es que no es una significación que parta de él.

Otra limitación de este trabajo es que en los casos que se presentaron, se habló de los fenómenos elementales, y poco se habló de la transferencia y otros elementos que apoyan el diagnóstico. Esto fue por fines expositivos, y por la necesidad de hacer un recorte de todo lo que se vive en el consultorio para plasmarlo en papel. No podría plasmarse todo al mismo tiempo en un trabajo, y entonces queda sobre el tintero hablar de la transferencia, la erotomanía y otros elementos importantes para el diagnóstico de las psicosis.

Pienso que la clínica es algo vivo, y lo que implica escuchar a un paciente y construir un espacio analítico son experiencias difíciles de transmitir en papel, por lo que al ser escritas podrían recortarse: limitación que también es parte de este trabajo.

## 9. REFERENCIAS

Aguilar, G, Castillo, F & De la Fuente M. (2001). Actualidades en Queratocono. *Revista del Hospital General Dr. M Gea González*. Vol. 4 Núm.4. <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2001/gg014j.pdf>

Allouch, J. (1995) *Marguerite Lacan la llamaba Aimée*. En Brito, J. (Ed.) Distrito Federal: Editorial Psicoanalítica de la Letra.

Aryan, A. & Torres, D. (2007) Notas para la comprensión de la predisposición psicótica en la pubertad y adolescencia. *Revista de Psicoanálisis*. Vol XXIX- No 2. (pp. 255-276). <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Aryan.pdf>

Aulagnier (1975) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado* En Colapinto, J. & Maldavsky, D. (eds. 2010) Buenos Aires: Amorrortu.

Báfico (1997) Algunas cuestiones sobre las psicosis. *Acheronta Revista de Psicoanálisis y Cultura* Número 5. Julio 1997. ISSN 0329-9147.

Baldiz, M. (2007) Edipo en *Conceptos Freudianos*. Madrid: Editorial Síntesis. (pp.371-382).

Bercherie, P. (1986) *Los fundamentos de la Clínica. Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.

Bion, W. (1975) *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.

Bleger, J. (2006) *Temas de Psicología*. Nueva Visión: Buenos Aires.

Bleuler E. (1911). *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. En W. Wagner (Ed. 1993). Buenos Aires: Lumen.

Bloss, P. (2003) *Los comienzos de la adolescencia*. Monti, R. (ed.) Amorrortu: Buenos Aires.

Broca (1985) Sobre la Erotomanía de la transferencia. En *Psicosis y Psicoanálisis* Ravinovich D (ed.) Buenos Aires: Manantial.

Cancina, P.H. (1997) *La fábrica del caso: Pura H Cancina*. Argentina: Homo Sapiens editores.

Caparrós, N. (1997) *Edición crítica de la correspondencia de Freud establecida por orden cronológico: 1887-1909*. Vol. 2 España: Biblioteca Nueva.

Castillo, M.I. & Gómez, E. (2004) Las peculiaridades de la investigación en psicoanálisis. *Terapia psicológica*. Año/vol. 22. Número 001. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. Santiago de Chile, pp. 25-32.

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78522103.pdf>

Chamorro, J. (2004). *Clínica de la Psicosis*. Buenos Aires: Instituto del Campo Freudiano Cuadernos del Instituto de Buenos Aires-8.

Clerambault, G.G. (1942) *Obra psiquiátrica de Gaetan Gatian de Clerambault*. En Arnoux, D. (Ed.1997) Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro

Colina, F. (2007). Escisión del Yo en Mira, V, Ruiz, P & Gallano G. *Conceptos Freudianos*. España: Síntesis.(pp. 453-459).

Dessal, G (2007). Relación de Objeto en Mira, V, Ruiz, P & Gallano G. *Conceptos Freudianos*. España: Síntesis. (pp. 357-361).

Deutsch, H. (1968) Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis* n.25, (pp.413-431) ISBN 0034-8740.

Dorado, A. (2010) Réverie re-visitado. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis. FEPAL*. Vol. 9, 2010. Uruguay. ISSN-e 0120-1093 (pp. 54-75).

Duran, E. (1996) ¿De qué goce se trata? *Texto en línea de la Escuela Freudiana de Buenos Aires*. EFBA [http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_828.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_828.pdf)

Escalante, E. & Páramo, M. (2011) Aproximación al análisis de datos cualitativos: aplicación en la práctica investigativa. *Editorial de la Universidad del Aconcagua*.

Chile.[http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1618/Scilla\\_Aconcagua.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1618/Scilla_Aconcagua.pdf?sequence=1)

Fernández, E. (1993) *Diagnosticar las Psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva

Fize, M. (2007) *Los adolescentes*. Fondo de Cultura económica: México

Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 3, pp.47-60) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1896) *Carta 52*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007) Vol. 1 (pp.280-281) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1896), *Nuevas puntualizaciones sobre neuropsicosis de defensa*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 3, pp.163-184) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1897), *Manuscrito N*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 1, pp.296-298) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1907). *El delirio y los sueños en la Gradiva*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) *Sigmund Freud Obras completas*. (ed. 2007) Vol. 9 Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1908). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 10 (pp.127-172) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1909). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 10 (pp.127-172) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910) *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente* (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 12 Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 12 (pp.223-231) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 12 (pp.98-133) Buenos Aires: Amorrortu.

morrortu.

Freud, S. (1913): *Tótem y Tabú*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 13 pp.11-162). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey (Ed.) Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol. 14 (pp.65-98) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S. (1915) *Lo inconsciente*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (ed. 2007) Vol.14 (pp.153-162). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S. (1915) *Un caso de Paranoia que contradice la teoría analítica*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (ed. 2007, Vol.14. (pp.263-272.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía* (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey Sigmund Freud Obras completas.(ed. 2007) Vol. 14 (pp.236-256) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917). *16ª conferencia. Psicoanálisis y Psiquiatría*. (Trad. J. Etcheverry) En J. Strachey Sigmund Freud Obras completas.(ed. 2007) Vol. 16 (pp.223-234) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S.(1919) *Lo Ominoso*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (ed. 2007), Vol.17 (p.219-250). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S. (1919) *Pegan a un niño*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (ed. 2007) Vol.17. (pp.173-200.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*. 1920, (Trad. J. Etcheverry) En J. Stratchey Sigmund Freud Obras completas. (ed. 2007) Vol.18, (pp.1-62) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1921) *Psicología de las Masas y análisis del Yo*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 18., pp.67-122). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S.(1923) *El yo y el ello*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol.19, pp.1-65.) Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923) *La organización genital infantil*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 19., pp.141-149). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924) *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 19., pp.193-197). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 19., pp.259-276). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1925) La negación. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas:

*Sigmund Freud* (2007, Vol. 19., pp.249-258). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S.(1930) El malestar en la cultura. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol.21, pp.65-140). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933) 34ª conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 22., pp.126-145). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud,S. (1937) Análisis terminable e interminable. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: *Sigmund Freud* (2007, Vol. 23 pp.219-270). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S (1939) *Moisés y la religión monoteísta*. En J.L. Etcheverry (Traduc.) Obras completas: Sigmund Freud (2007) Vol.23 (pp.100-127). Buenos Aires: Amorrortu.

Grandinetti, J. (1997) *Lacan...efectos en la clínica de las psicosis*. En Rodríguez, S. (ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.

Guarner, E. (1978) *Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico*. Distrito Federal: Porrúa.

Hernández, M. (2008). Vicisitudes del acompañamiento. El acompañante en función. (Tesis de maestría) *Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos. CIEP.*

Hernández, S., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación.* (4ª ed.) Distrito Federal: Mc Graw-Hill.

Hyppolite, J. (1954) Comentario Hablado sobre la Verneinung de Freud en Apéndice de *Escritos* Vol. 2 .pp.837-846. (10ª ed.)Distrito Federal: Siglo XXI Editores.

Ivorno, R. (1985) Dispositivos para el tratamiento de las psicosis: El hospital de Día. En *Psicosis y Psicoanálisis* En Ravinovich D. (ed.) Buenos Aires: Manantial.

Karam, T. (2005) Una introducción al estudio del discurso y análisis del discurso. *Global Media Journal* Primavera, año/vol 2. Num 003. Centro de Investigación en Comunicación e Información. ITESM Campus Monterrey. Monterrey.

Khamar, C. (1993) Algunas consideraciones sobre Hospital de día. En *Diagnosticar las Psicosis.* Buenos Aires: Letra Viva

Klein, M. (1930) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo, en *Amor, culpa y reparación.* En. V.S del Campo, S. Duvcovsky & V. Fishman. (Ed. 1998) Vol.1 (pp.224-237). Barcelona: Paidós Ibérica.

Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, en *Envidia y Gratitud y otros trabajos*. En. V. del Campo, S. Duvcovsky & V. Fishman. (Ed. 1998) Vol.3. (pp.70-97). Barcelona: Paidós Ibérica.

Klein, M. (1952) Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé, en *Envidia y Gratitud y otros trabajos*. En. V. del Campo, S. Duvcovsky & V. Fishman.(Ed. 1998) Vol.3. (pp.10-31). Barcelona: Paidós Ibérica.

Lacan, J. (1938) Los complejos familiares en la formación del individuo. En Esperanza. G. (ed.2012) Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1949) El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos* en Suárez, A. (ed.2007) Vol. 1 (pp.86-93). Distrito Federal: Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (1955) *El seminario Las Psicosis Libro 3*. En J.L. Delmont-Mauri & D. Ravinovich (Ed.1981) Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1956) De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis en *Escritos* Vol. 2. En Segovia, T & Suárez, A. (ed.2009) (pp.509-558) México: Siglo XXI.

Lacan, J. (1964) *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Libro 11* En Delmont-Mauri J (ed.2008) Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1973) *Televisión En Otros Escritos En Esperanza*. G. (ed.2012) Buenos Aires: Paidos.

Lacan, J. (1957) *Las formaciones del Inconsciente Libro 5*. En Berenguer E. (Ed. 2010) Buenos Aires:Paidos.

Lacan, J. (1976) *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. En A. Alatorre (Ed.1976) México: Siglo Veintiuno Editores.

Lacan, J. (1971) *El seminario "... o peor" Libro 19*. En J.L. Delmont-Mauri & D. Ravinovich (Ed.2012) Buenos Aires:Paidos.

Lacan,J.(1975) *El seminario synthome. Libro 23*. En J.L. Delmont-Mauri & D. Ravinovich (Ed. 2006) Buenos Aires:Paidos.

Lalpanche, J. & Pontalis, J. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidos.

Laplanche, J. (2003) Tres acepciones de la palabra «inconciente» en el marco de la teoría de la seducción generalizada. En *Revista Alter*. Vol.4 <http://www.revistaalter.com/Revistas/Numero4/Tres%20acepciones%20de%20inconciente.html>

Laurent, E. (1989) *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2001) Texto Revisado. DSM-IV-TR. En López-Ibor, J. & Valdés, M. (ed. 2001) Barcelona: Masson.

Maleval, J.C. (1981) *Locuras históricas y psicosis disociativas*. Argentina:Paidos

Maleval, J.C. (2002) *La Forclusión del nombre del Padre*. Buenos Aires:Paidos.

Maleval, J.C. (1998) *La lógica del delirio*. España:Serbal.

Matilla, K. (2008) Clínica lacaniana de los fenómenos elementales en la Paranoia: Historia y Teoría. *FRENIA*, Vol. VIII-2008, 221-258, ISSN: 1577-7200.

Miller, J. (2010) *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires:Paidos

Miller, J. (1999) *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidos.

Muñoz, G. (2004) Los nudos de las Psicosis en la enseñanza de Jacques Lacan. *Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones / Año 2004*. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a26.pdf>

Nasio, J, (2008) *Los gritos del cuerpo: psicósomática*. Buenos Aires: Paidós.

Pileux, M. (2001) Competencia comunicativa y análisis del discurso. *Estudios Filológicos* núm. 36. P. 143-152. Chile. Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.  
[http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_828.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_828.pdf)

Pommier, G. (2005) *¿Qué es lo real? Ensayo psicoanalítico*. Nueva Vision: Argentina.

Roudinesco, E. & Plon, M. (2008) *Diccionario de Psicoanálisis*. En Piatigorsky, J() Buenos Aires: Paidós.

Saal, F (1998) *El Nombre del Padre como suplencia en Las Suplencias del Nombre del Padre*. Coloquios de la Fundación. (pp.188-209.) México: Siglo XXI.

Sanfeliu, I. (2002) Karl Abraham: El origen de teoría de las relaciones objetales. *FRENIA*, Vol. II-2-2002.

Schejtman, F. (2012) Desencadenamientos y locuras en las neurosis en *Elaboraciones lacanianas sobre la neurosis*. (pp.269-294) Buenos Aires: Grama Ediciones.

Schreber, D. (1901) Memorias de un enfermo de nervios. En H, Vogel. (Ed.2008)

España: Sexto Piso.

Sociedad Mexicana de Psicología (1985) Código Ético del Psicólogo. CNEIP.  
México: Trillas.

Tausk (1911) Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la  
esquizofrenia en *Trabajos Psicoanalíticos* (Ed.1983) México:Gedisa.(pp.181-221)

Urriolagoitia, G. & Lora, M.E. (2006) El diagnóstico diferencial en Psicoanálisis.

*Ajayu. Universidad Católica Boliviana* Vol 4. Núm. 2.

<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v4n2/v4n2a6.pdf>.

Winnicott, D. (1953) Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En  
*Realidad y Juego*. En (Traduc.) Macía, F. (ed. 1979) (pp.17-45) Barcelona:  
Gedisa.

Winnicott, D. (1963) El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro. En  
*Deprivación y delincuencia*. En (Traduc.) Wolfson, L & Rosenblatt N. (ed. 2009)  
(pp.121-135) Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1967) Papel del espejo de la madre y la familia en el desarrollo del  
niño. En *Realidad y Juego*. En (Traduc.) Macía, F. (ed. 1979) (pp.147-155)  
Barcelona: Gedisa.