



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Maestría en Psicología
Residencia en Psicoterapia para Adolescentes**

La lucha identificatoria en un adolescente y su relación con el síntoma
bulímico

T E S I S

Que para optar por el grado de
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Vanessa Lilián Reyes Ibarra

TUTORES PRINCIPALES

Mtro. José Vicente Zarco Torres Facultad_Psicología
Dra. Bertha Blum Grynberg Facultad de Psicología

MIEMBROS DEL COMITÉ

Dra. Estela Jiménez Hernández Facultad de Psicología
Mtra. Eva Ma. Esparza Meza Facultad de Psicología
Dra. Ana Lourdes Téllez Rojo Solís Facultad de Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mis profesores de maestría. Todos y cada uno de ellos aportó a mi aprendizaje, lo cual sirve de soporte para mi día a día en la práctica clínica y por ende es un eje fundamental para el desarrollo de este trabajo.

Agradezco específicamente a las personas que apoyaron con sus conocimientos en la realización de este trabajo: A Vicente Zarco, por su valiosa supervisión del caso durante mi estancia en la maestría y en la dirección de esta tesis. A la doctora Bertha Blum, por siempre interesarse en el avance de mi conocimiento y por ser una guía tan valiosa y cálida. A mi supervisora Norma Ferrer, por enseñarme, a través de otros pacientes, a ver mi trabajo de una forma más completa. Y a mis revisores de tesis, Estela Jiménez Hernández, Eva Ma. Esparza Meza y Ana Lourdes Téllez Rojo Solís por interesarse en este trabajo.

A mis compañeros de maestría, con quienes pude crecer, al compartir esa etapa.

A mis amigos y familiares por alentarme a concluir mis logros, en especial a Penélope Martínez por sus aportaciones, a Indira Ochoa por su interés en mi trabajo y por su compañía en algunas jornadas del mismo y a Antonio Núñez, mi compañero de camino y de trabajo de tesis.

Finalmente agradezco, de una manera anónima, a mi paciente. Por permitirme trabajar con ella. Porque sin presentirlo, indirectamente a través del trabajo que juntas realizamos, construimos parte de nuestros aprendizajes.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Adolescencia e identificaciones	
1.1 El concepto de Identificación	5
1.2 Identificación y adolescencia	11
1.3 Adolescencia y avería de las identificaciones	15
1.4 La identificaciones de la adolescente con su madre	18
Capítulo 2. La pregunta de la identidad y su respuesta en transmisión	
2.1 La transmisión generacional, narcisismo e identificación	25
2.2 La pregunta del origen y sus vicisitudes en la adopción	29
2.3 La herida narcisista en transmisión	34
Capítulo 3. El síntoma bulímico en la adolescencia	
3.1 El síntoma	39
3.2 El papel de la relación temprana madre-infans en el malestar bulímico	42
3.3 La agresión a sí misma. Un rechazo a la madre con quien se identifica	48
Método	
Planteamiento del problema y justificación	53
Objetivos	54
Participante	55
Escenario	55
Procedimiento	55
Estudio de caso	
Viñeta	59
Intervención	71
Discusión y conclusión	103
Bibliografía	115

Introducción

El tema de la identificación es uno de los ejes fundamentales para el abordaje de la psicoterapia psicoanalítica con población adolescente, por lo que resulta imprescindible aportar al conocimiento de esta área enfocándonos en la práctica clínica.

El trabajo presentado en este reporte está dirigido a la comprensión teórica y la intervención práctica alrededor de un caso de una adolescente con síntoma bulímico. Los objetivos del presente trabajo son poder ejemplificar el abordaje terapéutico, en el cual a través de la escucha, se trabaja la problemática de la identificación y como ésta se expresa a través del malestar con el cuerpo.

Para una mejor comprensión del caso, en los primeros tres capítulos se expone el marco teórico necesario para una visión integral. En el *capítulo 1* se realizó un acercamiento al concepto de identificación, primeramente, de una manera general, para más adelante enfocar el mismo en especificidades que pueden suceder en la adolescencia. Debido al tipo de caso presentado, también en este capítulo se aborda el tema de la identificación de la adolescente con su madre y el tema de la avería en las identificaciones.

El *capítulo 2* explora la visión transgeneracional del sujeto psíquico, cuestión que se planteó como importante para la comprensión del caso presentado. En este capítulo se explora la transmisión en la construcción del narcisismo y se da un énfasis importante en lo transmitido cuando hay casos de adopción.

Finalmente, el *capítulo 3*, aborda el tema del síntoma bulímico, el cual es explorado en torno al tema de la identificación y la relación con la madre en la adolescencia.

Posterior a los capítulos que sirven de marco teórico al caso, la sección de *método* explica las partes fundamentales que guiaron la estructura del trabajo, es decir, la

justificación del reporte presentado, los objetivos del mismo y la organización con el que se ha realizado.

En una quinta sección, se presenta el *caso*, el cual contiene primeramente una viñeta, que permite la comprensión general de la paciente, para posteriormente explicar el trabajo psicoterapéutico realizado, en la sección de *intervención*. En ésta sección se detalla los diferentes momentos del tratamiento y son señalados con subtítulos a manera de guiar la lectura a la comprensión más profunda de lo que se trabajó en cada etapa de la intervención.

En la penúltima sección del trabajo se presentan la *discusión*, sección en la cual se hace una relación entre la fundamentación teórica y el caso presentado, así como las aportaciones del mismo. En esta última sección se exponen las *conclusiones* del trabajo, donde se aborda la utilidad final del trabajo y los cierres generales.

La identificación es un puente que nos lleva del amor del Yo al apego al objeto.

Yolanda Gampel

Capítulo 1

Adolescencia e identificaciones

1.1 El concepto de Identificación

Resulta imprescindible al hablar de adolescencia, tener en cuenta que ese periodo es, un espacio de cambios que son estructurantes en la vida de un individuo, en el cual, a nivel psíquico principalmente se llevan a cabo ciertas resignificaciones, en cuyo contexto, el concepto Identificación es fundamental.

Entenderemos a la Identificación como el proceso psicológico mediante el cual el sujeto hace suyo un aspecto, una propiedad o un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste (LaPlanche y Pontalis, 2008). Es a través de éste proceso -en el que una serie de identificaciones tienen lugar a lo largo del desarrollo del sujeto- por medio de lo cual la personalidad se constituye (Belmonte, Valle, Kargieman y Saludjian, 1976). Cabe señalar, que la identificación con el objeto se lleva a cabo como un proceso inconsciente, es decir, pasa desapercibida por el sujeto mismo, debido a que, es percibido como un placer autónomo y no relacionado con el objeto de identificación.

En el terreno psicoanalítico, el término inicialmente es acuñado por Freud quien lo lleva a la explicación de síntomas, principalmente histéricos, mencionado en sus primeras ocasiones en la correspondencia con Fliess. Más de una década después, en 1915 se añaden a la teoría freudiana conceptos como la incorporación y la introyección, que son mecanismos psíquicos íntimamente

ligados al fenómeno de la identificación, lo que permite, más allá de la formación de síntomas, poder estimar a la identificación como un proceso de la formación del Yo (Rosales, 2005).

Como lo señala el diccionario de psicoanálisis de LaPlanche y Pontalis (2008), el concepto de identificación en la obra de Freud, ha pasado de ser un mecanismo psicológico, a ser una operación para constituir al sujeto humano. La identificación sería meta y término de los procesos de pensamiento, con el fin de producir un estado de identidad.

Entenderemos a la identidad como el sentimiento de mismidad logrado por el individuo a través del suceder temporal y de las experiencias cambiantes biológicas, familiares y culturales, que le permiten mantener un grado de cohesión y estabilidad más o menos uniforme (Belmonte et al, 1976). Como un mecanismo inconsciente, la identidad sólo se revela de manera indirecta, no de una forma consciente a manera de imitación o mimetización como en los animales (Nasio, 1988). La identidad, para Sigmund Freud, se ve ligada a la actividad cogitativa y entenderemos que si resulta necesaria esa tarea que incluye el pensamiento, la identidad no sería previa, sino un proceso de construcción que está precedido por las identificaciones que el sujeto hace con los otros (Peña, 2005).

La identificación, sin embargo, no solamente está ligada al término identidad, sino en general al desarrollo del Yo, Superyó e ideal del yo, como un proceso de desarrollo con respecto a la relación objetal, iniciando con un proceso de incorporación como un mecanismo primario de internalización, y evolucionando hasta las identificaciones parciales que toman su importancia en la formación de la personalidad.

De manera específica, dentro del concepto de identificaciones existen dos grandes categorías, que a su vez, nos van guiando en el proceso de identificación. Una primera que implica la identificación total con el objeto (la identificación primaria) y una segunda, llamada parcial, que son identificaciones secundarias. Ambos tipos de identificaciones funcionan como formadoras del proceso de la constitución del sujeto, aunque en diferentes momentos.

Más específicamente, según Widlöcher (1992), la identificación tendría dos metas, dependiendo del tipo a la que se refiere. En el caso de las identificaciones primarias, éstas responden a su fin propio, es decir, la identificación es en sí misma el fin. En el caso de las identificaciones secundarias, la identificación sería un tipo de proceso que sirve de intermediario a la satisfacción de otro deseo, como más adelante se explicará.

La *identificación primaria* o total, al ser el primer proceso de incorporación del objeto, se encuentra muy ligada a un concepto de oralidad y es la representación mítica de la identificación con el padre de la horda primitiva, es decir, la representación en psicoanálisis de la alegoría de la transmisión de la libido pulsional.

Al inicio, como señala Belmonte et al. (1976), la identificación o introyección, quedaría definida en un yo placer, como sus procesos incorporativos psíquicos que acompañan las primeras gratificaciones orales, donde el objeto-pecho (entendiendo al objeto como una tendencia parcial y no como objeto sexual para el yo total), reconocido como fuente de placer, es reconocido e introyectado, como una forma del yo de introyectar todo lo placentero y rechazar todo lo displacentero, como base del principio del placer en la formación del yo. No obstante, la identificación, es ambivalente y en ella, el objeto anhelado es incorporado por devoración y se aniquila. Es así que por medio de la incorporación y la introyección que parten de la no diferenciación, se devoran partes de los objetos buenos y malos. Los objetos malos, son vividos así por la frustración que causan y los objetos buenos son vividos así por la gratificación que dan. Finalmente, esto da paso a la paulatina diferenciación del yo- no yo, a través de las huellas mnémicas.

Por su parte la *identificación secundaria* o parcial, obedece a una meta inconsciente que se torna real mediante la forma de cumplimiento alucinatorio de ser el otro, todo esto bajo un proceso primario. Estas identificaciones, como señala Nasio (1988), pueden ser con un rasgo distintivo, con una imagen global, una imagen local o una emoción; cualquier forma representa un aspecto parcial de la representación inconsciente del objeto.

La identificación secundaria es el resultado de la pérdida de objeto, el yo en sí, se conforma de toda las identificaciones perdidas, que inicia formándose con una primera identificación perdida en el proceso de la identificación edípica, de esta forma la libido objetal, se transforma en una libido narcisista (Belmonte et al., 1976).

En el *yo y el ello* (1923) Freud, habla de la resolución del Edipo masculino y su relación con la identificación secundaria. En esta resolución, el varón renuncia al padre como objeto de amor y se identifica con él; renuncia también a la madre como objeto de amor, hecho que refuerza la identificación con el padre. Al identificarse con el padre, el niño cumple identificarse con aquel objeto admirado y envidiado (reforzando la identificación primaria en el sentido de apropiarse de la misma sustancia de aquel que se devora) y en segundo término, al identificarse con el padre, el niño logra suprimir al padre como rival.

La identificación edípica masculina, como parte de los procesos secundarios identificatorios, refuerza al mismo tiempo el narcisismo secundario; a partir de esta resolución edípica se da paso a dos instancias: el ideal del yo y el superyó. El superyó se forma con rasgos de identificaciones parentales ya sea porque son modelos ideales a los que se aspira, o porque son prohibiciones de lo que no se debe admirar (Belmonte et al, 1976). De alguna forma, la formación del Superyó y del Ideal de Yo, al tomar rasgos del aspecto perdido, es una forma de compensar la renuncia de ver a las figuras parentales como objeto amoroso, quedando así la resolución del Edipo como la forma más adecuada para dominar las pulsiones. Es entonces que se puede ser como el padre y se aspira a ser como él, pero también no se debe ser como él, ya que se está renunciando para siempre al objeto materno. Finalmente, la resolución de la identificación edípica permite quitar la libido del objeto para transformarla en libido narcisista.

Es importante señalar, que hay dos tipos de clasificaciones que comúnmente se encuentran en las descripciones de las identificaciones parciales o secundarias, el primero de ellos es la *Identificación histérica*, que expresa en el fondo la identificación con base al deseo.

Inicialmente Freud explora la identificación histérica en torno al mecanismo y la comprensión de los síntomas histéricos. El término, es expresado en comunicación con Fliess entre 1896 y 1899 a modo de reflexiones acerca de la histeria.

Al puntualizar en el término, más tarde en sus escritos, Freud describe un elemento compartido para las diferentes expresiones de la identificación histérica, este elemento estaría reprimido en el inconsciente y originado en un impulso sexual o agresivo. Es así que la represión del impulso sexual o agresivo se convierte en la base, que puede dar paso a síntomas histéricos por identificación. Es en 1900 en la interpretación de los sueños que conceptualiza el término de identificación histérica como expresión de una analogía o comunidad generalmente sexual, reprimida en el inconsciente.

Las identificaciones del tipo histérico se realizan a través de síntomas y/o fantasías histéricas y por lo tanto tienen significación genital. Esas fantasías y síntomas tienen como objetivo evadir la represión de los impulsos instintivos y libidinosos inconscientes. La identificación, así, sirve a la canalización de las energías instintivas (Belmonte et al, 1976).

Un caso que expone el mecanismo de identificación histérica, es el caso Dora, presentado por Freud en 1905. Dora a través de su síntoma, la tos, deja ver a Freud lo que supone es una identificación por comunidad -en este caso sexual- con la señora K, con quien Dora imagina que su padre tiene un romance. En este caso, la tos, al igual que ciertas decisiones de Dora, como la forma que elige de interrumpir la cura (con 14 días de anticipación, como lo haría la mujer de servicio con la que se identificaba), nos sirven de ejemplo de la identificación histérica como expresión de conflictos sexuales que tienen su descarga a través del mecanismo identificatorio.

Un último tipo de identificación secundaria que se expondrá es la *Identificación narcisista*, que se define como secundaria, ya que el sujeto ha hecho previamente un investimento libidinal o una elección de objeto amoroso, la cual asegura la permanencia del objeto interiorizado. El mejor modelo para explicar este tipo de identificación es el de duelo y la melancolía.

Freud explica en *Duelo y melancolía* (1917) que el melancólico, muestra una extraordinaria rebaja del sentimiento yoico y un enorme empobrecimiento del yo. Dentro de la lógica del cuadro, explica que la mecánica en la que, como resultado de una afrenta o desengaño, la libido que fue quitada del objeto, queda libre, sin embargo, no se depositó en otro objeto, si no se retiró sobre el yo, en el que sirvió para establecer una identificación con el objeto resignado. Es en ésta parte donde cobra sentido y peso la famosa frase del texto “*la sombra del objeto cayó sobre el yo*”, y es a partir de esa identificación que se hacen los reproches (autorreproches), característicos del estado melancólico. En esta lógica de la melancolía se asoma la identificación narcisista.

La identificación narcisista con el objeto, requiere menos resistencia de investidura, se convierte en un sustituto de amor, es decir, el vínculo no se resigna por la pérdida del objeto, la libido pasa al yo, sin resistencia de la investidura libidinal, a causa de la identificación con el objeto. En este último punto, Freud, hace una diferenciación entre la identificación narcisista y la histérica (1917), señalando que en la narcisista se resigna la investidura de objeto, a diferencia de la histérica en la que el objeto persiste y se exterioriza.

Hasta aquí, se ha expuesto los tipos de identificación, así como sus diferentes excepciones en el contexto del psicoanálisis. Queda dicho entonces, que **la identificación**, como un proceso inicial de incorporación e introyección de los aspectos de un objeto primario, se transforma en el mecanismo por el cual, a través de la vida, se toman aspectos de los objetos, para formar la identidad o salvar los procesos psíquicos inherentes a la historia de un sujeto. En este contexto, *un momento importante* en el que las identificaciones toman lugar primordial como parte del proceso re-constructivo de la identidad, es la adolescencia, hecho que a continuación se expondrá.

1.2 Identificación y adolescencia

El proceso de identificación en la adolescencia, toma especial relevancia, debido a que, en esta etapa tiene lugar la reedición de las identificaciones y del Edipo, lo

que a su vez, da paso a la consolidación de la identidad psicosexual, procesos que en conjunto se afirman como uno de los hitos más importantes en la configuración del sujeto psíquico.

Antes de la adolescencia, el proceso identificatorio ha tenido un recorrido importante y con ello la identidad se ha generado, no obstante, pese a tenerla, la crisis de la adolescencia pone en juego los procesos de identificación que terminarán consolidando aspectos fundamentales del ser humano.

En lo que llaman “crisis de la adolescencia”, Mannoni, Deluz, Gibello y Hébrard (1991), suponen un periodo en el cual se desarrolla la elección de los nuevos modelos de identificación, poniendo en juego los modelos anteriormente adquiridos y reaccionando a la vez en contra o a favor de los mismos. Estos modelos de identificación, mencionan, en sociedades más estables serían más evidentes, lo que ayudaría a que esta crisis sea mucho menos visible en algunas sociedades que en otras. En éste contexto social y psíquico, entenderemos adolescencia más allá de un periodo determinado del desarrollo, concibiéndolo como una etapa con carácter social a definir, según el contexto en el que el sujeto se desarrolle y dependiendo de éste, el conflicto adolescente tomará sus matices y vicisitudes.

En la actualidad, en el contexto de la cultura occidental, por ejemplo, existen cambios sociales grandes que se notan entre una generación y otra, entre adolescentes y padres de adolescentes. Asimismo, más allá del desplazamiento de los modelos de identificación en la sociedad occidental, los contextos culturales han ido también definiendo los conflictos adolescentes.

Las necesidades narcisísticas y objetales, que son un factor fundamental para la resolución de las identificaciones, toman un matiz resaltable, dentro del contexto de la adolescencia y nuestra cultura contemporánea. Al respecto Phillippe Jeammet (1992) menciona:

”Junto con los trastornos psicóticos y neuróticos clásicos, las dificultades de índole narcisista, la patología de los límites y los trastornos del comportamiento, han tomado un lugar cada vez más importante, mostrando por una parte un

desplazamiento de los conflictos del mundo interno hacia el externo y revelando que la alteración de reglas y prohibiciones, deja aparecer la agudización de problemas de superposiciones sujeto/objeto (...) los conflictos objetales (...) compromete (n) al narcisismo y crea las condiciones de un antagonismo entre necesidades narcisísticas y deseos objetales (...)”(pag.42).

Pareciera entonces, que los de por sí ya importante conflictos narcisistas del adolescente, toman mayor relevancia en un contexto social actual, muy probablemente derivado de las nuevas formas de relación objetales tempranas, como se expondrá en los siguientes capítulos. No obstante, aunque la forma que toman los conflictos adolescentes, es un tema que habría que considerarse más a profundidad para su estudio, lo anterior pone sobre la mesa la consideración del contexto y su papel en la crisis adolescente, debido a que los matices que se desprendan de nuestro contexto actual, pueden guiar mejor nuestra comprensión de los conflictos en nuestra práctica clínica.

En éste contexto histórico social, por variable que éste sea a lo largo de nuestra historia, hay factores que permanecen en la adolescencia, como son la necesidad psíquica de la formación de la identidad, la resolución del conflicto edípico, los conflictos identificatorios derivados y la irrupción de la sexualidad genital.

En un principio, la importancia de lo corporal, que iniciaría con la pubertad, determina el paradigma, no se es un cuerpo de niño, con todas sus implicaciones en el campo social, se es un cuerpo en desarrollo, crecimiento y aspirando a ser un cuerpo adulto, aunque, a la vez, es “un cuerpo prestado”. En esta trama de cambios de “ser”, iniciando con el cuerpo cambiante, se juegan las identificaciones.

En este proceso, las identificaciones infantiles se reelaboran y se genera angustia de identidad, en la que se recurre a la imagen del otro. Mannoni (1991), refiere que el adolescente está obligado a condenar sus identificaciones pasadas y se encuentran en una especie de camino trifurcado en el que sabe que ya no es un niño, pero también sabe que no es un adulto y sabe que se expone al ridículo (causado por una ruptura de identificación en el nivel del yo) si se cree un adulto.

Explicado en la atinada figura de un pájaro que muda de plumas, Mannoni piensa que el adolescente es desdichado en este mudar. La resolución aún así de esa mudanza será un plumaje prestado, el simbolismo de la dinámica identificatoria, ya que, después de todo, el yo está hecho de identificaciones con los objetos.

Después de la adolescencia, aunque de alguna forma las identificaciones se arreglan, con algunos cambios, el sujeto no se desembaraza del todo de sus objetos prestados, aunque logra hacerlos suyos. Tal vez de ahí que haya un fin para la crisis de la adolescencia. En este fin, señala Urribarri (1992), toda identificación busca superar la impotencia y dependencia frente al objeto, tratando con ello de lograr la autonomía, lo cual se logra, en parte, por medio de la identificación, lo que implica una paradoja que se observa exacerbada. Lo propio de la adolescencia, implica entonces, conjugar dos corrientes, la de la vida pulsional con los objetos para satisfacerla y la autonomía del individuo.

En este punto, cabe señalar, que no todas las relaciones objetales dejan esos rastros de la identificación que conforma nuestra identidad, sino son únicamente aquellas “relaciones significativas” cuyo abandono no es anhelado por el sujeto o cuya intrincación pulsional es intensa. Y que como señala Urribarri (1992):

“al tener que resignarlas, por imposición de la realidad, dejan como resultado final una identificación” (pag 29).

Finalmente, será importante señalar que la crisis de la adolescencia, como afirma Jeammet (1992), actúa como un revelador e interrogador de la cualidad de nuestras identificaciones y de manera general de nuestras interiorizaciones anteriores. Debido a que en la adolescencia hay un cuestionamiento narcisístico que entra en resonancia con la historia infantil -dificultades y las carencias narcisísticas-, se puede prever, que *entre más grande sean las carencias narcisísticas mayor la importancia de los objetos y a su vez más las dificultades con los mismos*, es decir, se hace más evidente el conflicto entre el adolescente y sus objetos. A continuación, se hablará con más detalles al respecto de las dificultades en la adolescencia.

1. 3 Adolescencia y avería de las identificaciones

Dos de las principales tareas a realizar en la adolescencia, serán asumir una identidad sexual determinada y asegurar la autonomía en la relación con los padres; ambas tareas, se juegan, en el contexto de los movimientos identificatorios.

Por un lado, en la pubertad y adolescencia, tendrá lugar el enfrentamiento de la reedición del complejo de Edipo, lo que lo hará lidiar con los deseos incestuosos y parricidas y con el trabajo de desinversión libidinal de la que es objeto el progenitor del mismo sexo (Gutton, 2003). Por otro lado, como parte de la necesidad de reafirmar la autonomía, el adolescente se enfrenta a un conflicto, en el que dos aspectos contrarios se enfrentan: la necesidad del objeto y el rechazo del mismo.

Para abordar este último conflicto, podemos remitirnos a las exploraciones hechas por Phillippe Jeammet (2003), quien consideraba a la adolescencia como el periodo donde se exagera, lo que él llama, la *apetencia objetal* (entendida como un estado de necesidad exacerbada del objeto), con una incitación a la finalización de las identificaciones y la necesidad de afirmarse como ser autónomo y narcisísticamente suficiente. Luego entonces, la apetencia objetal se daría por el cambio que implica la unión de dos corrientes que antes de la adolescencia no habían tenido que converger: la de la vida pulsional –con los objetos propios para satisfacerla- y la de la autonomía del individuo.

Los objetos toman relevancia ya que podrán satisfacer las necesidades pulsionales narcisistas, que buscan reforzar la identidad y llenar las carencias del adolescente. La apetencia objetal, sumada al peligro de los deseos incestuosos o parricidas (que ahora con un cuerpo apto, para el adolescente pueden ser realizables), crean en el sujeto un conflicto que lo puede llevar al desbordamiento. Este estado de apremio paradójico es descrito por Jeammet por la frase siguiente: *“lo que necesito para ser yo mismo y desarrollar mi autonomía, porque la necesito. A la medida de esa necesidad, representa una amenaza para mi autonomía”*.

En este punto, cabe preguntar, ¿qué contexto anterior a la adolescencia determina las patologías graves que se relaciona con la “avería de las identificaciones”? y ¿qué es lo que en el curso de la adolescencia permite el desarrollo del proceso sin averías mayores?

Inicialmente habrá que considerar que para que la identificación sea armónica e introyectiva deberá comprometer al sujeto de manera moderada, es decir que sus adquisiciones previas no sean cuestionadas por el proceso identificatorio adolescente en un grado des-estructurante.

Un factor previo que puede ayudar a la “no avería” en el adolescente, será un contexto anterior de suficiencia en la formación del yo. Al respecto Gutton(2003) habla de un marco de objeto suficientemente bueno que narcisizó al *infans* con su ternura. Menciona:

“Los objetos narcisistas se nos presentan así como creadores de identificaciones, “contenedores narcisistas”, cuya función específica sería permitir la separación concretamente, y sin embargo, mantenerla contenida, todavía sin elaborar. El continente tendría valor de una herencia todavía no compartida” (Pag. 704).

De esta forma, es la adecuación del objeto del *infans* y la calidad de su presencia- ausencia, la que puede provocar una fractura entre el narcisismo y la relación objetal. Si el objeto representa un conflicto, se verá dificultada también la vía de las identificaciones posteriormente. Si llegara a faltar éste marco de objeto que narcisizó, la ruptura o avería identificatoria en este periodo de sumo cambio, podría darse paso. No obstante, Gutton (2003), señala que esta carencia puede estar enmascarada por tenencia grupal y mentalidad de grupo, es decir, el grupo familiar que contiene y sustituye el apoyo narcisista que falla. Esta contención puede hacer que la ruptura del paciente no se realice a menos por cierto tiempo.

Según Jeammet (2003), Narcisismo y apetencia objetal están ligadas, de tal forma que entre más grande la carencia precoz narcisista, más la importancia de los objetos en la adolescencia. El autor, resalta la importancia de la constitución temprana de las bases narcisistas relacionadas con la presencia de objeto que ha podido alimentar con su presencia sin tener que manifestar su diferencia

demasiado pronto o de manera demasiado profunda o traumática. En tanto más estructuras diferenciadas e identificaciones establecidas, más fácil el trabajo de interiorización e identificación sin sentir el peligro.

Entre la psicopatología que puede presentarse en el adolescente, según Gutton (2003), serían un funcionamiento falaz del narcisismo que puede mostrarse a través de una drogo-dependencia, o por otro lado, un derrumbe narcisista que lleva a una “ruptura del desarrollo” (concepto que toma de M. Laufer). La ruptura del desarrollo, es un estado límite en el que el yo es llamado a funcionar en gran parte en sus defensas más arcaicas, como la proyección y la posición depresiva.

Jeammet (1992), por su parte señala que lo contrario a un desarrollo normal, está basado en un movimiento anti-introyectivo, en este movimiento, el adolescente crea una “identidad negativa” que se caracterizaría por un rechazo de los procesos de interiorización que puede manifestarse en contra-identificaciones en el cual poco a poco se pierde el vínculo con el objeto. En esta actividad anti-introyectiva, Jeammet identifica como una forma de expresión de la misma a la violencia, que sería una expresión de una transformación del investimento tierno. Al respecto menciona:

“(…) Violencia de los ataques del propio cuerpo... mostrando que la violencia es una historia de pulsiones, pero que ella puede ser la salida casi inevitable de una situación de limitación paradójal que amenaza la identidad del sujeto y la consecuencia ineluctable de una desaparición de los vínculos objetales necesarios a toda actividad de ligazón. La violencia acentuada se vuelve entonces la única defensa posible para restaurar una identidad amenazada(…)”.

Considerese entonces, que en su búsqueda urgente ante las nuevas formas de ser, el adolescente se enfrenta a un componente pulsional en donde la violencia puede ser una representación de sus enfrentamientos imaginarios, donde pueden los adultos estar incluidos. La pelea, puede ser con su propio cuerpo, como una forma de agredir a sus objetos, de los cuales busca deshacerse.

Por otra parte, una de las patologías observadas en la adolescencia compromete también al cuerpo. Ladame (1992), señala que para evitar rupturas, el yo puede

operar deformaciones, dividirse o escindirse, manifestándose en forma de distorsión de la imagen corporal como manera de perpetuar la relación con el superyó infantil, ahora incestuoso. Debido a que en la adolescencia hay un cambio de principio de realidad, hay una transición de la impotencia del cuerpo infantil a la potencia del cuerpo adulto (o su potencialidad de cuerpo adulto), la desmentida de ese cuerpo sexuado actúa como una parte para contener las pulsiones incestuosas y parricidas que ahora tienen el instrumento para llevarse a cabo en la adolescencia.

La identificación, según Urribarri (1992), implica la pulsión, tanto de vida como de muerte, es así que como en la adolescencia se puede experimentar con vivencias y fantasías siniestras donde lo tanático se ve desligado, manifestándose más allá de la patología en los conflictos de los movimientos identificatorio.

1. 4 La identificaciones de la adolescente con su madre

Lo anterior, hasta ahora, nos permite tener una imagen más global del concepto de la identificación y su lugar en la adolescencia, en los terrenos de la normalidad y la patología. Resulta pertinente en este punto explorar la identificación de la adolescente con su madre, como un punto aparte en el que toma su matiz las explicaciones teóricas con respecto al desarrollo e identidad sexual femenina.

Al llegar la adolescencia, el niño se ha preguntado por la identidad de sus padres, la niña, en específico, se pregunta por la de su madre, terreno que pone en juego las preguntas en un segundo tiempo en la adolescencia, ¿cómo es ser una mujer? ¿Qué es la maternidad? y ¿quién soy?

Guignard (2009), considera que hablar del vínculo madre e hija, desde el psicoanálisis, impone considerar el devenir de las pulsiones de cada uno de los sujetos de la relación, es decir, la organización de las sexualidades psíquicas de la madre y la hija, regidas por el tabú del incesto. A diferencia del hijo varón, la niña, entra en un universo social en el que se le pone, en muchas ocasiones, en una situación desfavorable, Guignard (2009) menciona que en la mayoría de mitos,

desde la antigua Grecia, hasta los cuentos de Perrault, enfatizan la expresión fálica y asesina de la rivalidad edípica existente entre madre e hija. En cuanto a los ritos, generalmente se enmascara lo femenino bajo la primacía de lo materno, es decir, la hija como la madre por llegar, misma que traerá con ella la introducción de lo femenino en forma de un hijo varón, quien tendrá el lugar del portador del patronímico.

En la mujer, la feminidad y la identificación con la madre, mucho tienen que ver con los primeros tiempos alrededor del proceso edípico. En el principio de la relación madre-hija, la introyección del primer objeto primario materno, crea el núcleo del yo. En un primer nivel, la niña se identifica con la madre en el plano de la identificación primaria, elemento que comparte con el varón, quien también toma como primer objeto al materno.

Posteriormente, en el proceso, la identificación con lo femenino de la madre, introduce, lo sexual de la madre en el mundo del *infans*, lo que genera impotencia al perder la ilusión de ser el único objeto para la madre. En ese momento, el movimiento implica un empuje hacia una identificación con el objeto perdido: “la madre materna” y con el objeto del deseo femenino: el padre. En el segundo tiempo edípico la madre se busca eliminar para dirigirse amorosamente al padre; la niña cambia entonces de objeto amoroso, de la madre, hacia el padre en el proceso edípico. Es después de la formación de este segundo objeto, el padre, que sobreviene el conflicto ambivalente con la madre.

El Edipo precoz, implica que la niña deberá identificarse con quien la privó de su estado omnipotente, que será la madre sexuada, lo cual dará paso al interés por el padre edípico. Contrario al niño, la niña es forzada a cambiar de objeto de amor, lo cual la coloca en una posición peligrosa respecto a su objeto de amor primario, éste suceso, en opinión de Guignard (2009), implica que aunque la madre permanezca como referencia identitaria para todas las etapas del desarrollo, dota a la configuración de la identidad femenina, de la fuerza y la vulnerabilidad a su vez del desarrollo femenino y de las relaciones con las mujeres, debido a que la figura con quien se identifica genera ambivalencia.

Freud, por su parte, hace referencia con respecto al desarrollo sexual femenino en varias de sus obras, enfatizando el desarrollo edípico para explicarlo.

La dificultad de la teorización para Freud acerca de la sexualidad femenina, se pone en evidencia en 1926 cuando en su escrito *pueden los legos ejercer el análisis*, afirma que acerca de la sexualidad de la niña se sabe mucho menos que del varón e incluso la vida sexual de la mujer adulta la consideraba un *dark continent* para la psicología. No obstante, a esas alturas ya refuerza su idea de que la falta del miembro sexual en la mujer otorga la diferencia sexual y a diferencia en el proceso edípico que este tiene.

En *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (1925) Freud explica que como una consecuencia de la envidia del pene, que surge de la nueva percepción de la niña de su diferencia sexual ante el varón, también se deriva un *“aflojamiento de los vínculos tiernos con el objeto-madre, a quien se le responsabilizaría de la falta de pene y del amor mayor hacia el hijo varón a comparación de la niña”*.

Más tarde en el desarrollo de la niña, señala Freud (1925), la niña resigna el deseo del pene para remplazarlo por el deseo de un hijo y con este propósito toma al padre como objeto de amor, de forma que la madre pasa a ser objeto de los celos de la niña.

De esta forma, los desarrollo del psicoanálisis con base a los planteamientos freudianos del desarrollo edípico, *ponen sobre la mesa la dificultad del desarrollo de la identificación femenina de la niña con su madre por el conflicto de ambivalencias que suceden desde el desarrollo psíquico temprano, y al ser la madre el objeto principal de referencia identitaria en la vida de cualquier mujer*, los conflictos pueden entonces sobrevenirse con la misma ambivalencia, cuando de procesos identificatorios se trate. Por lo tanto, podemos pensar que tanto en la adolescencia, como en cualquier hito del desarrollo femenino (por ejemplo la maternidad), en la mujer, se exteriorizan los conflictos con la madre, por la importancia del objeto mismo para identidad psicosexual.

"La principal diferencia entre los dos reside en que para la arqueología la reconstrucción es la meta y el término del empeño, mientras que para el análisis la construcción es sólo una labor preliminar"

S.Freud, 1937

Capítulo 2

La pregunta de la identidad y la transmisión de su respuesta

2. 1 La transmisión generacional, narcisismo e identificación

La escucha de un paciente en terapia, obliga a la escucha de sus objetos, que a la vez le dieron el tono a las palabras y afectos del paciente. Como un interlocutor, la historia familiar, que paradójicamente se construye y reconstruye, se atraviesa en la terapia. Es por ello que este capítulo se abordará un primer plano de análisis acerca de la construcción de la subjetividad y la transmisión generacional, en una situación específica: las familias con historias de adopción.

En su texto, *una dificultad para el psicoanálisis* (1917), Freud escribe que el ser humano tiene la ilusión narcisista de ser dueño de sí, cuando en realidad, es un cúmulo de deseos inconscientes. Más tarde, en *El yo y el ello* (1923) al hablar de la formación del Yo, Freud la explica como "la suma de las identificaciones", con lo que parece proponer que el ser humano es una adición de los otros.

René Kaës, uno de los principales teóricos de lo generacional, en su recorrido teórico hecho en el texto *transmisión de la vida psíquica entre generaciones* (1983), explica como Sigmund Freud en *Introducción del narcisismo*, habla ya de la dimensión generacional, como la que carga al nuevo individuo, con expectativas derivadas de las generaciones precedentes.

Específicamente, en *Introducción del narcisismo* (1914), Freud explica cómo el narcisismo del sujeto se apuntala en la generación que lo precede en todas las fantasías narcisistas de los padres. Por lo que la identificación primaria encuentra su base en las fantasías de la generación precedente, la cual a su vez, tiene una razón de tener esas fantasías y expectativas que cargan a un nuevo ser, ya que fueron adquiridas a su vez por la transmisión familiar de la generación precedente. Kaës (1983) señala:

“el individuo es para sí mismo su propio fin, pero en la medida que se constituye como miembro de esta cadena intergeneracional por la que se transmite la continuidad de la vida psíquica de las generaciones sucesiva” (pag.60).

De ahí, que el autor concluya que esta herencia no puede recibirse pasivamente, si no es una adquisición apropiativa, como resultado de la unión del nuevo eslabón en la cadena familiar.

En *Introducción del narcisismo* (1914), Freud infiere el narcisismo primario a partir de la relación que tiene los padres con sus hijos, signo de la reproducción de su narcisismo propio, según señala, en este movimiento *“prevalece una clase de compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones”* (pag,87-88). Además, Freud introduce un tema importante, que es la carga de las expectativas no cumplidas de los padres, puestas ahora en el hijo, quien *“debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres”*.

Por otra parte, Freud (1914) dice que un narcisismo, el secundario, surge como replegamiento de las investiduras de objeto, y tiene como base un narcisismo primario, que es oscurecido por múltiples influencias.

Una parte del sentimiento de sí, siempre será primario, derivado del narcisismo primario. Otra parte será la derivada del cumplimiento del yo ideal, que a su vez es un alejamiento y un acercamiento del narcisismo primario, y una última parte, tiene que ver con las relaciones de objeto. De manera que una carga, entonces, siempre tendrá que ver como lo originario, con el narcisismo primario.

Con respecto a ese narcisismo primario, Kaës, habla de la dimensión generacional, en dos generaciones precedentes y lo que éstas cargan en el nuevo individuo. En este punto cabe preguntarse si acaso todo lo cargado al inicio tiene que ver en las expectativas ideales de los padres y sus precedentes.

His majesty, the baby, el famoso cuadro al que alude Freud en *Introducción del narcisismo* (1914), representa, con una imagen, el idilio narcisista de los padres - quienes proyectan en el hijo todo deseo de perfección-, es éste, el más conocido ejemplo que Freud nos entrega para representar el narcisismo paterno en transmisión. No obstante, la carga narcisística se explora desde una perspectiva un tanto más específica con los desarrollos de las teorías de transmisión, como las desarrolladas por dos psicoanalistas franceses, Abraham y Torok, quienes de los años sesenta exploran la transmisión de lo negativo y proponen conceptos como *cripta* y *fantasma*, teorías con las que proponen que lo que se llega a transmitir puede ser también “algo” no elaborado o no dicho (como un secreto), y su transmisión a las generaciones posteriores.

La transmisión de lo negativo o no procesado de la generación anterior es estudiado también importantemente por autores como Haide Faimberg, con el desarrollo de su concepto de *Telescopaje*.

Para explicar el concepto de telescopaje, al que entiende como un proceso de identificación inconsciente que condensa tres generaciones, Faimberg (1985), explica, cómo se carga al hijo de lo negativo del padre en una relación de objeto narcisista. Explica que en la lógica narcisista paterna se carga al no-yo (el hijo), de lo negativo que el padre no puede reconocer de sí, dentro de la relación de objeto narcisista. Esa sería, lo que la autora llama, la parte *clivada* y *alienada* del yo, que se identifica con la lógica narcisista de los padres.

Un primer momento, llamado por la autora como “función de apropiación” se refiere al amor narcisista de los padres, momento en el que se ama al niño como un reflejo narcisista. Al segundo momento, llamado “función de intrusión” se referirá al del odio narcisista de los padres. En este se odia lo que viene del niño y lo que no se acepta de sí mismo y se le carga al niño. Es decir, el niño es odiado, porque es cargado de lo que los padres no aceptan en su regulación narcisística,

según señala la autora, por lo que no hay espacio para que el niño desarrolle su identidad libre, por lo tanto, estará alienado del narcisismo paterno; de igual forma los padres se encuentran alienados del narcisismo de sus propios padres, lo que explica la dificultad en tres generaciones.

El término *Identificaciones alienantes*, de la autora Faimberg, explora la repetición de lo que no está representado, aquello que puede ser de transmisión generacional. Algo que no ha sido hablado, por ejemplo, puede llevar una repetición en la que no hay representación, se repiten por medio de las identificaciones alienantes. Pareciera entonces que las posibilidades creativas suelen entorpecerse por identificaciones alienantes que impiden reelaborar lo heredado y obligan a repetirlo, llevando con ello mismo a la formación de un síntoma.

Es en el terreno de lo transferido, entra en juego el término de identificación, que como René Kaës señala, es una vía para explicar la transmisión generacional.

Kaës (1983), expone como uno de los modelos que toma para explicar la transmisión psíquica, el de las identificaciones. Para explicarlo, retoma el concepto de apropiación, expuesto por Freud en la interpretación de los sueños en el año de 1900, en el que a través del análisis del sueño “de la carnicera” Freud expone que lo común entre la soñante y su amiga, son sus deseos inconscientes, y señala:

“en el movimiento por el cual el sujeto se identifica, con el deseo o con el síntoma del otro, existe transmisión intersubjetiva” (pp. 64).

En este punto, el papel de la identificación se ubica como parte de la dinámica de la transmisión, que forma parte de la construcción de la subjetividad.

Por su parte parece claro que la familia, aparece explorada por los autores de lo generacional, como un semillero de expectativas e identificaciones, algunas de ellas alienantes, lo que explica gran parte de la formación del psiquismo y la formación de síntomas inherente en algunos casos, como más adelante se expondrán.

2.2 La pregunta del origen y sus vicisitudes en la adopción

La búsqueda de las respuestas a las preguntas sobre nuestro origen -las verdades básicas acerca de la vida, la muerte, y el origen-, son aprendidas por el entorno inmediato, por lo que nos van significando, a los que llamamos padres (sean o no nuestros padres biológicos), no obstante, queda algo innegable que es la necesidad de explicarse los orígenes.

Todo niño construye teorías acerca de su origen y una forma de hacerlo, se explora en las fantasías sobre *la novela familiar* que Freud describió al hablar de niños neuróticos.

En *La novela familiar*, Freud (1909), analiza el fallo en el individuo neurótico del deshacimiento de la autoridad parental. En la que los padres pasan de ser la única fuente de autoridad y creencia a ser rechazados, en la fantasía.

Conforme el niño se desarrolla, señala Freud, toma noticia de la realidad de la categoría de sus padres e inicia la crítica de ellos. El sentirse relegado, o serlo, al no ser el único objeto de amor parental, el niño puede crear fantasías de ser un hijo bastardo o adoptivo, es así que hostilidad de los padres (fantaseada o no), como la del niño, se unen para renegar de esas figuras parentales. El desarrollo de la enajenación respecto de los padres lo llama Freud, novela familiar de los neuróticos.

La primera fantasía que construye el niño, dentro de la novela familiar, responde a la pregunta acerca del origen, aunque en un primer plan asexuado, parece ser la primera duda que empuja, que lleva tras de sí, la pregunta sobre sí mismo. Lo que el niño hace al construir esa y posteriores fantasías en la novela familiar, es preguntarse sobre su origen, que en el caso del niño neurótico, mostrará a través de sus fantasías el carácter de su vínculo ambivalente con ambos padres.

Enriquez (1986), retoma a Laplanche y su concepto de *Significantes enigmáticos*, en torno a lo transmitido sobre los primeros significantes que recibe el niño ante la cual hará preguntas fundamentales. En su trabajo, *La pulsión et son objet-source* ;

son *destin* dans le *transfert* (1984), LaPlanche, nombra como mensajes enigmáticos a los mensajes impregnados de significación sexual, que son propuestos y que asaltan al niño, en el sentido seductor, debido a que esos significantes son propuestos por el adulto, ya sea de forma verbal, no-verbal, comportamental, etc. El carácter enigmático, lo da el hecho de que, ni el adulto ni el niño poseen los códigos inconscientes y sexuales; es decir, son mensajes inconscientes, para los que no se haya respuesta, por lo que el niño se ve obligado de fabricar teorías de las relaciones parentales, de la diferencia de los sexos, el nacimiento y la muerte.

Enriquez (1986), menciona, acerca de las respuestas del niño a las teorías de origen, sexuales, parentales y de muerte:

“Para darse ‘respuestas’ satisfactorias a estas preguntas, el niño encontrará en el mejor caso un apoyo en su dos padres, su amor, su palabra, su comportamiento, que darán testimonio de que él es su hijo, que entre ellos y él existen lazos afectivos y sociales que lo insertan en una genealogía. Los padres le transmitirán mitos familiares, una historia sobre su pasado, el de sus descendientes y también una historia acerca de su pasado infantil olvidado, constituyéndole así una memoria que llegará a ser memoria y participará en la elaboración de su mito originario individual (Pág.106)

De esta forma, antes esos primeros significantes transmitidos, se hayan las primeras preguntas sin respuesta, que empujan al deseo de conocimiento y por lo tanto la necesidad de construcción de sus respuesta, todo esto, en torno a una familia que da mensajes conscientes e inconscientes, que insertan a un niño, dentro de una historia familiar y cultural colectiva.

Pero ¿qué sucede con las explicaciones de origen que corren en las historias familiares cuando existe una historia de abandono previa y posterior una de adopción? En primera instancia, no podemos dejar de lado la posibilidad de que en estas historias de adopciones y abandonos, exista también el carácter secreto, en cuyo contexto aparecerá un lado velado, tras el que corren las explicaciones del origen, en un plano alterno, más no inexistente, a modo del personaje de El

oso, en el libro *El discurso del Oso* de Julio Cortazar. Es decir, algo que parece no estar, está. No se dice, pero se sabe.

Claudia Bregazzi (2011), menciona que la novela familiar de los niños adoptados, al igual que la de los neuróticos, es una novela velada de misterio e incertidumbre, como sucede con los casos de adopción. Es decir, el carácter de desconocimiento, parece ser el que lleva a las fantasías acerca del origen.

No obstante, autores como Maya (2011), señalan que en los niños adoptados antes de hacer esa novela de la que habla Freud, se enfrentan a la pregunta, sobre la dolorosa realidad de la existencia de sus padres biológicos y las fantasías que se desprenden de sus identidades, las cuales, cobran más importancia de responder, cuando el niño entra a la adolescencia.

La misma autora, sugiere que en el niño adoptado, las teorías no gira en torno a un triangulo heterosexual de dos padres y un hijo si no de dos madres y un niño, entre las cuales, el niño tendrá que discriminar. Parece entonces que la pregunta cambia y se coloca en el plano del maternaje, el deseo materno entonces cobra relevancia en primera instancia.

Hay ahí dos preguntas que quedan atravesadas por un no saber y las fantasías que se desprenden de ello, la pregunta sobre el deseo y otra pregunta sobre la identidad de los padres, que rebota en la identidad propia, en un primer tiempo (infancia) y en un segundo tiempo (adolescencia).

El secreto de la adopción también viene determinado de una prohibición cultural tipo tabú que se calla. ¿Se calla la violencia presentida de los padres que abandonan o de la misma cultura?

Abramos también la posibilidad de que lo que se calle, también, sea la misma violencia de rechazo al interior de la familia que adopta, que sabe que no pertenece y no le da muchas veces la pertenencia real. En otro plano, pensemos en la salvaguarda de la propia identidad, que implica el guardar el secreto (se es en sí mismo un secreto o la construcción alrededor del mismo).

En este contexto oculto acerca de los orígenes, en el que no hay certezas, se crean fantasías y teorías, muchas veces cercanas otra no, a la realidad psíquica de los padres que no están.

Faimberg (1993) habla acerca de los secretos, y como los mismos ponen en peligro las verdades psíquicas. En su texto *El mito de Edipo revisitado*, hace un análisis de la situación del personaje del mito llevado a ser la imagen de un tópico por Sigmund Freud.

Faimberg, explora cómo el secreto de filiación que vive Edipo por parte de los padres, adoptivos y naturales, evita elaborar en los padres su relación de odio narcisista. En ese caso, Edipo, quien desconoce la historia de rechazo narcisista de Layo. Más tarde el mismo secreto destruye la verdad psíquica de Edipo y pervierte la estructura “edípica” del personaje. Con ello la autora explora la repercusión generacional del secreto de filiación en la novela familiar y de la no elaboración de del odio narcisista de los padres, de sus propias historias y deseos inconscientes. Lo que puede llevar a la destrucción de las verdad psíquicas y a la perversión de la estructura edípica esencial, como lo muestra el fin del mito edípico, en el que el peso del secreto, resulta realizado.

De alguna forma, lo no elaborado, por no entendido, por no hablado, tiene una repercusión en las generaciones, que no lo han procesado, pasando así a las siguientes generaciones.

De esta forma, el carácter secreto presente en las historias de adopción, crea movimientos desorganizadores que pueden verse presentes en la persona adoptada, así como transmitirse a las generaciones sucesivas.

Por otra parte pareciera que una historia de adopción marca a la persona con una *diferencia*, aspecto que posiblemente quede anclado a la identidad del sujeto, como plantea Alberto Eiguer, uno de los teóricos que exploran más profundamente el tema de la transmisión y su papel en las familias donde existen adopciones.

El impacto narcisista para la persona adoptada -que a su vez, transmitirse generacionalmente-, es el siguiente tema que se abordará en este capítulo.

2.3 La herida narcisista en transmisión

Eiguer (2001), propone la cuestión de “la diferencia” sentida por los miembros de una familia, que no tienen relación de consanguineidad con los otros, como un factor que afecta al miembro sin parentesco, por ejemplo alguien adoptado. Menciona:

“su especificidad como signos de marginalidad, los acosa o, como a veces sucede, si el tema es ignorado y ocultado, los secretos de filiación acabarán generando movimientos desorganizadores” (pag. 289-305).

Eiguer incorpora a su explicación, el término *herida narcisista*, la cual, según el autor, provoca un temor a ofrecer una imagen social inferior, como forma de expresar un duelo por la familia ideal, que tiene un carácter, como el de todo duelo: difícil e interminable. A causa de esa nostalgia de “la familia ideal”, se crea, un síntoma, se genera la interrupción del desarrollo o la repetición transgeneracional de los destinos rotos, según propone.

En éste sentido, algo que ha sido explorado en los niños con historias de adopción es la sensación de abandono o rechazo, que permea más allá de la explicación de las relaciones con sus padres, llevando a cuentas esa sensación más allá del la relación fantaseada.

La sensación de abandono, parece explicarse a partir de la herida narcisista, de la pérdida de la familia ideal, pero también podemos completarla a través de la presencia de posibles faltas de suministros narcisísticos que generan cierto vacío de significación en el niño. Al respecto de este último punto, podemos pensar en el papel de la madre y cómo este puede afectar en la ausencia de suministros narcisísticos. Podría ser una madre que verdaderamente no estuvo y tan no estuvo que alguien más tuvo que hacer las veces de ésta. Muchas veces la ausencia puede ser no sólo física, si no emocional, una madre que no puede estar, dejando con ello pendiendo del vacío a un nuevo sujeto -que pende de un vacío de suministros narcisísticos-, generando con ello una primera sensación de

abandono, que quedará marcada, aunque el niño sea adoptado y tenga una nueva madre.

Al respecto de una segunda madre, Maya (2011), señala, que en este triángulo que se genera, al haber dos madres y un hijo, la relación del niño con la madre biológica y la adoptante, es justamente el lugar donde se genera la herida narcisista. La autora explica que ante la adopción, en la relación madre-bebé se crea una segunda herida narcisista. Habiendo ya una primera, originada por la madre biológica, se genera la segunda, por la madre adoptante, quien al no poder significar al hijo desde el primer momento, no le puede brindar oportunamente los suministros, narcisísticos adecuados para su normal desarrollo psíquico.

A partir del término de herida narcisista y la falta de los que se suponen suministros suficientes narcisísticos, podemos suponer, que “algo hizo falta” algo, que es explicado en la sensación subjetiva del niño o adulto, como vacío o abandono.

Podemos suponer hasta el momento que si esto no es elaborado, también será susceptible de ser transmitido por un movimiento generacional en el que los padres, con su propio narcisismo, cargaran al hijo de sus respectivas faltas. Es por esta razón que también podemos hablar de la herida narcisista en transmisión, como un material, que al no ser elaborado, puede pasar a la siguiente generación.

Podemos suponer, entonces, que el peso del factor de la adopción, en la generación precedente o en la actual, puesto en el contexto del proceso identificador adolescente, se puede ver como el peso de una herida narcisista realizada con anterioridad, lo que puede generar problemas intensos de emociones pulsionales con expresión de ambivalencia hacia su propia identidad. Al respecto del momento adolescente en relación a las heridas narcisistas por adopción, Maya (2011), menciona que el niño adoptado se enfrenta con la rabia resignificada en la adolescencia a causa de la herida narcisista del primer abandono de sus padres biológicos y la rabia a los adoptados, al adoptar la imagen de los padres reales y denigrados, en el movimiento adolescente.

Es así que no hay lugar de salvaguarda en el momento identificatorio, en el que se pueda escapar del dolor de una herida que marca; no obstante, aunque sea un dolor presente, la resolución de las identificaciones, da una posibilidad al adolescente de replantearse y resignificar-se en su contexto de ausencias o abandonos, pudiendo con ello elaborar, lo posiblemente no elaborado en su historia, una historia que puede contener las trazas de lo no elaborado de generaciones precedentes.

Destino

*Matamos lo que amamos. Lo demás
no ha estado vivo nunca.
Ninguno está tan cerca. A ningún otro hiere
un olvido, una ausencia, a veces menos.
Matamos lo que amamos. ¡Que cese ya esta asfixia
de respirar con un pulmón ajeno!
El aire no es bastante
para los dos. Y no basta la tierra
para los cuerpos juntos
y la ración de la esperanza es poca
y el dolor no se puede compartir.*

*El hombre es animal de soledades,
ciervo con una flecha en el ijar
que huye y se desangra.*

*Ah, pero el odio, su fijeza insomne
de pupilas de vidrio; su actitud
que es a la vez reposo y amenaza.
El ciervo va a beber y en el agua aparece
el reflejo de un tigre.*

*El ciervo bebe el agua y la imagen. Se vuelve
-antes que lo devoren- (cómplice, fascinado)
igual a su enemigo.*

Rosario Castellanos

Capítulo 3

El síntoma bulímico en la adolescencia

3.1 El síntoma

Los primeros momentos en los que se escucha a un paciente, atendemos generalmente el dolor emocional que lo trae al consultorio, probablemente nos

hable de su síntoma como algo ajeno a su voluntad, o posiblemente como un violento compañero de vida que le ocasiona el mismo sufrimiento que lo lleva a buscar soluciones en el psicoanálisis. Como quiera que esto sea, solamente un proceso de escucha profunda nos puede develar el sentido de los síntomas, lo que implicará un acercamiento al conocimiento de la vida psíquica, en su amplia extensión, más allá del síntoma.

El síntoma neurótico se define como aquel que constituye una representación de lo intolerable, de lo que fue apartado de la consciencia, por el sujeto, por el mecanismo de la represión. Eso mismo que se reprimió en algún momento, retorna en forma de una sustitución simbólica, lo que constituye el síntoma.

Sigmund Freud lo define en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), de la siguiente forma:

“El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es una resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello” (pág. 87).

A su vez, el síntoma opera como una doble formación que incluye el rechazo de las pulsiones y también el intento, a través del síntoma, de satisfacer por medio del mismo, a la insatisfacción original.

El síntoma, guarda un nexo simbólico con un suceso traumático experimentado, de forma que lo reprimido no retorna como recuerdo, permanece susceptible al influjo externo y en algún momento, puede retornar como síntoma en forma de símbolo. En este sentido, la hipótesis freudiana acerca de la psicogénesis de los síntomas, supone que durante las situaciones de conflicto de origen externo o interno, es posible producir una regresión de la libido a fases precedentes del desarrollo. Domina entonces la pulsión parcial y la zona erógena relacionada, las cuales buscarán su satisfacción de modo independiente del resto del sistema.

El tipo de conflictos que pueden dar paso en el periodo de la adolescencia al surgimiento de un síntoma se relacionan directamente con la realidad psíquica que impera en este periodo, debido a que, como menciona Pascual (2005), no se puede entender al síntoma en psicoanálisis sin relacionarlo con sexualidad, cultura o la civilización donde tienen lugar las identificaciones de todo ser humano.

Para contextualizar las formaciones de compromiso en la adolescencia, habrá que considerar que la eclosión de síntomas tendrá una relación con la situación psíquica y pulsional del desarrollo adolescente y la lucha identificatoria.

Por un lado, el estado pulsional del adolescente, en el que la pulsión genera un estado de escisión, puede dar paso a descargas sin restricción, por lo que éste estado, se transforma en el cultivo de pulsión de muerte; en estas condiciones el yo no logra ligar la pulsión con nuevas representaciones y genera una continua carga de afectos displacenteros o de somatizaciones (Zukerfeld, 1996). Por otro lado, a modo de lo que Jeammet llamaría “neobjeto” se encuentran los síntomas como una forma de control del adolescente ante aquello apremiante y conflictivo.

El adolescente en sí sale de la pasividad para entrar a la lucha de la constitución de la identidad en relación a lo que antecede, con ello mismo, una forma de hacer tácita este esfuerzo por des-identificarse (muchas veces transgeneracionalmente) será hacer un síntoma.

Haré especial énfasis en este capítulo acerca de las conflictivas en relación al cuerpo, con relación al síntoma bulímico, lo que nos colocará en la exploración de los conflictos más arcaicos.

3.2 El papel de la relación temprana madre- infans en el malestar bulímico

La variedad de malestares que se expresan en el paciente adolescente, llevan tras de sí la representación de sus conflictos, actuales, pasados o primitivos. En ocasiones, estos conflictos, harán su vía al cuerpo, por lo difícil de la simbolización que implica y por los enclaves arcaicos que tienen; suele ser entonces, cuando es posible que si algo perturba la economía libidinal, el malestar se exprese.

Al respecto del origen del malestar puesto en el cuerpo, Joyce McDugall (1987), plantea que la vulnerabilidad psicósomática aumenta notablemente a raíz de cualquier perturbación en la economía narcisista, lo que estaría ligado al acto de somatización, menciona:

“cuanto más frágil es nuestro equilibrio narcisista, más fácilmente tendemos a acabar con la tensión externa e interna, mediante algún tipo de conducta *acting out* o un acto sintomático de somatización” (pag. 113).

Posteriormente, la misma autora, en su obra *Los teatros del cuerpo* (1995), habla de la razón de los malestares somáticos, poniendo en relevancia, los estados iniciales de la vida psíquica, tiempo en el que un conflicto se puede instalar, mismo que más tarde puede derivar en una patología, que expresa, a través del soma, lo no hablado.

La anterior reflexión, partiendo de los desarrollos teóricos de McDugall, echa a andar el tema de lo arcaico, relacionado precisamente con el cuerpo (terreno de vital importancia en el adolescente) debido a que el cuerpo, en los principios de la vida, es básicamente “el cuerpo”, un cuerpo que no es del sujeto, sino es de la madre, misma que lo traducirá para su hijo.

En nuestra relación más temprana, el soma es considerado como un lugar de fijaciones, inicialmente orales, que inician con la relación madre e hijo en una etapa preverbal, en este sentido, es indispensable considerar que una característica de lo arcaico es su carácter de origen preverbal, formando aparte así de lo no dicho, lo que no ha podido ser pensado, mismo que será después una parte importante de los malestares puestos en el cuerpo en forma de síntomas.

Las primeras experiencias corporales, pueden en algún punto ser generadoras de ansiedad, lo que estaría íntimamente ligado con el papel de la madre, quien en ese punto es una indivisible con el cuerpo de su hijo. Es así que la relación madre e hijo impregna de importancia la historia de carácter preverbal del sujeto.

Cuando las primeras experiencias de separación se viven de forma difícil en el *infans*, el impacto de ese vacío puede dar paso a compromisos muy variados. Esto se presenta a través de experiencias muy tempranas en las que el vínculo con la madre se ve completamente relacionado. McDougall, por ejemplo, introduce a sus explicaciones el término de *madre ideal* de P. Marty, para hablar de esa relación temprana que en función de la presencia de la madre, se puede ver afectada en función a la integración del infans. Entenderemos a *La madre ideal*, como aquella que no se introyectó en el universo psíquico de su bebé y que ha encontrado demasiado de prisa el estatus de objeto total y separado, lo que la carga de cualidades omnipotentes e ideales inaccesibles. A su vez esto se acompaña por la instalación de un modo de autonomía demasiado precoz en el infans. La representación de la madre ideal aunado a la propia representación del infans, crea un conflicto interno desgarrador y desorganizador, que se puede traducir, incluso, en somatizaciones a etapas muy tempranas.

Cuando la relación madre-hijo no ha permitido la elaboración interna de una madre protectora, la imagen de la madre se escinde en dos partes. Por una parte, es una madre idealizada omnipotente, capaz de satisfacer todo deseo y por otra es una madre rechazante y mortífera, con la que el adulto que somatiza se identifica en la figura persecutoria para sí mismo. McDougall menciona:

“Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, el niño se ve frenado en su intento de construir, lentamente, en su interior, la representación de un entorno maternizante que proteja y consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta *madre interna*”.

Sobre las consecuencias de este tipo de relación madre-infans, McDougall (1995), habla de un fracaso en la capacidad del niño para integrarse y reconocer como propio su cuerpo, sus pensamientos y su afecto. Se genera una fisura entre el psique y el soma en la que se pueden dar dos tipos de soluciones; la primera lleva

a una patología autista en la que el soma permanece intacto, pero la psique es la que se cierra al mundo exterior. La segunda solución, será aquella que compromete al soma y aparta los mensajes afectivos de la psique, llevado a una expresión no-verbal.

Tales conflictos arcaicos son explorados por Anzieu (2003) de forma similar, ya que en sus aproximaciones teóricas acerca de *los envoltorios psíquicos*, propone un tipo de patología surgida a partir de las perturbaciones del handling materno, en la que, al igual que McDougall, se propone la falta de contención materna, como aquella falla que genera lo que él llama una *angustia de vaciamiento* o el *envoltorio del sufrimiento*. En un fragmento de su obra, expone:

“(…) una segunda patología provienen de otra perturbación del handling materno. La excitación siempre ha sido provocada en el paciente por una persona distinta de la madre (una niñera, una abuela, una tía, una madrina, etc.) y que ha desaparecido más o menos pronto de la vida del niño; la madre se ha limitado a un rol de control, de adiestramiento, de comunicaciones más informativas que afectivas, bien porque está deprimida, o bien porque es superyoica. El envoltorio de para-excitación, está sobre-desarrollado; el envoltorio de comunicación se distingue de éste, pero está subdesarrollado.”

En este tipo de relación, desde la teoría de Bion, la función *continente* de la madre falla, por lo que el objeto que ejerce la función alfa, no remite al niño pequeño estas sensaciones-imágenes-afectos, transformados, elaborados y representables por él. En esta falta, se generan dos tipos de angustias: en primer lugar la angustia de ver cómo cesa la excitación que mantiene la vida psíquica de ser un sujeto abandonado al sufrimiento. Anzieu menciona que de ahí el que se busque el dolor físico y la angustia psíquica de una corteza sustitutiva que garantice la existencia, lo cual según el autor se trataría de un *envoltorio de sufrimiento*. Y en segundo lugar, la angustia del vaciado, de la hemorragia pulsional, lo cual caracteriza a la *depresión narcisista*.

El trabajo con este tipo de pacientes apuntaría a un handling que se instaura y mantiene, sobre el cual el yo piel pueda afirmar su apuntalamiento, que le permita, según Anzieu, al trabajo de interpretación, centrarse en los ataques que el

paciente infringe, como una manera de repetir los ataques sufridos tempranamente a sus envoltorio psíquicos.

De esta forma, la relación temprana madre infans determina en gran medida las posibilidades de enfrentar las angustias narcisistas vividas en el periodo adolescente, sin embargo, si en esta función existen faltas, las posibilidades de conflictos se pueden presentar a temprana edad o más tarde eclosionar en un periodo de crisis como el adolescente.

En lo que concierne a los trastornos alimenticios, la comida y a relación con la madre parecen también tener su lugar en la temprana relación madre-hijo, debido a que el cuerpo de la madre y el cuerpo del hijo, en el ámbito preverbal, lleva también su importancia en la zona oral, en el que la función alimenticia toma su lugar.

La relación comida-madre es descrita por Anna Freud como parte de la fase simbiótica temprana. En su texto Normalidad y patología en la niñez (1971), menciona que desde la lactancia, para el niño, la comida es la representación directa de la madre y los conflictos derivados de la alimentación del niño, para él y para la madre, son representantes de los conflictos en la relación dual. Así mismo, señala que la relación madre-comida tiene una desaparición gradual en el periodo pre-edípico, en el cual las actitudes irracionales hacia la comida son determinadas ahora por las teorías sexuales infantiles, por ejemplo con las fantasías de inseminación por la boca, entre otras.

Desde de la teoría Kleiniana, también se encuentran referencias en esta relación madre-comida en fases iniciales del desarrollo psíquico. Por ejemplo, algunos puntos de fijación en la posición esquizoparanoide se han relacionado con la génesis de trastornos alimenticios como la anorexia, según señalan Castañón y Rocha (2005). Se supondría así que hubo un objeto bueno que no se introyectó y sí un objeto malo ante el cual reacciona paranoicamente. El síntoma anoréxico y bulímico parecería funcionar como el deseo de sacar de sí al objeto malo que se vivió como envenenante y angustiante.

Sobre este mismo punto, hay más autores que apoyan la tesis acerca de lo que se introyectó, a manera de cuerpos extraños, los cuales estarían directamente relacionados con las sensaciones de rechazo hacia lo introyectado y su simbolización a través de las patologías alimentarias como la bulimia, que suele presentarse con gran importancia en el periodo de la adolescencia.

En un primer momento, como ya se expuso anteriormente, la identificación inicia con la relación a nivel oral de un individuo por su ambiente, podríamos decir que la identificación tiene su prototipo en la incorporación, luego entonces, la primera relación del niño con la realidad exterior, sería entonces oral. Debido a este primer modelo, algunos sujetos vivirían la relación de intimidad como tragar o ser tragado. Una autora que habla al respecto es Yolanda Gampel (2003) quien explica:

“si a veces estar con el otro es identificarse con él, para otros es tragárselo; del mismo modo, estar separado puede ser vivido como escupir o evacuar o ser evacuado”(pag. 867).

Lo anterior viene a caso ya que la vivencia de haber tragado materiales inapropiados es una experiencia que relaciona el concepto de incorporación. Haber incorporado, tragado, lo negativo, la muerte, el vacío, una leche no nutricia, puede ser una experiencia que en algún momento hará un síntoma.

Como menciona Castañón y Rocha (2005), parece propio de las organizaciones pregenitales, en los trastornos alimentarios, la predominancia de las fantasías de impregnación, que llevan a concebir en la comida representantes de objetos parciales (en el pensamiento freudiano serían heces, orina, falo, etc), de una manera persecutoria, que es vivida como daño por y hacia el objeto y en la cual puede haber la fantasías de retaliación.

Relacionado con este tipo de vivencias invasoras de los objetos parciales en las etapas pregenitales, los pacientes pueden tener un sistema de defensa, ante el cual podrían “cerrarse”, lo que se puede relacionar con las conductas bulímicas.

Williams (2003) aborda lo anterior dando la explicación acerca de la invasión de objetos extraños, debido a las proyecciones parentales, que se han vivido como

hostiles, lo cual a su vez, aunado con una capacidad muy pobre de los padres para poder contener la angustia de sus hijos y las suyas propias, resultarían en una experiencia subjetiva invasiva. Éste tipo de proyecciones parentales, Williams las relaciona con sistemas defensivos en pacientes, que crean un sistema rechazante que le nombra “prohibida la entrada”. La autora menciona que el terror profundo a ser invadido remite a posibles experiencias tempranas en las que el niño habría tenido que asumir proyecciones que percibía como hostiles. Los padres, en este caso, no han sabido contener la angustia de sus hijos y mucho menos, los suyos propios.

De este modo, una forma de expresar mediante el síntoma -y el cuerpo- la vivencia experimentada desde la relación temprana, puede ser a través de la patología alimentaria, en la que se juega el cuerpo como el que habla por sí mismo, el malestar que expresa el dolor emocional y además la sensación de haber sido alimentado inadecuadamente -o no alimentado-, haciendo de ello un continuo repetir, en una expresión de lo no elaborado. Una expresión que es dotada, a veces, por un carácter mortífero, agresivo o rechazante.

3.3 La agresión a sí misma. Un rechazo a la madre con quien se identifica

El rechazo a la madre por medio del síntoma bulímico ha sido ampliamente abordado por los autores expertos en el tema. En el síntoma, parece que hay una parte del conflicto con la madre que se vuelca hacia la auto-agresión.

Pareciera que el rechazo estaría dirigido hacia lo que se introyectó de ella (la madre), no obstante la agresión no es dirigida hacia la madre del todo, sino en una especie de vuelta hacia el cuerpo propio, ¿cómo se explica eso?

En su texto *El problema económico del masoquismo* (1924), Freud, explica que la pulsión de muerte, es tramitada por la libido, para hacerla inocua, desviándola hacia afuera, dirigiéndola como una fuerza destructiva hacia los objetos exteriores (sadismo). No obstante, otro sector de la pulsión de muerte no obedece el traslado

hacia afuera y permanece al interior tendiendo a la autodestrucción (masoquismo) (p. 169).

En 1940, en Esquema del psicoanálisis, Freud escribe:

“Llamamos pulsiones a las fuerzas que suponemos tras las tensiones de necesidad del ello”.

La pulsión de muerte, explica Freud, sólo comparece ante nosotros cuando es vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción. El tránsito de la agresión puede ser impedido en su camino hacia afuera y se puede volcar contra la persona misma.

La agresión y la angustia son entonces afectos con los que se lucha en el malestar. Lo no ligado, la falta de la madre, la falta de su representación, se puede actuar como un escenario, por medio de los atracones de comida, que vienen a escenificar la angustia que vive la bulímica. La angustia que remite a vivir una y otra vez lo vivido del vacío y no-vacío que se representa con el acto del vómito, como expresión de lo no ligado, como expresión de la agresión y rechazo de esa figura materna que representa la falta o lo envenenante.

Al respecto Castañón y Rocha (2005), señalan que la persona con trastornos alimenticios evita comer para no tener cuerpo de mujer (madre) debido a que “hay un conflicto instintual que provee una ansiedad oral como un odio hacia la madre que se revierte en agresión hacia el propio self” (pag. 37).

Es de esperarse entonces, que en la adolescencia cuando se ponen en juego las identificaciones con la madre en la adolescente mujer, se dé paso a las expresiones de rechazo a la misma y a los conflictos derivados de las etapas más tempranas, con relación al maternaje vivido.

En este sentido, y con lo expuesto en un principio del capítulo, el sentido de los síntomas, se presenta en un escenario en el que al ponerse en juego las identificaciones, se pone en juego también lo pasado de la relación materna que pudo haber dejado vacíos o haber envenenado, dejando con ello un conflicto. Ante el conflicto, surge el síntoma, posiblemente como un intento de elaboración, de lo

no simbolizado, también, debido a que en la adolescencia se tendrá una urgencia pulsional que empuja también a replantearse las relaciones de objeto y a consolidar las identificaciones.

En el terreno de la resignificación, de la re-elaboración de las identificaciones, surge entonces la lucha por el ser, debido a que se está respondiendo justo esa misma pregunta, la del ser. ¿Quién se es, quién se es con respecto a esa madre (la pregunta de la adolescente), qué se tiene de esa madre, de qué se ha sido alimentado?

En torno de las preguntas y resignificaciones, el rechazo a esa madre con quien se identifica, es un rechazo a lo que esa madre se representa, queda entonces puesto en el terreno de la lucha identificatoria, que naturalmente representará conflictos.

Castañón y Rocha (2005) mencionan al respecto: “la anorexia es una forma de ser, una forma de ser otro. Representa la figura radical de la alteridad”. Es decir, el síntoma se manifiesta como una lucha por el ser, como una querrela al manifestar no querer ser el otro, no querer ser una madre vacía. La anoréxica dice “yo” cuando se afirma en la constitución de sus síntomas.

Si un adolescente, acude al consultorio, habrá que escuchar su vida, sus relaciones y sus incorporaciones previas, porque eso es lo que podrá representarnos en el síntoma. Hay algo no simbolizado, que se expresa en síntoma, algo que nos habla de la relación temprana con la madre, algo que nos habla del malestar vivido en el momento en que el adolescente llega al consultorio. Algo que tendrá que ser entendido más allá del malestar. Hay algo no simbolizado que como señala Avrane (1991), que se trata de arrancar de sí a través del rechazo de su propio cuerpo. Habrá que ser simbolizado en el sentido de una reconstrucción de su historia personal.

Método

Planteamiento del problema y justificación

La necesidad de atención psicológica para la población adolescente, va más allá de la capacidad de captación de los pacientes en terapia (contenerlos en un periodo convulso); las necesidades específicas de este tipo de población, hacen precisa la adecuación de la teoría psicoanalítica al espacio terapéutico, lo que lleva a facilitar el proceso de reestructuración psíquica presente en la adolescencia.

La maestría en psicoterapia para adolescentes, en su esfuerzo por llevar el trabajo profundo psicoanalítico a ésta población, lleva acabo la especialización del trabajo de corte psicoanalítico, que se adecua a la demanda de la población adolescente, por medio de la implementación de las herramientas psicoterapéuticas, enfocadas a un trabajo puntual con el paciente. En este sentido, el presente reporte, representa un ejemplo de dicho trabajo, el cual está enfocado en torno a la visión psicodinámica de esta época de cambio y reestructuración con una intervención psicoterapéutica profunda.

Aunque no suele ser una demanda principal para solicitar atención terapéuticas, los problemas o desordenes de la conducta alimentaria, suelen estar presentes en grado importante en la población adolescente y debido a que es una expresión de un malestar psíquico, el psicoanálisis ha enfocado su atención al tema desde hace varios años.

Las expresiones del malestar puesto en el cuerpo -un cuerpo que dificulta la expresión de la angustia por una vía más elaborada-, transgrede, no sólo la salud del adolescente mismo, sino, su posibilidad de poner en palabras la angustia. En este sentido, la terapia psicoanalítica, ofrece vías de elaboración, por medio de la palabra y el trabajo con los afectos, así como dar la posibilidad de un espacio, para poder pensar, lo que no ha podido ser pensado.

Sumado a lo anterior, para atender y comprender el síntoma que aqueje en la etapa adolescente, es necesario un conocimiento profundo de las problemáticas que entran en juego en este periodo del desarrollo, para las que el psicoanálisis ha ofrecido explicaciones y propuestas de trabajo.

Por lo anterior resulta indispensable poder tener una visión integral, que facilite la escucha profunda de la problemática adolescente que se presenta en los consultorios.

Objetivos

El objetivo general de este reporte es mostrar por medio de un estudio de caso, un ejemplo de trabajo en psicoterapia individual con un adolescente, aplicando, para este objetivo, las herramientas de la orientación analítica, enfocadas a la comprensión teórica profunda de la época adolescente.

El objetivo específico de este trabajo, gira en torno a el tratamiento de dos temas fundamentales en la clínica adolescente: la atención al síntoma (en este caso, el síntoma bulímico) y por otra lado la problemática identificatoria.

Este reporte expone entonces, una forma de trabajo, con un caso de una adolescente bulímica, pensado desde el psicoanálisis, el cual fue trabajado desde el eje conceptual y práctica terapéutica supervisada, todo ello, en el marco de la formación profesional de la maestría antes señalada.

Participante

Al momento de iniciar el tratamiento, la paciente cursaba su último año de nivel medio superior y tenía 18 años. Ella acude, por decisión propia, a la clínica de atención psicológica, en la que realizaba prácticas profesionales en el transcurso de la maestría.

Escenario

En el transcurso del tratamiento, hasta la fecha en que reporto este trabajo, la paciente habría acudido a la clínica de su escuela, en primera instancia. Posteriormente, al pasar a la facultad para realizar sus estudios universitarios, el espacio terapéutico se trasladó a mi consultorio particular. En ambos espacios, la práctica terapéutica fue frente a frente, por lo que en ambos lugares el escenario, principalmente, consistía en dos sillones, uno para el paciente y otro para el terapeuta.

Procedimiento

El trabajo con el caso a continuación presentado, tuvo una primera parte de entrevistas en las que se tenía como objeto, conocer más acerca del motivo de consulta del paciente, así como la exploración del síntoma y de la historia familiar, con el fin de tener objetivos más claros de trabajo.

Después de ese periodo de unas primeras sesiones, se llevó a cabo el encuadre terapéutico. El encuadre estuvo supeditado por las reglas de la institución de educación en la que llevé a cabo las prácticas de la maestría y son las mismas que sigue manteniendo la paciente. En este encuadre, se acordaron dos sesiones a la semana de una duración aproximada de 45 a 50 minutos y un monto de honorarios mínimo (de acuerdo a la posibilidad del paciente), el cual ha sido aumentado en dos ocasiones a lo largo del tratamiento. La regla de asistencia acordada dentro del encuadre fue que toda sesión será cobrada asistiera la paciente o no a su sesión, pudiendo realizar cambios de fecha, sólo si lo solicita con anticipación.

El trabajo que a continuación se presentará, fue supervisado por un año. Las intervenciones fueron decididas, en parte, en la medida en que se iba trabajando el caso en supervisión y que se iba relacionando con el trabajo teórico.

En los siguientes apartados, a modo de facilitar la comprensión del caso, presentaré inicialmente una viñeta de la paciente, para posteriormente exponer las intervenciones por fases del proceso terapéutico, el cual refleja un periodo de tres años de trabajo clínico.

Estudio de caso

Viñeta

Ficha de identificación

Nombre: Luz

Edad: 18 años

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: estudiante

Fecha inicio de tratamiento: 5 de mayo de 2010

*Algunos datos fueron omitidos o cambiados para proteger la confidencialidad del paciente

Motivo de consulta

La paciente asistió a solicitar atención psicoterapéutica cuando cursaba el último semestre de la educación media superior. El servicio lo solicita en el plantel donde estudiaba, y en el cual yo me encontraba realizando la residencia de la maestría en psicoterapia para adolescentes.

Luz es una joven de apariencia seria. Su voz es baja y el tono con el que habla es pausado. Sonríe tímidamente y evita el contacto visual mientras transcurre la sesión. Cuando llora parece no notarlo, rara vez toma un pañuelo para secar sus lágrimas, incluso en algunas ocasiones saca de su bolso su propio papel para secar sus lágrimas.

Su complexión es mediana, su estatura baja, su cara redonda. Resalta su rostro limpio y con poco maquillaje. Su cabello es corto, viste con ropa sencilla (a veces desgastada). Siempre combinada y limpia. Generalmente porta pequeños detalles infantilizados como una bolsa con la imagen de Winnie the Pooh o Mickey Mouse. También muestra a veces lo que parecieran mensajes en sus playeras: "fragile girl", "sweet girl" o "I love to be me".

Como motivo de consulta, al inicio del tratamiento, Luz menciona que cree tener problemas de autoestima e inseguridad, además de que vomita, asunto que le preocupa ya que hasta el momento que llega a consulta, decía, podía controlarlo, pero presiente que puede empeorar y tener consecuencias graves.

El motivo de consulta que ella apunta en los formatos de la institución es: *“Necesito ayuda para dejar de sentirme nadie, para no continuar maltratándome, quedándome sin comer. No me gusta, me odio, vomito, no como. Tengo problemas familiares, me siento muy débil, cansada, con ganas de dormir y sin poder hacerlo”.*

El síntoma del vómito se presentó aproximadamente un año antes de su primera visita al consultorio. Luz comenzó a inducirse el vómito en periodos espaciados, un par de veces al mes, hasta que, al momento de la primera entrevista, lo hacía con una frecuencia de dos veces al día. Generalmente la conducta era iniciada con atracones en su casa, a lo que seguían los episodios de vómito.

Al inicio del tratamiento, la paciente señaló que llevaba dos meses sin comer bien, por tratar de evitar provocarse volver el estómago; un esfuerzo que, al parecer, sentía no podría mantener mucho más, por lo cual acudió a terapia, buscando ayuda.

En las primeras sesiones, Luz explica que empezó a vomitar casi al inicio de la preparatoria, ya que no estaba conforme con su cuerpo y al ver a “todos delgados”, ella se sentía diferente. También expresa, que no le agrada cómo es, ya que siente que es insignificante, muy callada y seria. Dice sentirse inconforme con su carácter y que no le gusta nada de sí. Señala: *“me siento ante todos los demás nada, todo influye en mí. Todo me forma a mí y como que yo no existo, no tengo carácter propio, soy como un muñeco que todos traen para acá y para allá”.*

Por otra parte, Luz reporta problemas de estrés, al parecer ligados con su contexto familiar. Señala tener historial de gastritis, por lo cual estuvo medicada un tiempo, así como de problemas de sueño, los cuales iniciaron desde los ocho años, relacionados con el temor a ser dañada por su tía (quien padece esquizofrenia paranoide), debido a que, en sus delirios, ella solía amenazar con matar a todos

cuando estuvieran durmiendo. Dos años antes del tratamiento los problemas de dormir tenían una frecuencia ocasional.

Historia familiar

Luz es la primera hija de una madre soltera. Tiene un medio hermano, cuatro años menor que ella, y vive en la casa de su familia materna. La madre de la paciente, Paulina, tiene 37 años, y desde hace ocho años está casada con un hombre; se dedica al hogar desde que se unió a esta pareja. En el momento del inicio del tratamiento, Luz compartía casa con la abuela materna, una tía materna, su madre, su padrastro y su hermano menor.

Luz nace cuando su madre tiene 18 años, producto de una relación que tuvo con un joven, José, de 22 años, quien se encontraba trabajando cerca de su casa. La relación era poco formal, por lo cual José mostró dificultad para aceptar el embarazo de Paulina. Luz cuenta en sesión que cree que su madre inició una relación con su padre a temprana edad debido a que se sentía rechazada por su familia.

Ante el embarazo, poco antes del nacimiento de Luz, la familia de Paulina, en aquel entonces conformada por tres hermanas, un hermano y ambos padres, se reúne para hablar con José, y le piden que se case con ella a la brevedad. José no acepta y se va de la ciudad, sólo para volver en una ocasión, cuando Luz tenía unos meses de nacida, con el objetivo de conocerla; después, no vuelven a saber nada de él.

La madre le ha comentado a la paciente que cree que su padre no se quedó a causa de la presión por parte de la familia materna; sin embargo, la paciente cree que su padre se fue porque ella no le importaba.

La infancia de Luz transcurre bajo el cuidado de su madre y de su abuela, principalmente, ésta última funge como cuidadora primaria, debido a que la madre trabajaba la mayor parte del tiempo.

Cuando la paciente tiene cuatro años nace su hermano menor, Roberto, producto de una relación que la madre sostiene con un hombre, supuesto amigo de José (el padre de Luz). La paciente cuenta que su madre se acercó a este hombre porque quería obtener información acerca del paradero de José. Ante esta situación, la paciente dice que su mamá “fue abusada” por él, refiriéndose a esto como un chantaje, ya que este hombre, condicionó dicha información a cambio de tener sexo con ella. Al parecer su madre nunca obtuvo información.

El hermano menor de Luz, Roberto, hasta la fecha, no sabe realmente quién es su padre, y cree que Luz y él son hermanos de madre y padre. La madre de la paciente ha tenido problemas con la familia del papá de Roberto, quien era casado, por lo que ha sufrido agresiones verbales de parte de ellos, quienes además son vecinos de la misma colonia.

El pasado de Luz

De su niñez, Luz recuerda poco. Entre los recuerdos que más resalta en sesión, están los relacionados con el ambiente de tensión que se vivía en su casa a causa de la enfermedad de su tía, la cual generalmente no era explicada por los adultos. Luz recuerda que sentía confusión y miedo hacia su tía esquizofrénica, ya que no comprendía lo que le pasaba. Al respecto dice: *“Mi tía me robó la infancia... no quería que ella me notara porque me daba miedo que me pudiera hacer algo”*. Las reacciones ante esos temores llegaban a afectar el comportamiento de la paciente, por ejemplo, no quería irse de la escuela al llegar la hora de la salida, ya que trataba de evitar a su tía; del mismo modo, presentaba varios temores desde la infancia a temas relacionados con fantasmas, seres extraños y demonios que creía podían existir en su casa.

Aunado a la confusión derivada de la situación de enfermedad, Luz experimentaba también extrañeza de sí misma en relación con otros niños, lo cual en primera instancia relacionaba con su situación familiar; por ejemplo, recuerda cómo, ante la visita de sus primos a su casa, al contrario de ellos, quienes jugaban,

permanecía en una esquina: *“me pregunto cómo mis primos no notaban la situación, yo sí la notaba (...) me cansa haber vivido todo eso”*.

Los sentimientos de soledad y abandono también resaltan en sus recuerdos infantiles. En sus primeros años, Luz pensaba que su tío, hermano de su madre, era su padre; ella le llamaba “papá”, situación que ningún miembro de la familia corrigió. Más tarde, cuando tenía 4 años, su tío se casa, lo cual representa un suceso muy impresionante para Luz.

Ya en preescolar, Luz sentía que era una niña diferente de los demás, ya que no tenía padre, y su madre parecía nunca estar con ella debido a su trabajo. Luz siempre se sintió sola, y recuerda haber percibido de que las personas que se le acercaban –refiriéndose principalmente a su abuela y tíos maternos– no eran sinceras y tenían lastima por ella por no tener papá y estar en el abandono de su madre.

Los cuestionamientos acerca de la presencia o ausencia de sus padres provenían principalmente de los compañeros de escuela, o de ella misma en festividades escolares en las que se requería su presencia. Luz consideraba que ser cuidada por su abuela y no tener una presencia constante de sus padres en su vida la hacía “rara”; no obstante, menciona que nunca preguntaba nada acerca de su padre porque pensaba que era “malo” hacerlo.

La paciente mantuvo una relación distante con su madre en la infancia. Debido al trabajo de su madre su abuela fue quien se dedicó a cuidarla, por lo que Luz desarrolla un vínculo más cercano con ella. Recuerda que no sentía amor por Paulina y creía que era “mala”, ya que la regañaba y le pegaba constantemente o “siempre estaba enojada”.

Cuando Luz permanecía en casa, cuidada por su abuela, solía escuchar constantemente quejas y críticas que ella y sus tías le hacían a su madre, relacionadas con su carácter y reacciones de enojo “sin sentido”, por lo cual la paciente sentía lo mismo que ellas, y generalmente les daba la razón, devaluando a su madre y considerándola tonta.

Al respecto, cabe señalar la impresión que me dio la descripción de Paulina en las primeras entrevistas, antes de conocerla. Me parecía que Luz ocultaba algo de su madre e, incluso, tenía la idea de que tendría algún retraso intelectual. La paciente me hablaba de ella señalándola indirectamente con un gran déficit. Alguna vez, por ejemplo, mencionó que “también” su madre había sido una bebé enfermiza (Luz se enfermaba de la garganta continuamente en su infancia), decía: “por lo de su enfermedad”, dándome a pensar que podía referirse a un déficit de nacimiento, sin embargo, más tarde supe que su enfermedad era solamente su condición de bebé prematura.

Luz solía referirse a su madre como “mala” o “tonta”, su percepción parecía la de una madre infantil, egoísta y poco capaz. Su actitud hacia su madre durante las sesiones era de descontento y enojo, y en general me parecía de reclamo y rechazo.

Por otra parte, al principio del tratamiento, la relación con el resto de su familia –la familia materna–parecía ser mucho mejor. A la llegada de Luz a terapia, su familia estaba constituida por tres tías, dos mayores que la madre y una menor (su tía enferma con quien vive), un tío mayor y su abuela.

Cuando Luz tenía 6 años, su tía comienza a enfermar, al principio sin explicación médica, por lo cual la familia explicó su enfermedad, incluso, como una posesión demoniaca; no obstante, después del diagnóstico psiquiátrico, su tía ha permanecido en control medicamentoso. En la actualidad, el deterioro de su enfermedad es grave, pese a eso, nunca ha sido internada, aunque sí es medicada y ha permanecido al cuidado de la familia. Con sus otros tres tíos mantiene una relación buena, aunque un tanto alejada, ella les da un lugar importante y de autoridad en la mayoría de las situaciones.

Su abuela materna, por su parte, era con quien Luz mantenía mejor relación; generalmente, era quien la cuidaba y procuraba su bienestar. Hacia su abuela, Luz siempre mantenía una posición positiva y mostraba gran dificultad para reconocer aspectos desagradables de la misma.

Con respecto de su abuelo materno, se sabe poco; señala que era un hombre de carácter fuerte, quien llegó a maltratar a sus hijos y esposa, que vivió separado físicamente de ellos –en un cuarto diferente de la casa–, y que hace un poco más de diez años, desapareció. Al parecer el abuelo materno de Luz sufría, posiblemente, algún tipo de demencia que lo llevó a que en varias ocasiones pasaran varios días sin saber de su paradero, ya que salía a dar un paseo y no regresaba sino días después. Finalmente, en una ocasión desapareció, suceso ante el cual la madre de la paciente guarda resentimiento a la familia, debido a que, al parecer, no lo buscaron, y simplemente lo dan por muerto a partir de entonces.

Después del nacimiento de Luz, los hermanos de Paulina formaron cada quien una familia y salieron de la casa materna, dejando el cuidado de su hermana enferma en manos de la abuela y la madre de Luz. Actualmente la madre de la paciente es quien actualmente se hace cargo en su totalidad, del miembro enfermo de la familia.

Luz también participa en lo que respecta a papeleos, ya que la madre, debido a su poca educación formal (cursó hasta tercer año de educación básica), tiene dificultades en este tipo de trámites.

Adolescencia y revelación del secreto familiar

Cuando Luz tenía un poco más de diez años de edad, junto a su madre, su padrastro y su hermano, se encontraba viviendo en una casa propia, separados de la familia materna, ya que después de su matrimonio, Paulina decide llevarse a sus hijos a vivir a otra casa, propiedad de su nueva pareja.

A la partida de la casa materna, Luz comienza a tener conflictos importantes con su madre, a quien le reclama constantemente la separación y le pide ir de visita con su abuela. Por su parte, Roberto comienza a presentar importantes problemas de conducta contra la madre.

Luz se entera a los 12 años de que su madre fue adoptada; coincide que la madre se enteró de su adopción también a los 12 años. En aquel momento, la madre también le confiesa que su hermano no es hijo del mismo padre, como ella siempre lo había creído, ante lo cual Luz reacciona con asombro y le pide a Paulina que no informe a los demás que ella sabe ambos secretos, debido a que temía un trato diferente de ellos.

Aunado a esto, como parte de la revelación, Paulina le cuenta a Luz que ha experimentado rechazo y un trato diferente por parte de la familia que la adoptó; excepto por su padre adoptivo, de quien nunca recibió maltrato. Con la revelación del secreto, Paulina puso también énfasis en los tratos injustos de sus hermanas, quienes la agredían y le gritaban, principalmente su hermana, quien ahora padece esquizofrenia. De la abuela de Luz, la madre también le cuenta que ha sentido un trato diferenciado, debido a que considera que, aliada con los cuatro hermanos, por medio de su condicionamiento, impidieron que ella pudiera formar una pareja con José, situación que no pasó con las otras hermanas, a pesar de que las condiciones de embarazo fueron muy similares. Cabe señalar que todo el maltrato que experimentó la madre de Luz ya había sido contado a mi paciente desde la niñez, sin embargo, Luz sólo recordaba solamente que la madre se “quejaba” de su familia, no obstante, cuando el tratamiento avanzó, logró recordar con más detalle lo que su madre le había contado muchos años antes.

La reacción de Luz ante esta información de su origen fue motivo de conflicto para ella, debido a que esto la colocó en un lugar de enojo en relación con la familia materna, y en cierto modo en una situación positiva hacia la madre, lo cual le creó un conflicto; así lo denota este fragmento que forma parte de los primeros meses de trabajo: *“no quiero que mi madre me haga sentir todo el odio que ella siente (...) me quiere convertir en ella”*.

Aunado a esto, ante la revelación de los secretos, Luz se sintió fuera de la familia.

Actualmente, la paciente conoce poca información de su familia materna biológica, señala que su abuela era una mujer alcohólica, vecina de sus abuelos adoptivos, con hijos de diferentes padres, quien no podía cuidar de ellos debido a su pobreza

y adicción. Luz dice sólo haber visto en el vecindario en algunas ocasiones a sus tías biológicas, y a sus respectivas familias, pero sin convivir con ellos.

Por otra parte, también tiene desconocimiento de su familia paterna. De su padre, por ejemplo, sólo sabe su lugar de residencia, su nombre, sin apellidos, y que en una ocasión en la que fue a conocerla, él dijo que se parecía a mucho a su abuela paterna.

Adolescencia

Ahora bien, durante la secundaria, Luz tiene buena relación con sus compañeros, recuerda sentirse segura expresándose; por ejemplo, le cuenta a sus compañeros que “no tiene papá”, hecho que, por ejemplo, oculta a su entrada a la preparatoria (después de la revelación del secreto).

Luz relaciona el hecho de comenzar a inducirse el vómito con el grupo de personas con quien convive al ingresar a la preparatoria, a quienes considera superficiales. Ante ellos, trata de relacionarse sólo someramente en la medida que oculta información de sí. Generalmente, esta actitud la demuestra con la mayoría de personas frente a las que se muestra callada, y con quienes establece una comunicación limitada.

La paciente refiere que antes de su ingreso a la preparatoria se sentía feliz con quien era, y que se relacionaba con sus compañeros de escuela normalmente. Aunque la sensación de extrañeza y tristeza la llega a sentir desde niña, ella cree que no siempre fue así, y recuerda que en sus primeros años de infancia, como se lo han contado, era alegre y cariñosa.

La sensación de aislamiento está aunada, en sus primeros años, a la falta de sus padres: un padre al que no conoce y una madre que no convive con ella. Menciona: *“en el kínder comencé a aislarme porque me preguntaban ‘¿y dónde están tus papás?’ Y yo me sentía mal, prefería quedarme callada y no hablar para que no me preguntaran, creo que desde ahí es así mi forma de ser”*.

En la adolescencia se compara con sus primas, quienes tenían una personalidad extrovertida, totalmente diferente de lo que ella era, por lo cual recuerda haberse sentido “menos” que ellas.

Luz cree que no puede cambiar su manera de ser, ya que la gente la conoce como “la callada que nunca se queja”, por lo que si ella comenzara a “hablar”, los demás la desconocerían. Además, considera que si fuera diferente podría decir todo lo que piensa y sería agresiva con la gente, sería “egoísta y mala” según sus palabras, por lo que prefiere no cambiar.

Al inicio del tratamiento, la paciente mantenía un noviazgo con un joven de su edad. Él, siendo su amigo, llegó a ser su novio ya que ella “sentía tristeza” de que él la quisiera, por lo cual comenzó a andar con él. A pesar de no sentir atracción, Luz se mantiene en la relación por meses, como una forma, que pareciera incluso de castigo, ya que, decía, ella no merecía estar con alguien que le gustara, porque era “insignificante”. De este novio, Luz se sentía atraída principalmente por el tipo de familia que él tenía, ya que era una familia “unida”.

La paciente nunca quiso admitir frente a la familia de su novio que ella no conocía a su padre (“no tenía padre”), debido a que es un factor de vergüenza para ella.

Paralelo a este noviazgo (el cual terminó unos meses después de entrar a tratamiento), la paciente se relacionaba con su primo, de quien decía estar enamorada. La relación consistía en visitas esporádicas al lugar de residencia de su primo (en un estado en el centro del país), o visitas de él a la capital, así como pláticas por internet. Aunque ambos se atraían, la paciente menciona no podía tener una relación con él por el “parentesco”, aunque señalaba, tal vez él le gustaba porque era imposible. Una de las razones de interés por su primo era que con él sentía que realmente podía ser ella misma sin ser juzgada y, por un tiempo, ser importante; Luz señaló que él era la única persona con quien ella podía sentirse bien.

Finalmente, es importante señalar que el área que parece más libre de conflicto es el desempeño escolar de la paciente, la cual ha representado un gran desarrollo para Luz.

Situación familiar

Al iniciar el tratamiento, la paciente tiene una relación bastante distanciada con su madre, y manifiesta rechazo a la misma. La relación con el esposo de su madre es lejana, la paciente le habla de usted y nunca ha mencionado su nombre en terapia. Con su hermano lleva una buena relación, aunque siente que él la agrede y rechaza; él ha tenido problemas de conducta, lo cual ha sido motivo de que lo lleven en un par de ocasiones a tratamiento psicoterapéutico por conducta agresiva, no obstante, éste no se ha mantenido. La paciente considera que la razón del comportamiento de su hermano hacia la madre es que tiene un resentimiento contra ella, porque lo abandonó y lo rechazaba por las circunstancias en que lo tuvo, y prefiere a Luz.

Hacia su abuela expresa bastante afecto. Por el contrario, Luz manifiesta constantemente enojo hacia su tía, a quien considera la causante de que ella viva en malestar por el temor a una posible recaída. La paciente expresa constantemente miedo a la reacción que va a tener ella ante un nuevo brote psicótico. La situación parece tenerla en una constante tensión, menciona: *“siento que todo el peso caería en mí y en mi mamá... los otros sólo ven”*.

Por otra parte, la paciente expresa incapacidad para dejar de sentir enojo hacia su tía, de quien cree que finge su enfermedad para hacer mal a los otros u obtener su atención. No obstante, Luz se reprocha su “incomprensión”, manifiesta su gran dificultad para sentir empatía hacia su tía.

Intervención

El no saber

En las primeras sesiones, de entrevista, mi labor fue conocer a Luz, quien me proporcionó gran parte de la información presentada en la viñeta del caso.

Al principio, el caso no fue supervisado, sino hasta pasadas varias sesiones. Empecé a supervisarlo, ya que cada vez me empezó a parecer más grave, con mucha agresión contenida, y con muchas emociones contenidas, que yo no entendía bien y ella tampoco.

Expresaba de alguna forma su confusión y su falta de posibilidad, en ese momento, de nombrar su malestar. Ella expresaba: *“siento que traigo algo enredado dentro de mí, que me hace sentir culpable y mentirosa, pero no sé qué sea”*. Por ejemplo, el primer año de tratamiento, durante la sesión, al hablar, carraspeaba, como si algo se le atorara en la garganta, incluso varias veces llegué a tener la impresión de que iba a vomitar. Así empecé a entender que, sí, en efecto, en sesión “vomitaba” su enojo, su frustración y sus temores. También empecé a explorar en ese mar de cosas contenidas, pero continuamente presentía que algo muy grande estaba sucediendo dentro de ella, más allá del síntoma del vómito que tanto le preocupaba.

Al principio fue un continuo conocer, un continuo no saber. Lo que más tarde entendí (gracias a mi supervisor), fue que no saber era una gran ventaja; entonces comencé a escuchar, sin pretender saber nada, ni entender nada. Y una parte muy importante: sin perseguir el síntoma del vómito

En el primer mes ella manifiesta sus ganas de explotar diciendo “todo”, pero tiene problemas para expresarlo y además piensa que es tan “rara” que nadie la va a comprender (en cuya frase, obviamente me incluía).

En un principio, sin saber nada, lo que me pareció más importante fue hacerle ver a Luz que la terapia es un espacio personal, donde ella puede comprenderse y también disminuir su nivel de angustia.

Escuché entonces las primeras sesiones en las que me habla de su síntoma, que la lleva a consulta. Luz hablaba de su cuerpo, como un cuerpo “fofo” y “débil” que rechazaba por sentirlo gordo y sin forma, y me hablaba de que no se gustaba. Parecía que hablaba de un cuerpo sin fortaleza y poco definido hacia el cual sentía rechazo. Ante su síntoma también mostraba enojo y frustración, ya que vomitar le hacía sentir débil, asunto que ocultaba a casi todas las personas.

Con el transcurso de las sesiones, Luz, comenzó a hablar de su familia y de su falta de padre, la cual siempre supo, pero no fue sino hasta que se enteró de que su madre había sido adoptada que empezó a afectarle. Habla de la madre como si hablara de alguien a quien desapruaba, y habla de su “tía enferma”, por quien siente gran rechazo.

Al platicar de su familia, refiriéndose a la familia adoptiva (tíos y abuela), se coloca compara con ellos, y se asume “diferente” por su síntoma de bulimia y por su personalidad introvertida. Parece que Luz se aleja de la gente y sólo en una persona, su primo, de quien está enamorada, siente que puede confiar. En este acto transgresor—ya que es su primo y la familia no sabe que ella conoce el secreto de adopción—, parece que Luz expresa la verdad, en un grito de enojo por la mentira. Conozco, así, partes importantes de la situación familiar de Luz.

Con el paso de las sesiones, empiezo a escuchar más continuamente que, al hablar de su síntoma (el vómito), Luz expresa mucha frustración con ella misma por no poder controlarlo, se llama “tonta”, la misma palabra que ha llegado a utilizar con su madre; le hago notar lo anterior, aunque aun no comprendo y sigo en la escucha; sin embargo, eso sirve para que hable de la historia de su secreto de adopción y exprese el enojo hacia su madre, a quien le reclama transmitirle su odio a su familia adoptiva por los maltratos vividos. Veo cómo Luz se identifica con

la madre, identificación que parece molestarle en demasía, ya que cuando habla de la familia adoptiva, parece mostrar mucho más afecto que hacia su madre.

Mi trabajo empezó a ser entonces que al contar la historia de la madre ella pudiera ver su gran enojo, y cuestionarle sobre el mismo.

Con el paso de las sesiones, Luz, comienza a expresar más enojo hacia su madre, la menciona como alguien tonta, incluso llega a transmitirme una imagen de una madre con algún déficit intelectual. Me parece que Luz aprendió a rechazar a su madre a partir de aliarse con el resto de la familia, con quien prefería relacionarse.

A la par, surge en terapia la opción de tener una cita con Luz y su mamá, a propósito de la posible canalización de mi paciente a un instituto donde puedan valorarla y atenderla con respecto de la problemática alimentaria, esto como una decisión tomada en supervisión, como una medida para atender mejor el caso.

La posibilidad de esa evaluación enfrenta a mi paciente con la idea que rechaza por temer que su familia se entere de su bulimia y la vean como enferma y con lástima. La idea me remite a pensar que tiene miedo a parecerse a su tía. Entonces, en este punto ella logra ver su miedo a repetir la locura.

En ese momento, lo anterior me parecía bastante lógico: temer la locura que sufrió pasivamente por muchos años. Me pareció también lógico que temiera al contagio de la locura, aunque me dejaba una duda de los posibles rasgos psicóticos de mi paciente, esos que me dejaba ver cuando hablaba de sus miedos a la oscuridad, a los fantasmas y a los seres extraños, sacados de las alucinaciones que escuchaba, o de sus temores infantiles que se alejaban de la realidad, algo muy parecido a la locura de su tía, en una especie de *Folie à deux*. En este punto, estos datos parecían darme indicios de qué tan posible era observar en mi paciente rasgos más allá de lo neurótico. Sin embargo, en ese momento dejé el diagnóstico a un lado y seguí escuchando.

Lo claro para mí en ese momento era su angustia y su dolor, que veía que sesión a sesión expresaba en un llanto recurrente y en un secarse las lágrimas con las uñas, como queriendo desgarrar su piel o no secándolas en toda la sesión, como

si estuviera tan metida en su dolor, que no pudiera sentir nada más, ni pensar en nada más: tan absorta en su dolor.

Después de esos primeros tres meses, en los que fui conociendo el entorno de mi paciente y cómo veía a su familia y a su madre, la abuela de Luz comenzó a enfermar de leucemia, lo cual puso en un estado de tensión mayor a mi paciente.

Paralelo al surgimiento de sus temores por la enfermedad de su abuela y la gravedad de la misma, Luz sigue hablando de la bulimia. Habla respecto de su cuerpo, que parece fuera un cuerpo extraño, del cual antes se sentía más satisfecha y ahora no. Pareciera que se refiere a su cuerpo como un intruso a quien maltrata.

Ese mismo mes se da la cita en el Instituto de nutrición, lo cual crea una reacción desfavorable en Luz; en un par de ocasiones llega enojada, menciona su desagrado por el ambiente médico al que se enfrentó en su evaluación y en otra ocasión menciona sentirse “ser títere” de los médicos quienes la “obligarán” a comer. Trabajamos en el hecho de que es su decisión para que sepa que no está siendo obligada ni controlada, como una forma de promover la seguridad de que yo no decido su vida y nadie se apropia de ella, asunto que parece temer en ocasiones con las personas.

Luz continúa sus sesiones conmigo y las evaluaciones en el instituto al que la recomendé.

A principios de su quinto mes en tratamiento se llevó a cabo la cita con la madre de Luz, una madre que no parecía la “tonta” y con déficit que Luz describía. En aquella sesión con ambas veo la gran dificultad de interacción entre ellas; fue complicado nombrar “bulimia”. Todos, incluida yo, parecíamos temer a nombrar las dificultades. Me sentí en un ambiente de negación. En esa ocasión, me llevé la impresión de que la madre de Luz era una mujer que niega el problema de su hija, me pregunté, qué tipo de dificultades le representa hablar del malestar.

Desde el primer momento en que se enfrentó a su primera cita de valoración, la paciente se enfrentó también a sus grandes temores de locura. La ubicación del

instituto, en la zona de hospitales, junto al hospital psiquiátrico al que asiste su tía, la remitió directamente a la locura de su ésta. Decía: *“yo no estoy loca, ellos (refiriéndose a los médicos) exageran, yo estoy bien”*. A partir de ese momento, se abrió la gran posibilidad en el consultorio de seguir hablando del daño que se hacía, de no negar su malestar y hablar de su sufrimiento.

En supervisión hablamos de la necesidad que representa atenderse en el Instituto de nutrición, como una posibilidad de que ella no entrara, precisamente, a la locura familiar, por lo que trabajé el tema con mi paciente.

Finalmente, después de que la madre queda enterada del tema de su atención en el instituto de nutrición, mi paciente continúa su evaluación en el instituto, en compañía de ella.

Luz, termina su evaluación en el Instituto de nutrición y es diagnosticada con bulímica purgativa. Cuando llega a sesión le es difícil nombrar su diagnóstico. Trabajamos entonces cómo ella relaciona la enfermedad de su tía con el diagnóstico médico que se le hicieron. Enfrenta la angustia de parecerse a su tía con su locura a partir del vómito. Hago énfasis en diferenciarse de su tía, no obstante, parece que su angustia no pasa, algo más quiere decir con su comparación, algo que no logro ver en ese momento.

Después de su última cita de evaluación, mi paciente se da cuenta de que su problema es “más interno”, parece más consciente de sus dificultades y comienza a relacionarlas, en sesión, con la soledad y la tristeza. Pareciera que le pone nombre a lo que quiere vomitar de sí. A estas alturas no sabe qué le hace sentir triste y sola, pero se abre una nueva pregunta en el espacio terapéutico.

No obstante el avance anterior, a finales del mes, Luz decide no iniciar su tratamiento en el Instituto de nutrición, aunque decide permanecer en terapia, por lo que la decisión de mi parte fue darle espacio para que siguiera hablando de sus emociones: la soledad y la tristeza, sin negar la importancia de su salud.

En las sesiones posteriores, Luz comenzó a buscar la razón de su bulimia pero dijo sentirse cansada. Ante la negativa de ir al Instituto de nutrición, invito a luz a

no negar su malestar, así es como comienza a hablar de su negación y del ambiente de negación que parece haber en su familia; ella expresa con dolor *“he vivido en un mundo donde todos callan”*, parece entonces que Luz me estaba hablando de lo que se calló, como los secretos familiares de adopción que trae tras de sí, así como del dolor que eso implica. Comienza así a parecer coherente que lo que ella hace con su síntoma es hablar, hablar a través del síntoma. Es en este punto, cuando se libera la posibilidad de no negarlo, hablándolo en terapia y trabajando que ella salga de ese patrón en el que no se permite hablar del malestar. Entonces, Luz se compromete a analizar, a enfrentar su síntoma y a trabajar en su bienestar, decisión que lleva consigo, parece, el deseo de no entrar a la locura familiar.

Así, posteriormente, durante varios meses de terapia, Luz, se encontró con un odio muy grande hacia su cuerpo y su ser, enfrentando al mismo tiempo los sentimientos de soledad y tristeza y las sensaciones de ser un ser nulo y opaco, de sentirse *“como una muñeca de trapo”*, según señalaba. Sus constantes deseos de eliminarlo, de hacerse daño a ella misma, generalmente terminaban con actuaciones de vómito.

Demasiada angustia para nombrarla

En su sexto mes de tratamiento, pensar en el significado de su síntoma, así como en la situación familiar detrás de éste, aunado a la enfermedad de su abuela, tensa a Luz, por lo que comienza a defenderse de pensar, y entonces dice al inicio de sesión *“no pensé en nada, estuve tranquila”*. Empiezo a tener la impresión de que hablar de sí es muy duro para ella, emocionalmente desgastante; a partir de ese mes, Luz comienza a llegar tarde (entre 5 y 20 minutos), situación que hasta la fecha se mantiene, con raras excepciones, a pesar de haberla interpretado como resistencias en varias ocasiones.

En esos momentos, comienza a relacionar su malestar con el hecho de entrar a un cuarto oscuro del que no podrá salir. En su imagen, ese lugar que teme está lleno de tristeza y miedos, y ella podría entrar y perderse.

La angustia de mi paciente coincide con el agravamiento de su abuela. Luz empieza a tener una serie de reacciones que ponen sobre la mesa aún más el tema de la evasión; sigue levantándose preguntas acerca del porqué es tan importante negar... negar qué y de qué se salva al no ver determinadas cosas.

En esta ocasión expresa sus deseos de evadir la situación de la abuela, menciona querer enfermar o “perderse sin saber nada” (¿locura?), para no enfrentar la gravedad de la enfermedad de su abuela. En ese aspecto, comienzo a trabajar su contradicción, justo en el momento en que quiere salir del círculo de enfermedad y locura de su familia y su solución es enfermarse y enloquecer. Entonces Luz se enfrenta a su contradicción, lo cual significa también enfrentarse a lo que evade; entonces surge una serie de miedos al sentirse desesperada y vacía, sin saber cómo explorar. A Luz le atemoriza sentir, porque, parece, es demasiado lo que experimenta.

No obstante, el miedo de Luz lleva tras de sí el deseo. El miedo de convertirse en su tía “enferma” parece que lleva tras de sí el deseo de acercarse con su bulimia a una condición parecida. Me pregunto en este punto: ¿con qué fin desear la locura?

La pregunta anterior se queda en el aire, para más tarde ser retomada, debido a que a finales del séptimo mes de tratamiento la abuela de Luz muere. Ella falta una sesión a causa de los funerales. Al regresar, cuenta que el día del fallecimiento de su abuela tuvo una crisis nerviosa, en la que, ante la noticia, siente que perdió el contacto con la realidad, ya que reaccionó viendo hacia un punto fijo y dejando de oír cualquier ruido, como si se hubiera “ido a otro lado”.

Este episodio de crisis nerviosa me hace pensar que la locura o muerte psíquica se posiciona en este acto como el deseo de Luz. En este punto del tratamiento, comienzo sentir temor de las actuaciones que puede tener, me transmite en eso un deseo de acabar con su parte “débil” y “tonta”, representante de la madre.

Una sesión después Luz llega 30 minutos retrasada, diciendo que está desesperada y no puede con tanto, es entonces que interpreto sus retrasos en función de su sensación de “no poder con tanto”. Le reitero a Luz que el espacio

terapéutico, es un espacio libre, donde pueda expresar toda su angustia, un espacio contenido en el cual no se perderá.

En este punto del tratamiento trato de acordar con ella un límite de tiempo de retardo, ya que interpreto éstos como parte de la dificultad, no obstante, Luz no logra sostener esto y unas sesiones después decidimos quitar el límite.

Sesiones más tarde, ella logra hablar de su miedo a sentir y a tocar la locura (su deseo). Comienza entonces, hablando de sus emociones más profundas, aunque le atemorice quedarse en ese cuarto oscuro. Comienza a hablar de sus emociones ante la muerte de su abuela, el enojo que eso le causa hacia su familia y hacia su misma abuela, por sentir su abandono.

Las emociones en este punto son muy fuertes, se siente la fuerza del enojo, el miedo a la locura, la agresión dentro del espacio terapéutico, y ante eso fuerte que yo misma siento, trato de transmitirle la confianza de que podrá salir de eso, entrar y salir de ese cuarto oscuro de sus emociones atemorizantes durante la sesión, sin quedarse atorada en esos momentos de muerte y locura psíquica.

Ante la muerte de su abuela, Luz comienza a tener miedo a quedarse sola, entonces la locura de su tía comienza a ser un tema. Luz comienza a tener miedos en la noche, sobre todo a un posible ataque de su tía mientras ella duerme. Veo a mi paciente sumamente afectada por la muerte de su abuela, por lo que a la par seguimos trabajando con las emociones surgidas a partir de la pérdida.

Con el paso de las sesiones, Luz habla de su enojo por la abuela, de quien siente abandono, y habla por primera vez del enojo que vivió hacia su madre, quien la “separó” de su abuela al casarse con su actual esposo. Recuerda las agresiones que en aquel entonces le hacía a su madre y su odio hacia ella. Parece que el sentimiento doloroso que es vivido como abandono, ante la muerte de su abuela, significó para Luz la pérdida simbólica de una madre, lo cual levanta más su enojo hacia la suya y deja más sensible el sentimiento de abandono y carencia.

Faltas de origen

El abandono y el sufrimiento por el mismo, van haciendo su eco en una nueva escucha en el consultorio: el sufrimiento de su “ser” carenciado.

Al principio, Luz me dejó conocer de ella misma que “no tenía papá”, y fue más tarde que me dio más detalles de su origen. En los primeros meses me hablaba de su falta de una familia normal al hablarme de su novio, a quien solamente mencionaba al hablar también de su sentimientos de “diferencia”; por ejemplo, lo mencionaba para decirme algo como lo muestran estos fragmentos:

Mayo 2010

L: Mi novio no sabe de mi tía, le dije que no tenía papá porque mis papás se divorciaron, pero cuando voy a su casa, que son, así, una familia normal, no les digo nada, sólo me quedo callada.

V: ¿Una familia normal? ¿Qué es eso?

L: Una familia normal, con papá y mamá.

V: ¿Tú no tienes papá?

L: No, nunca me quiso.

V: Tienes un papá, y sientes que nunca te quiso

Junio 2010

L: Ayer vi a mi novio y salimos al cine con sus hermanos, yo no quería ir porque iban a ir las novias de sus hermanos.

V: ¿Qué pasa con las novias de sus hermanos?

L: Me siento muy mal cuando estoy con ellas. Me comparo; ellas sí son bonitas, yo soy la única gorda. Y luego él ya sabe que me siento así y me dice “pues métete a hacer ejercicio”.

En esa misma sesión, Luz, más tarde me habló de su mamá, de que también siente que la tratan diferente del resto de la familia porque le tienen “lástima” por ser madre soltera. Parece así que Luz venía hablándome de una carencia que tenía relación con su condición familiar, con algo referente a la familia que no tenía, que le hacía sentir carente.

Encuentro en este punto que el tema del dolor, el sufrimiento y el abandono, se van amarrando más claramente a su situación de origen. Surgen preguntas del ser: ¿quién era Luz?, ¿qué no era Luz?, ¿qué no tuvo Luz para poder ser?

Después de unas semanas de vacaciones por fin de año, Luz y yo comenzamos el trabajo en el espacio terapéutico, Luz parece interesada en regresar, incluso equivoca su día y llega una semana antes.

En nuestra primera sesión del año, la veo con un corte que la hace ver mayor. Cuenta que su madre le dijo que no siente que Luz la quiera, por lo que no espera nada de ella en el futuro; eso decepciona a mi paciente.

Ante la muerte de su abuela, Luz se enfrenta a la situación de aceptara su familia de sangre, hacer frente a su verdadero origen, lo cual le crea conflictos internos de ambivalencia. Habla del alejamiento entre su madre y ella a lo largo del tiempo, dando el lugar materno a la abuela y el enojo a la madre; más tarde, cuando se entera que su familia no es consanguínea, siente rechazo hacia ella misma, pero proyectado también en los otros. Se pregunta entonces: ¿qué es una familia?

Le hago ver cómo se coloca a ella misma entre dos opciones, del lado de su familia adoptiva y rechazando a su madre o del lado de su madre, rechazando la familia adoptiva. Ambas formas, ocasionándole malestar.

Explorando más profundamente el tema, mi paciente logra relacionar la falta de sus raíces, con su soledad y sensación de vacío. Sentir que no tiene de qué asirse, la hace sentir no querida. Trabajo continuamente cómo ella misma deja de quererse, no se aprecia; cómo siente no ser apreciada, dándose así una nula posibilidad de que eso cambie.

Esa intervención deja a Luz pensando en su propio rechazo, y posterior a eso, entra en una crisis consigo, llega en una sesión posterior enojada, se ve incluso enojada conmigo, expresa sentir que quiere saber por qué se odia a sí misma. En esa sesión trabajamos el hecho de querer destruirse como una manera de no aceptar su historia familiar. La invito a ver la parte que quiere salvarse y a cuidarse a ella misma, misma que la sostiene en terapia como una parte de sus recursos.

Las sesiones del siguiente mes, transcurren entre el enojo hacia ella misma y la dificultad para acercarse a su familia de sangre. En sesiones posteriores Luz, con talante deprimido, deja de lado el enojo en su discurso, y entonces parece que la agresión se dirige a ella en forma de ideas de vomitar nuevamente (conducta que tenía algunos meses de haber parado) y hacerse otros tipos de daño.

En el análisis de sus emociones vuelve a surgir el hecho de sentirse sola y abandonada. A Luz le sirve encontrar una explicación a sus emociones auto-agresivas para evitar hacerse daño, no obstante, el efecto sigue siendo el mismo y muy fuerte.

En este mes, hablaba de la relación con su primo como aquella relación que le proporciona la sensación de protección que perdió con su abuela. Al analizar esto, comienza a ver estos aspectos, tanto la agresión como la transgresión, como algo “aberrante” en ella. Escucho una Luz que se rechaza y, cuando no lo hace, se siente abandonada; una ida y vuelta de emociones desagradables.

El trabajo en terapia con respecto de esa sensación de abandono –abandono que también actúa con ella misma–, nos sigue llevando a su historia familiar y a sus orígenes. Ella se siente “nadie” y su tristeza y sensación de derrota se relaciona con esa percepción de no tener un origen que le dé lugar.

Habla entonces de su madre, de que la tiene solo a ella, pero siente su falta, no obstante que Luz tampoco le da un lugar a su madre en su vida. Es en este punto, se puede tener más claro el dolor de la ausencia de su abuela, ya que sin ella queda frente a la opción materna, que no es aceptable para Luz.

Una sesión más tarde habla del miedo de convertirse en su tía, le hago ver que eso lleva implícito su deseo de serlo. Tratando de ligar el sentido inconsciente de las sesiones, apelando a que en el inconsciente no hay tiempo, sé que Luz me habla de este miedo a convertirse en su tía, porque hablamos en la sesión anterior del rechazo de saber que sólo tiene a su madre; es entonces cuando parece tener más claridad el sentido de su temor en relación con el deseo de la locura: la locura significa para Luz pertenecer a su familia adoptiva, aunque eso sea pagar el precio de la enfermedad.

Luz elige una opción que no es su madre, elige a su abuela, y con ello elige ser parte de una familia a la que no pertenece en el sentido consanguíneo. Para ello elige inconscientemente ser la hija de la abuela, esa hija que siempre permanece junto a su madre, es decir, su hija psicótica. En su tía, Luz ve la opción de la unión materna que no ve en la madre, no obstante, esa unión representa locura.

En esa sesión, Luz logra ver su deseo de locura, sin embargo, aún no es tiempo de transmitir el sentido de ello. Apuesto al tiempo, para que ella misma vaya respondiéndose el sentido, con el sentido de también buscar su opción, una que no la comprometa a ser quien no es.

En transferencia, puedo sentir la desesperación de mi paciente al enfrentar esas dos opciones de sufrimiento, una opción la deja en la locura y otra en el déficit, hablamos entonces de la creación de otra opción, nacida de la creatividad en el espacio terapéutico. En este punto Luz parece no saber cómo acercarse a este punto anterior y yo la escucho aún muy atorada en sus angustias. Las posteriores sesiones del mes regresa hablando de sus malestares, lo cual nos lleva a retomar su tristeza y rechazo. También regresa al enojo hacia su madre, quien no ha podido darle una familia como la que ella quisiera. La angustia sigue ahí. Las emociones incontrolables que no podían ser expresadas antes, más que a través del cuerpo, salen y las sigo escuchando.

La transmisión del vacío

En las sesiones, a casi un año de tratamiento, Luz hablaba de su madre y de su tía, de su entorno inmediato, al parecer angustiante, por medio del cual me hablaba de sí misma, de sus temores, y de sus horrores. Parecía que estábamos en el cuarto oscuro, con momentos de escape, cuando ella no quería sentir.

Luz muestra un avance al tratar de hablar de su madre, y entender su proceder, pareciera que con eso quisiera acercarse más a ella; al mismo tiempo, decide alejarse de su tía y la observación constante de su enfermedad, la cual le genera, generalmente, mucho enojo y temor. Luz identifica en este punto del tratamiento que el hecho de que su madre y ella se hagan cargo de su tía enferma parece una paga por la adopción de la madre, por lo que decide no participar más en ello, como sucede unas sesiones después, cuando la tía de Luz tiene una crisis y ella decide no hacerse cargo, no pagar el favor de la adopción. Con este acto parecía que Luz elegía no ser como su tía (alejarse de la locura) y tampoco ser como la madre (la cuidadora que paga una deuda).

En este momento del tratamiento la problemática identificatoria sigue escuchándose, aunque con esfuerzos de solución, el conflicto de que su madre sea su única figura consanguínea con quien identificarse, seguía teniendo en jaque a Luz. Relaciono lo anterior con la sensación que ella tiene de nunca ser ella, de que ella es otros, de que es la muñeca de trapo que otros manejan o el robot que sigue órdenes. ¿Quién es ella?, parece que ella es otros: es su madre, es su tía (deseo de no ser su madre), y eso la enloquece e invade, encontrando pocas posibilidades de responderse a la pregunta de la identidad.

El conflicto que surge de la identificación con la madre parecía haber surgido en un segundo tiempo, en la adolescencia, ante la pregunta *¿qué tipo de mujer puedo ser?*, inminentemente surge la identificación que deja en jaque a mi paciente ante la figura de su madre.

En un primer tiempo, en su infancia, la falta parecía estar clara: existía falta emocional de padre y madre, ella era diferente. En un segundo tiempo, sin embargo, a la entrada de la adolescencia, y con la revelación del secreto de adopción de la madre, parece que Luz queda en una posición difícil frente a su

pregunta, ya que esto la colocaba frente a la identificación con la madre, conflicto que aún quedaba por esclarecer en el consultorio.

En el conflicto de identificación, Luz parece tener gran carga de agresión hacia sí, que al final del primer año de tratamiento, luego de la muerte de su abuela, comienza a surgir de una manera alarmante. Luz habla de la forma en que no se cuida y de sus conductas destructivas, por ejemplo, aunque ya no vomita, expresa gran auto-rechazo, e incluso llega a tener conductas que la ponen en riesgo, como atravesar la calle sin ver si vienen autos hacia ella.

Contra transferencialmente me preocupo, trato de interpretar eso y uso mi propia sensación para hacerle ver que parece buscar que el otro la cuide. Ella explora el poco cuidado que se tiene a sí y expresa gran enojo diciendo: *“Me siento abandonada y perdida, sin saber qué pasa conmigo, me siento vacía. Como una niña que dejaron sola y no sabe cómo cuidarse”*. Luz parece hablarme con la absoluta verdad, la veo sin elementos, como una pequeña que llora, sin recursos y con angustia, sin embargo, trato de no ponerme en ese lugar de la cuidadora y tan sólo estoy acompañándola.

De esta manera, entre el enojo hacia sí y el enojo hacia su familia adoptiva, que en este punto resulta un tema que prefiere no profundizar. Transcurren las sesiones, dando paso a nuestro siguiente año de trabajo. Luz comienza a querer explorar su sensación de vacío, habla de un vacío y quiere comprenderlo, comienzo a escuchar que ella habla del *ser*, de un vacío que viene de *ser*: no ser alguien. Habla entonces del vacío en relación con los años de infancia, cuando sabe que es diferente de sus primos, en aquel el momento, sólo sabía que “no tenía padre” y la presencia de su madre tampoco se sentía. “yo no era como ellas (primas), yo era insignificante”. De esa forma empiezo a escuchar que ella no sentía *ser* alguien para otra persona; no tenía lugar ni origen.

Sesiones posteriores, Luz comienza a hablar de su deseo de *ser* otra persona. De no ser como su madre (su referente inmediato de mujer), la madre irracional e inmadura que ella percibe. En esas sesiones habla de una madre ensimismada, que no la alimenta, ni la cuida, que no la ve y no le da posibilidad positiva de *ser*.

Parece que habla de algo vital, del cuidado más básico, parece que no quiere ser como la madre que le transmitió un vacío.

Esa imagen de la niña que se queda sola, sin saber cómo cuidarse, se pone en palabras, nombrando los afectos. Posiblemente Luz no fue suficientemente vista y narcisizada.

Este punto abre una concepción importante para el caso de Luz, reafirma que sus carencias pueden estar del lado de aquello de lo que no fue alimentada. Mi paciente parece entonces reclamar esa parte faltante. No obstante, pienso que su madre también padeció esas carencias de maternaje, ya que su madre (abuela de Luz), la dio a otra familia a unos meses de nacida y enferma. Le hago a ver a mi paciente las carencias de su madre, y eso que Luz no tuvo tal vez no lo tuvo porque no podía ser dado: no se puede dar algo que no se tiene.

En este punto, respecto de la función de la madre como alimentadora, quiero referirme a un fragmento de sesión que más tarde llevé a cabo con mi paciente y que sirvió para abrir mi escucha en relación con este aspecto. En esa sesión que menciono, Luz inició hablando del enojo y tristeza hacia su madre porque ella no tenía lista la comida cuando ella tenía hambre, ya que, como señala: “suele pasar, que no hay comida”. Mi paciente se escuchaba como un bebe angustiado ante la falta materna. Cito un fragmento de la sesión: *“Siempre he sentido que mi mamá está como en otro lugar, siempre prestando atención a otras cosas, como que no nos toma en cuenta a mi hermano y a mí... siempre me peleo con ella por cosas de la comida”*. Luz me estaba diciendo que siempre se pelea por la falta de su comida y, ante una madre-pecho ausente, está una niña angustiada con vacíos, reales y emocionales.

En contratransferencia, es en estas sesiones cuando logro entender lo anterior, imagino una parte faltante interna de mi paciente, una parte hueca que me permite entender su sensación de ser “una muñeca de trapo” o “un robot”.

El conflicto parece venir entonces de la pregunta que la deja frente a la posibilidad de identificación con su madre para definir la mujer que podía ser, no obstante, lo anterior pudo haber representado conflicto para Luz, por el objeto de identificación,

su madre, y de las carencias que eso representaba, las cuales venían sintiéndose tiempo atrás, que no son sólo carencias que Luz experimenta, sino vacíos posiblemente transmitidos por generaciones de madres que no fueron narcisizadas y a su vez lo transmitieron.

De esta forma, las carencias de las que venía hablando Luz, se amarran a la sensación de vacío y el conflicto identificatorio que surge de la percepción de una madre que no alimentó, que le transfirió así, sus propios vacíos y carencias.

Enojo que brota y fulmina

Las posteriores sesiones, Luz se inferioriza, se nota enojada consigo, rechazándose. Sigo trabajando en mostrarle su autoagresión, le hago ver la relación que tiene su enojo con quienes siente la han abandonado, y la forma como lo toma para enojarse consigo.

Continúa explorando cómo el sentirse sola se relaciona con los sentimientos de abandono que experimentaba en la infancia, cuando se sentía abandonada por sus padres; sin embargo, sigue en la fuerte postura de culparse por el abandono que sintió. En contratransferencia, siento a este aspecto, fuerte como una roca, un enunciado que ella misma ha colocado en sí: sentir que por ella, por ser ella, la han abandonado. En este punto, parece que la herida narcisista de las historias de abandono se hace presente. Seguimos trabajando el *para qué* de ese enunciado, en una labor complicada.

En alguna ocasión, a estas alturas del tratamiento, surge algo fuera de lo común, Luz tiene un pleito con su madre, en el que le reclama su enojo y le dice que no la ve como madre, si no como hermana y que los padres educan. En sesión logra analizar que su razón de reclamo fue darle a ver sus faltas de atención. Parece que Luz le reclama por aquello de lo que no fue llenada.

Luz queda sorprendida de haber hablado con su madre y, al mismo tiempo, ya no sentir enojo con su tía. En esa misma sesión me revela que cortó con su primo y que mantiene una relación con su profesor (y tutor), desde hace tiempo. Logro ver

que Luz está actuando, sin embargo, no logro aún comprender la carga de sus actos. Me deja pensando en las relaciones que sostiene casi incestuosas, que parecen hablar por ella de sus dificultades de origen.

En posteriores sesiones, Luz parece sacar el enojo hacia su familia adoptiva y habla más de ello, lo cual también representa un cambio. El enojo hacia los miembros de su familia adoptiva empieza a surgir y se refleja en el material onírico. Unas sesiones posteriores lleva un sueño al consultorio:

“Soñé que estaba muy enojada, algo le había pasado a mi hermano y les gritaba a todos que había sido su culpa, que no habían hecho nada por ayudarlo y sentía dolor y enojo. Y en mi sueño también estaba enojada con mi abuela”.

Al respecto de ese sueño, Luz pensó: *“En ese sueño pareciera que ellos fueran el público y nosotros el espectáculo”.* En esa sesión Luz expresa sentirse abusada y maltratada por el trato diferenciado hacia ella y su familia (madre y hermano) por parte de su familia adoptiva.

Sesiones más tarde, Luz comienza a tomar decisiones y a actuar con el propósito de “tomar venganza”; menciona que quiere ser mala, no sentir compasión por nadie y usar a las personas. En la sesión dice: *“Quisiera ser como todos ellos”* (refiriéndose a su familia adoptiva). Entonces le hago ver su deseo de pertenencia a esa familia, como antes, a través de la enfermedad y la locura, ahora a través de “ser mala”, y la impulso a hablar del dolor que siente, de la familia, de su historia, de la sensación de abandono. La invito a recordar y no repetir.

Después de esta sesión, mi paciente habla de la ausencia de su padre, pareciera que se contacta con ese dolor por las ausencias de su padre biológico y del papel paterno.

El lugar del padre, los primeros años de Luz estuvo ocupado por su tío, único tío varón de la familia adoptiva. Ocupó el lugar por un tiempo, sin embargo, al casarse, dejó de tener presencia. De esta manera, a los 4 años, Luz entiende que su tío no es su papá y siente por primera vez la ausencia de uno que cumpla la función, sin que nadie logre explicarle algo acerca de las ausencias.

La ausencia de su padre le hace vivir un sentimiento de desprotección ante situaciones complejas, como la enfermedad de su tía y la ausencia afectiva de su madre. Con sus propias palabras Luz expresó: *“La ausencia de mi padre influye en cómo siento y pienso, todo recayó en la ausencia de mi padre”*.

Luz me habla de otra ausencia, y de las ausencias en general, de un vacío de algo (sentimiento de desprotección). Escucho a mi paciente en contacto con su dolor. Ella nota su cambio y yo lo noto. El enojo deja de aparecer por un tiempo (breve) en el consultorio. Con el paso de las sesiones se nota menos enojada consigo. No obstante, poco a poco la voz del abandono propio se empieza a escuchar; Luz no encuentra sentido en hacer las cosas por ella misma, se vuelve a escuchar el abandono. Se separa entonces de muchas personas, expresa querer estar sola. Relaciona el querer irse de todos y estar con ella misma, por sentirse “diferente y rara”. En el siguiente mes noto a Luz con ganas de no pensar, de no sentir, susurros de la pulsión de muerte: solo quiere estar mal; sin embargo, reconoce que hay una parte que quiere estar bien y seguir, la pulsión de vida se asoma.

Entra entonces un periodo complicado en el que ataca el espacio terapéutico, ya que siente que es “torpe” y que no avanza, su autoagresión la lleva a agredir su espacio terapéutico.

A finales de ese año, Luz, sigue expresando su parte agresiva hacia sí, aunque ahora ya más mezclada con el enojo hacia su familia (excepto hacia su abuela), de quienes ha sentido rechazo o abandono. Lo que pareciera que anteriormente fue un avance, al hablar del enojo hacia su familia –a quienes antes protegía alno hablar de ellos en el espacio terapéutico–, parece tener posteriormente retroceso. Regresa el enojo a sí misma, en una forma autodestructiva. Luz parece ir y venir del enojo hacia ella o hacia otros. Regresa de su rabia y se instala un tiempo, incluso haciéndola pensar en la muerte, deseándola.

No obstante, hay parte de avance. Ante el aniversario de muerte de su abuela, Luz se siente por primera vez capaz de entrar y salir de la emoción. También escucho un cambio en el lugar que le ha dado a su relación con su ahora ex-profesor, Rubén. La relación es cada vez más profunda, aunque ella teme acercarse emocionalmente, debido a que teme ser abandonada.

Al respecto de esta relación, Luz habla en más sesiones acerca de su Rubén. Expresa que, al igual que con su primo, desde el principio, la amistad que tenía con él era de gran confianza y apoyo (él era su tutor). En sesión dice: *“Sólo Rubén me puede escuchar”*. Es ahí que por primera vez trabajo esa cuestión a nivel transferencial, le hago ver cómo me anula, como si yo no la escuchara, y relaciono eso con lo que hace con su madre y con ella misma, cómo ella nos anula y se anula. La agresión me toca, como la toca a ella. En esa ocasión Luz no dice nada, se queda pensando y dice: *“Antes sólo venía aquí porque tenía que hacerlo, como ir a la escuela, ahora no”*. Parece que Luz quiso reposicionarme en el espacio y quiso reposicionarse; no obstante, esa intervención sirvió para trabajar la anulación a las personas y así. Menciona: *“Dejo conmigo que hagan lo que quieran, porque yo no sé qué hacer conmigo misma, no lo encuentro”*. Parece que hablara de un aprendizaje de abandonos y una repetición constante de los mismos.

Luz sabe que ha llegado un punto en el que es necesario no anularse para seguir avanzando en su proceso.

En un par de sesiones posteriores, Luz expresa no saber quién es, reconoce que pierde su singularidad frente a los otros y se anula. El conflicto sigue hablando por sí, habla de una pregunta narcisista sin respuesta: ¿quién soy? Y en una serie de enojos, contra ella y contra los demás, la pregunta se mantiene en el aire y va enfocando nuestro trabajo terapéutico para responder a sus preguntas de identidad.

Dentro del cuarto oscuro

A inicios de 2012, con más de año y medio en tratamiento, Luz regresa de vacaciones y dice sentirse “como si ahora sí estuviera viviendo”. Se siente más cercana a su mamá y a su hermano, lo cual la ha hecho sentir de forma diferente, debido a que siente el afecto de ellos. Esa parte permanece, se mantiene la cercanía y el afecto que ha logrado hacer consciente hacia ellos. La posición con

su tía es cada vez de menos enojo, aunque en ocasiones dirige a ella todo su malestar.

Luz cada vez habla más de ella en sus sesiones, es una joven diferente de aquella de las primeras sesiones, cuando generalmente iniciaba su sesión diciendo: *“Esta semana mi familia...”*, habla más de sí, aunque enfrenta horror y dolor en el espacio terapéutico. No obstante, continúa, a sabiendas de que está dentro de ese cuarto oscuro al que no quería entrar.

Luz se observa y se horroriza, da la vuelta y regresa con furia a sí. Se da cuenta de que ha permanecido ahí, guardándose, sin dejarse ver. Dice que nadie conoce lo que ella se hace, que se juzga, que se exige. Luz siente que no la comprenden, porque es “rara”, entonces comienza a notar con más claridad esa parte que oculta de sí, poco a poco se acerca a ella.

Analizamos que el “ser un robot” surge de rechazar su vida y rechazarse. Al respecto de eso menciona: *“Empecé a rechazar mi vida desde pequeña, mis papás no estaban, mi tía estaba enferma, mi abuela sufría, mi mamá nos gritaba cuando estaba (...), yo era criticada por penosa”*. Luz, sigue hablando de su sentido de vida, se anula porque se menosprecia, se da cuenta de que ha tratado de no ser como su madre, quien “causa problemas”. Sin embargo, en ese auto-rechazo no ha encontrado su deseo propio y creativo de ser alguien no alienado.

En esa búsqueda de sí, en sesiones en la que lo permite más, Luz se topa con sus propias dificultades para relacionarse, debido al temor a ser abandonada por ser ella misma, ya que se ve como un ser despreciable. Entonces sucede un evento que permite ese trabajo: Luz encuentra a Rubén con una alumna más, eso despierta mucho enojo en Luz, y se siente rechazada, trabajamos el hecho de su elección amorosa, pues ella sabía que él tenía relaciones con varias personas. Acepta que eso le aseguraba distanciarse de él; entonces comenzamos a explorar el para qué de no querer vincularse cercanamente con alguien. Luz explica que se sentía “horrible”, susceptible de causar “lástima” y “tristeza”, por lo cual generalmente se queda en su oscuridad, oculta ante los demás, una oscuridad que esconde y que le aterroriza.

En el menosprecio lleva incluido su afirmación, que se comprueba en sus elecciones (como en la elección inconsciente de Rubén): *“No soy nadie, al no ser nadie me abandonarán y cuando lo hagan, lo entenderé, porque no soy nadie”*.

Rubén comienza a representarle una figura que la puede abandonar, al igual que con muchas personas importantes en su vida, siente que la abandonaron, menciona: *“Es como estar siempre en un lugar donde las personas pasan y se van”*. Luz, sabe que ese temor es de ella y que el abandono no tiene porqué repetirse, sin embargo, teme.

Un mes más tarde, invadida por el clima social del país, Luz teme a la muerte de algún ser querido y sobre todo, de no poder salir del dolor de la pérdida.

El tema del abandono pasa muchas veces por el consultorio, sin querer ser tocado a profundidad por Luz, debido a que teme quedarse en la emoción. Parece que se defiende con algo que ella ya ha trabajado; le hago notar, entonces, que ella ya lo ha vivido, sabe que puede entrar en sus emociones y salir, porque lo ha hecho. Logra hablar entonces de su conflicto, siente deseos de tener que culpar a alguien por lo que le ha pasado, ya sea a ella o a alguien más, menciona: *“No sé qué hacer con eso, si culpo a alguien más, lo justifico, porque no valgo”*. Luz puede notar que en el fondo, su problema tiene que ver con la forma como se ve: como una persona sin valor.

Luz se pone una trampa, ¿para qué? ¿Para qué justificar los abandonos vividos?, ¿para qué mediante su propio menosprecio? Siento las emociones in-elaborables en mi paciente, provenientes de su herida narcisista.

Seguimos hablando todo el mes del miedo a la muerte del otro, al dolor ante la sensación de abandono, que lleva su enojo consigo, porque en el fondo siente que la abandonan por ser alguien sin valor. Le hago ver cómo algo la detiene en ese enojo por sentirse abandonada, al punto de incluso se sádica consigo, posiblemente como una forma de ser sádica con sus objetos.

Esa parte tan difícil y dura se expresa a continuación: *“Así debo ser, no debo cambiar, debo castigarme”*. Es en esas sesiones, que surge mi necesidad de analizar esa voz castigadora.

En el transcurso de los siguientes meses nos adentramos en el consultorio a explorar la propia voz castigadora de Luz, quien comienza a ver cómo ella se lleva a esos estados de angustia. Dice que reprime su felicidad o tranquilidad para mantenerse siempre en una posición de defensa “sin bajar la guardia”. Nota el daño de tratarse así, sin embargo, teme mucho más no cuidarse de esa forma.

Una forma de protegerse, es alejándose de la gente que comienza a querer, analizamos entonces qué imagina que puede ocurrir si se acerca más a las personas. Ella siente que rompería una barrera y caería en un “abismo de emoción” (tal vez de ahí su deseo de enloquecer y muerte). En ese mes vuelve a alejarse de sus madre porque siente que va en contra de su deber ser, en el que siente que no debe permanecer así. Luz no quiere acercarse a nadie, sólo a su abuela muerta, con lo que expresa su deseo de muerte. La agresión vuelve a hacerse presente en el consultorio con fuerza.

Noto que las sesiones transcurren en el tema de mantenerse alejada de otros, evitando el vínculo (o protegiéndose de él), y explorando la posición que toma consigo. Luz no deja de hablar de lo que rechaza de sí, menciona: *“Hay algo que no me gusta”*. Luz siente que hay una capa cubriendo ese “algo” de ella, un tapón para sus monstruos, como lo nombramos en esa sesión.

En este momento se encuentra en una lucha por conocerse, adentrándose a sí, a quien no quiere ver. En las sesiones en que Luz se adentra más a sí, termina convenciéndose de que quedarse en su dolor, en su oscuridad es algo que no puede dejar de hacer. Esa voz castigadora se escucha le dice que debe mantenerse ahí. Con sus palabras Luz se dice: *“Me quedo del lado oscuro porque yo lo conozco. Hay otro lado blanco, de luz, pero lo desconozco... Me imagino perdida, me da miedo el cambio. Luego regresaría a lo negro”*.

La sensación que tengo en ese momento con Luz, que no obstante ya la había experimentado, surge en este periodo del tratamiento con más claridad. Luz

parece querer acabar con una parte suya, pero no eliminándola, sino castigándola. Parece que maltrata una parte suya como una forma de maltratar algo que lleva dentro, que ha introyectado a lo largo del tiempo, como forma de expresar su rechazo a la misma, pero sin lograr desasirse. Y no puedo evitar pensar que no castiga más que a la madre que ella lleva dentro de, actuando de esa forma, una y otra vez, el rechazo y la confirmación del mismo, con la voz venida de la herida narcisista “merezco esto”.

Ver dentro de la propia oscuridad

Luz explora más en las profundidades de sí, habla de su voz castigadora, de los sentimientos negativos hacia sí misma. Inicia las sesiones explorando cómo se trata, como se siente, qué ha visto en ella.

A mitades de su segundo año en tratamiento la relación con Rubén se hace más seria, ella sabe que él quiere una relación más formal, o al menos verse más continuamente, y ella nota que se niega a hacerlo, no obstante que también quiere más cercanía con él.

Después de algunas sesiones Luz se plantea enfrentarse para cambiar su sensación de malestar consigo, se da cuenta de que si quiere acercarse a las personas y dejar que la conozcan, primero necesita sentirse mejor y no temer que descubran algo terrible en ella. Entonces comenzamos a explorar un aspecto que se plantea nuevo y complicado. Parece en ese punto que mi paciente decide quitar el tapón para monstruos.

Ante la pregunta: “¿Qué no quiere que vean de ti?”, expresa que siente que hay algo oscuro en ella que no deja que los demás vean. Se siente en la necesidad de explorar más su miedo, y me expresa su temor de hacerlo, pero también su interés de enfrentarlo. La veo asistir los siguientes meses con dificultad a explorar, no obstante, veo que algo la empuja a querer terminar con eso y sentirse mejor con ella.

Eso oscuro que ella siente la invade, a veces se imagina que toda ella está invadida por eso negro, pero reconoce que lo negro es extraño, que no es suyo, que viene de algún lado, pero no de ella. Habla de una falta “desde siempre”. Habla de algo “ajeno”, “muy fuerte”. Yo tengo la impresión de que me habla de lo heredado, de esa herencia de vacío transmitida con la historia materna, de madres que no contienen y la dejan vacía en referencia al ser mujer. Eso que me menciona, la hace sentir “rara”, carente. Pareciera del orden del horror del que me habla

Ante la pregunta: “¿Qué ves dentro de ti?”, Luz expresa una oscuridad de dolor, que no se deja sentir, ni que otros sientan. Menciona: *“Algo extraño. Algo amargado, pesado, algo más que es muy oscuro...no es que yo siempre sea así, pero siempre está y de repente sale. Pero sólo yo lo conozco (...) es tan oscuro que no puedo definirlo”*.

Pienso en que suena a que se lo ha tragado. Se ha tragado eso negro que siente que la invade y que la hace querer esconderse de los demás, como un demonio que se esconde para que no vean su terrible condición.

En un trabajo de varias sesiones, exploramos más profundo en eso negro. Sus asociaciones se relacionan con sus recuerdos de infancia, en los que expresa el dolor de ir descubriendo su origen. Habla de cómo se fue enterando que su abuela no era su madre. Por primera vez habla de esta parte de su vida, que jamás había hablado en terapia, posiblemente como una forma de proteger a la figura de su abuela. Son sesiones muy fuertes, en los que noto la dificultad de mi paciente para sentir y para reconocer sentimientos fuertes y negativos hacia su abuela.

En una primera sesión cuenta cómo fue descubriendo que su abuela no era su madre y después cómo fue sintiendo que ella no la defendía cuando sus tías le decían “ella es mi mamá, no tuya”. Ella se sentía lastimada y con enojo. Es la primera vez que Luz expresa sentir enojo hacia su abuela. También recuerda que culpaba a su abuela de no ser su madre y de no protegerla.

La sesión siguiente Luz regresa expresando toda su culpa. Ella se siente “mala”, habla de tener “algo malo adentro”. Enojarse con su abuela la ha hecho sentir así de mal, lo que la lleva a una escucha más empática consigo y sigue hablando.

En posteriores sesiones continúa hablando de eso “negro” dentro de ella. Vuelve a relacionar un abandono en su sesión, ahora habla de su tío adoptivo y cómo descubrió que no era su padre. Tras recibir nuevamente un cambio, una nueva información acerca de su origen, va reiterando el dolor de la ausencia con su malestar. Recuerda que después de esto comenzó a sentirse “rara” y comenzó a ser “callada”. Pareciera entonces que quería dejar de hablar, no darse a notar, anularse, que se sentía vaciada de amor, lo cual reafirma diciéndose: *“Cuando se fue mi tío, sentí enojo, dolor y pensé que no era importante”*.

Le hago ver que ambas experiencias se unen a la falta de su padre y de su madre, lo cual posiblemente le hizo comprobarse que “no era importante”, como una forma de tratar de darle explicación a lo que estaba sucediendo. Ella no fue la responsable de no haber tenido explicaciones en aquel momento, pero ahora puede dárselas, sin seguir repitiendo la teoría sobre sí misma que se ha dicho desde hace mucho tiempo, en la que se comprueba que no es valiosa y por eso ha tenido esas ausencias.

Luz reflexiona en lo que se ha dicho por tanto tiempo. Su historia, en la que siente que tiene algo malo para ser abandonada, es lo oscuro en ella misma, lo que quiere ocultarle a los demás, pensando que ocultándose, no la abandonarían y no le tendrían lástima. Eso negro, parece ser eso transmitido, que tal vez no es suyo propiamente y que tiene que ver con el dolor del abandono y el sentir que ese abandono se justifica porque ella tiene algo terrible en ella misma, pensamiento que parece surgir como una forma de explicarse los abandonos vividos, incluso generacionalmente. Sólo así parece explicarse, por qué tanto abandono.

En esa sesión entiendo ahora por qué al principio sentía transferencialmente, no entender a Luz, y ver cómo esa parte llena de todo lo posible, incluso la locura, era eso negro que ella me decía, que asustaba, la asustaba a ella y me asustaba a mí. Ella era un hoyo negro para mí, porque ella misma se sentía contenida de todo lo malo, con la herida narcisista que deja un hueco profundo. Luz estaba

hablándome de ese hueco, que quería rellenar con el síntoma o con lo peor, para poder entender, quién era.

Posterior a esa sesión, en la cual al seguir explorando eso negro, ajeno, transmitido, en la que se juntaron sus sensaciones de abandono, de su abuela, de su tío, yo pude sentir que su oscuridad no es era inmensa y terrorífica, y su dolor era el dolor de su historia. En esa sesión, tuve la oportunidad de regresárselo así, de esa forma, queriéndole mostrar que lo oscuro, ya estaba dicho y parecía ser más manejable de lo que creía. La noté más tranquila con su historia, con menos miedo a lo negro, y muy probablemente con la sensación, de que el hoyo negro ya no es la inmensidad que asusta, porque ella ya no se asusta.

Luz siente que entiende mucho de sí, pero en ocasiones sigue negándose a sentirse mejor. Las últimas sesiones menciona que necesita pensar en sus decisiones de vida, por ejemplo, elegir un área de su carrera y con grande dificultad va enfrentando el deseo de seguirse tratando como alguien insignificante.

Hay una parte de Luz que la sigue manteniendo en el tratamiento, que se escucha en sus sesiones cuando dice: *“Ayer pensé que era tonta y luego pensé, eso no es cierto, no lo soy”*; esa parte, la sostiene y pugna por la resignificación de sí, por no ser nadie más que su propia construcción. No obstante hay otra, la que habla de sí y lo oscuro del vacío transmitido, la cual sostiene el maltrato y abandono. Esa es una parte que se debe seguir trabajando con la constancia, con el estar y resistir a sus abandonos y a los abandonos a los que a mí me somete. Sólo queda estar para construir.

Discusión y conclusión

Al llevar a cabo este reporte, tuve presente en varias ocasiones una frase de mi paciente que en alguna sesión mencionó, *“muy dentro de mi hay algo contra mi mamá (...) Tengo coraje de porqué tengo esta vida”*. Esta frase, que primero me llegó en su intensidad por medio del afecto con la que fue cargada, más adelante definió con mucha claridad el trabajo a realizar con mi paciente, debido a que refleja con nitidez el conflicto identificatorio, que un adolescente puede experimentar.

Siendo parte de un proceso de construcción de identidad, en el marco del desarrollo sexual -con respecto a la reedición edípica-, los objetos de quienes se hayan introyectado o incorporado aspectos, se encuentran en conflicto, no obstante, esta cuestión resulta por demás normal, debido a que el adolescente se encuentra en el planteamiento de sus nuevas respuestas que lo definirán en su identidad psicosexual. De esta forma, este periodo, llamado “crisis de la adolescencia”, suponen la elección de los nuevos modelos de identificación (Mannoni et al., 1991). No obstante, habrá situaciones que generarán un mayor conflicto, ya sea debido a la calidad de los basamentos narcisísticos anteriormente obtenidos o a un conflicto con un objeto de identificación, con quien se tenga una intrincación pulsional intensa. El caso presentado en este reporte, es un ejemplo de ambas situaciones, llevando con esto, un conflicto identificatorio, en miras de una estructuración identitaria.

La relación que hace Jeammet (2003), con respecto a Narcisismo y apatencia objetal, plantea la relación directa entre la carencia precoz narcisista y la importancia de los objetos en la adolescencia. Este punto importante, nos hace entrar más profundamente a la escucha de los pacientes y preguntarnos por lo adquirido en la relación temprana, debido a que ellos mismos se están planteando un conflicto del tipo narcisista que buscar responder a la pregunta *¿quién soy yo?*

En el caso de Luz, la búsqueda por la respuesta -de esa pregunta de carácter narcisista-, expresa en sí misma una lucha y una dificultad, venida de la identificación que tiene con la figura materna. Luz, se encuentra en la paradoja del adolescente que exploran Urribarri (1992) y Jeammet (1992), ya que al buscar la autonomía, la única vía es la de la identificación con el objeto. En positivo o en negativo: la vía es el objeto.

Existe entonces una lucha por el ser, un esfuerzo de des-identificarse que se plantea espinoso. La paciente se enfrenta al conflicto con el objeto, en el que por la lucha de su autonomía, se hace importante. En este caso, la madre de Luz, se presenta con fuerza ante la pregunta adolescente ¿qué tipo de mujer puedo ser?

La identificación y su conflicto, pugnan una consolidación de la identidad, con un carácter sexual, es decir, la identidad psicosexual, queda en una llamada de respuesta ante esa pregunta.

Dicho lo anterior, podemos decir que el conflicto identificatorio en el consultorio, se hará presente, posiblemente con la misma fuerza que el paciente lo viva y nos pondrá sobre la mesa, la muestra de los objetos introyectados con anterioridad.

El caso presentado, nos permite observar, la forma en que las adquisiciones previas respecto al objeto materno hacen eco en la paciente acerca de los vacíos o carencias experimentados en el presente, pero adquiridos con anticipación, ya sean relativos a los incorporados del objeto (por medio de la transmisión generacional de lo no propio) o en lo relativo a su propia constitución (lo vivenciado por el infans en relación al narcisismo primario).

Cuando hablamos de lo adquirido, podemos decir, que el objeto nunca se desembaraza del todo de los elementos que lo anteceden, como lo expresa René Kaës (1983), cuando menciona que *“el individuo es para sí mismo su propio fin, pero en la medida que se constituye como miembro de esta cadena intergeneracional(...)”*. Luz, no está a salvo de lo anterior, no se salva de la transmisión y en su caso, lo transmitido le representa carencias.

En mi comprensión del caso, me fue importante entender la parte de transmisión, debido al nivel de conflicto que la paciente parecía manifestar a través de sus síntomas, mismos que más tarde fueron apalabrándose, y que parecían hablar de una carga de origen tan pesada y a la vez tan vacía, que me fue necesario comprender la dimensión generacional en su historia.

Debido a que la cuestión identificatoria, atañe a varias etapas del desarrollo, entenderemos que la paciente experimentó primariamente en la relación con su madre -como un inicio del proceso de identificación-, dificultades en la relación, que a su vez tuvieron su implicación en la calidad de los basamentos narcisistas, los cuales se ponen en juego en la adolescencia, vividos como sensaciones de vacío, de carencias, o percepciones de *no ser*.

Lo anterior, también puede tener parte de su explicación en un contexto generacional. Podemos tomar en este punto el término de Faimberg (1985), *telescopaje*, o *Identificaciones alienantes*, para tener una idea de lo transmitido, que no siempre es propio y se adueña de lo no elaborado en generaciones anteriores, debido a que en este caso la adopción y la sensación de falta de la madre contenedoras en la anterior generación, se hace presente. Es decir, aunque la relación de Luz con su madre, haya sido mejor que la de su madre misma en una generación anterior, la transmisión de esa falta se hace presente y se expresa desde la infancia de Luz al sentir que su madre nunca estaba.

La madre de Luz, tuvo su historia de adopción y sus preguntas de origen, las cuales son transmitidas a su hija de una forma inconsciente, impactando narcisísticamente a la paciente, quien también experimenta una herida narcisista, situación frecuente en las situaciones de adopción (Eiguer, 2001; Maya, 2011).

En este punto, resulta importante poder preguntarnos el papel que juega la ausencia del padre, sin el cual, posiblemente Luz queda más a la merced de la identificación materna, porque es ella la representante de su pertenencia familiar. Esa pertenencia familiar llena de huecos o faltas, a su vez choca con la historia de

la familia adoptiva, quien denigra la figura de la madre de Luz, cuestión que más tarde determina las dificultades identificatoria de su adolescencia.

De esta forma, en el caso de Luz, la lucha identificatoria, tiene de fondo la calidad de los basamentos narcisísticos y la conflictiva con lo transmitido a través de la madre; y es en ese contexto que la paciente elige de una forma inconsciente a través del síntoma, una especie de resolución de sus conflictos identificatorios, al identificarse con su tía.

La identificación con su tía enferma expresa su contra-identificación con la madre, y su deseo de ser parte de una familia y no parte de una historia que transmite la no pertenencia y el dolor de la herida narcisista.

A través del síntoma bulímico encuentra forma el malestar que experimenta en relación a su madre y la mujer que le representa.

Cabe señalar que a pesar de que el caso presentado, es un ejemplo de la forma de que pueden ser tratados los casos de bulimia, en el sentido de su comprensión teórica y la aplicación práctica, el objetivo principal radica en la posibilidad de trabajo con el adolescente, en el cual el síntoma no es el objetivo principal, si no abrir un espacio de escucha a lo que no ha podido ser dicho. Así mismo, el espacio de escucha abre un espacio de creación de posibilidades en los que el paciente puede transitar en la resolución de sus identificaciones, sin que el proceso sea apabullante, y más bien sí reestructurarte.

Algo que llevé a cabo en el tratamiento y que me fue muy útil fue la no persecución del síntoma, posición ante la cual me coloqué desde el inicio del tratamiento gracias a la supervisión realizada. La no persecución del síntoma, permite una escucha de los conflictos detrás del mismo, en este caso, la conflictiva identificatoria, la cual, a su vez, tiene su razón de ser.

La misma elección del síntoma, nos habla mucho de lo que el paciente sufre sin palabras. Específicamente la problemática con el cuerpo, nos da noticia de lo arcaico de la conflictiva.

Desde el inicio del tratamiento la paciente expresaba su dificultad de poner en palabras su angustia, además tenía una historia que apuntaba a la expresión del malestar a través del cuerpo (enfermedades constantes de garganta en la infancia y gastritis en la adolescencia). Más tarde, con el síntoma de bulimia, parecía también estar expresando sin palabras el malestar, expulsando con su acto lo que sentía contenido en ella, y rechazando, con el rechazo a su cuerpo (visiblemente no gordo), el rechazo a lo que sentía había adquirido de origen.

El síntoma con el que Luz llega al consultorio, va mostrando más claramente su carácter arcaico con el paso del tiempo y la escucha de sus problemáticas con su madre. Lo anterior nos remite a la consideración de la relación madre-hijo, en las etapas pre-verbales, ante la cual nos podemos hacer la pregunta acerca del papel de la madre contenedora, que ve minada su capacidad de contener por la historia en transmisión, me refiero con ello a la faltas con las que ella también, suponemos fue cargada.

Hablamos entonces de lo que Joyce McDugall (1987, 1995), exploraba con respecto a la vulnerabilidad psicosomática, la cual aumenta notablemente a raíz de cualquier perturbación en la economía narcisista en el presente, pero tiene su antecedente en la fragilidad de nuestro equilibrio narcisista, el cual tiene su base en la relación primaria madre-hijo. La falta de contención materna, puede llevar a un desequilibrio en el psique-soma del *infans* (Anzieu, 2003; McDugall, 1987).

Por otra parte, las problemáticas alimentarias, también nos remiten a la etapa oral. Los conflictos derivados de la alimentación del niño, son representantes de los conflictos en la relación dual (Anna Freud, 1971) que tiene lugar en una fase pre-edípica, explicados en los términos de lo que se introyectó (Castañón y Rocha, 2005). Estos conflictos, posteriormente se puede expresar en un síntoma, como se comprueban en el caso presentado. El síntoma anoréxico y bulímico parecería entonces, funcionar como el deseo de sacar de sí al objeto malo que se vivió como envenenante y angustiante.

De esta forma, el síntoma de vómito en Luz, podría ser una expresión de eso que se vivió como no alimenticio y sí angustiante. En este sentido, la literatura menciona desde la visión Kleiniana la vivencia de haber sido invadido por objetos

parciales que se pueden tornar persecutorios, (Castañón y Rocha, 2005), así como la introyección de las proyecciones parentales hostiles (William, 2003), ante lo cual, sin la función continente adecuada, el niño queda inerme a ser invadido.

La literatura consultada en comparación con el estudio de caso, parecen coincidir en el hecho en que el síntoma bulímico tiene relación con las fases pre-edípicas en las que las vivencias tempranas entre madre e *infans*, pueden determinar la posible eclosión sintomática. Y en la adolescencia, cuando en el marco identificador la figura materna (representante de lo que fue incorporado) se torna de una importancia exacerbada, los síntomas pueden ser una expresión de la dificultad con lo incorporado previamente.

Mi propuesta en este punto es que Luz no sólo rechazaba con su síntoma a la madre, sino todo lo que con ella cargó al respecto de la historias de origen, llevando tras de sí el duelo interminable de la familia ideal (Eiguer, 2001) y la rabia por la herida narcisista de la imagen de los padres denigrados con los cuales se identifica (maya, 2011), por lo que gran parte del trabajo, que aún en estos momentos sigo llevando a cabo, tiene una relación directa con el poder replantear su historia y posicionarse en una lugar diferente, más allá de la herida narcisista y el duelo por la familia ideal. Es decir, más allá de la madre, poder ser una mujer diferente.

En el caso de Luz, la fuerza con la que se expresa el rechazo a lo incorporado de la madre resulta un punto importante a discutir, por la gravedad de los ataques a sí misma y a sus objetos, en el conflicto pulsional adolescente.

Con respecto a la agresión, un factor importante, es el trabajo con la transferencia, que permite regresar mucho de lo sentido por el paciente. Durante el tiempo en que he trabajado con Luz, me he servido de la sensación propia de anulación para poder regresarle, durante las intervenciones, sus propias conductas de anulación. De la misma forma, su rabia y enojo que permean constantemente nuestras sesiones, son un indicador importante del trabajo. Menciono lo anterior, debido a que el trabajo con adolescentes, en ocasiones pareciera complicarse en situaciones que atañen a la posibilidad de riesgo, es decir, algunas conductas del tipo *acting out*. Pero ante ellas, podemos usar la angustia para entender el

conflicto del paciente, y dejar que el mismo espacio de escucha contenga la agresión y evite la posibilidad del *acting*.

Al respecto de la relación madre e hija, considero que este caso expresa fuertemente todo lo que se juega en la relación entre ambos en la adolescencia, lo cual nos permite lanzar preguntas al aire, referentes a esa reciprocidad. Quedan como preguntas en el tintero a considerar con más profundidad -en torno a la lucha identificatoria-, el papel de la madre y la ambivalencia que representa ese vínculo desde un inicio, lo que en opinión de Guignard (2009), constituye la fuerza y vulnerabilidad del desarrollo femenino y de las relaciones con las mujeres.

Finalmente puedo decir que el espacio terapéutico le ha permitido a mi paciente no seguir negando su malestar, de forma que al ponerlo en palabras, al hablarlo, al dejar que se vacíe y se llene de nuevo, la paciente se va construyendo. La construcción es la de la identidad, un identidad diferente a su tía y diferente a su madre. El mismo proceso, abre la posibilidad de no ser ni loca, no ser una mujer anulada y sí poder construir una posibilidad de ser desde la creativa que el espacio psicoterapéutico ofrece.

No obstante, el trabajo con mi paciente sigue en ese proceso de construcción. En este momento específicamente con respecto a la agresión que se presenta en el cotidiano de afectos de mi paciente. En este sentido, me gusta pensar en la propuesta de Anzieu (2003) cuando habla acerca de instaurar el *holding*, resistiendo los ataques del paciente. En este caso, el de Luz, me parece necesario, permanecer para crear, posición que hemos adoptado ambas, mi paciente y yo, a pesar de lo difícil de la tarea.

Conclusión.

El presente trabajo es un ejemplo de la pertinencia del método psicoterapéutico psicoanalítico en el trabajo con adolescentes. En él, la escucha de la paciente en tratamiento permite poner en palabras lo que hasta en ese momento se había expresado en forma de un síntoma en relación al cuerpo y sirve como generador de un espacio psíquico contenedor para la resolución de las identificaciones.

El tratamiento psicoterapéutico, ayudado de la supervisión del caso, representa una posibilidad de dar un lugar al para pensar acerca de las preguntas identitarias del adolescente, debido a que el tratamiento con enfoque psicoanalítico, pugna por la escucha del dolor psíquico del sujeto, lo que evita la obturación de la posibilidad creativa en el consultorio, debido a que no se le categoriza al paciente, más bien se abre un espacio de trabajo, llevado a través de la relación terapeuta-paciente.

Debido a que el trabajo con adolescentes obliga al psicoterapeuta a abrir su escucha a los conflictos de esa etapa, no se puede generar un trabajo profundo sin conocer la dinámica que se juega mediante los síntomas o conflictos que el paciente nos expresa con sus palabras o sus actos. En este aspecto, el tema de la identificación, se posiciona como uno de los elementos fundamentales a tomar en cuenta para la escucha de los pacientes adolescentes.

He de decir que para entender lo que el paciente quiere decir a través de sus síntomas, es indispensable un proceso de escucha largo y en el que conviene tomar la posición de no saber para permitir la escucha. Ante paciente adolescentes que acuden con conflictos derivados de los propios conflictos con sus objetos, el consultorio puede representar un lugar de trabajo en el que la resignificación suceda, pudiendo salir de las intrincaciones pulsionales de la etapa adolescente, para transitar por el proceso resolutivo de la identificación psicosexual.

Mi experiencia a lo largo de la residencia, me permitió el trabajo con muchos casos de adolescentes, con los cuales, tuve la dicha de observar el interés de los mismos ante un espacio de escucha, debido a que la mayoría de los pacientes, eran ellos mismo quienes buscaban su ayuda debido a la institución en las que realicé mis prácticas. Pude ver a muchos jóvenes queriendo escucharse,

mantenerse y a otros tantos también no permaneciendo. La paciente de este caso, me ha permitido ir avanzando con ella, conociéndola y pudiendo realizar un trabajo y por su parte ella ha permaneciendo, buscando escucharse para resignificarse.

Más allá de las explicaciones y conclusiones a nivel teórico a las cuales ya he llegado en el apartado anterior, creo importante referirme en este apartado a las conclusiones con respecto al trabajo clínico, en la labor del psicoterapeuta. El paciente adolescente está en búsqueda y conflicto, y muy probablemente sus padres también en éste último. Nuestra labor, tal vez, radica en estar y trabajar para la labor constructiva, en ocasiones indispensable en esta etapa.

Una de las ideas que más inspira mi trabajo con los pacientes, es la de Sigmund Freud acerca de la comparación de la labor analítica con la arqueológica, en la cual menciona: *“El trabajo (refiriéndose al analítico), muestra varias coincidencias con el del arqueólogo que exhuma unos hogares o unos monumentos destruidos y sepultados. Es verdad idéntico a él, sólo que el analista trabaja en mejores condiciones, dispone de más material auxiliar, porque su empeño se dirige a algo todavía vivo, no a un objeto destruido”*¹. Trabajamos con personas, que mientras estén dispuestas a construir, asistirán a nuestros consultorios a continuar con la labor de construcción, cuestión que atañe directamente a la adolescencia y sus procesos re-significativos.

La conclusión más importante para mí respecto de este trabajo en este sentido, se relaciona con *La posibilidad*, que existe mientras el paciente esté presente y activo en la construcción y el análisis de sí mismo, permitiéndonos desarrollar nuestro trabajo como terapeutas. Sólo así nuestro trabajo y la construcción se hace posible. Y no hay más conclusiones al respecto, más que la misma experiencia clínica nos vaya otorgando.

1. Freud, S. (1924). Construcciones en análisis. Obras completas. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu

Bibliografía

- Avrane P. La adolescencia y sus aspectos paradójicos. En: Mannoni, O. Deluz, A. Gibello B. Y Hébrard, J. (1991). La crisis de la adolescencia. México: Gedisa. Pag. 70.
- Anzieu, D. El marco psicoanalítico y los envoltorios psíquicos. En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 393- 402.
- Belmonte, L. O., Del valle, E., Kargieman, A. y Saludjian, D. (1976). LA identificación en Freud. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Bregazzi de Quiroga, C. (2011). Padres e hijos adoptivos: sueños, fantasías y novela familiar. Encuentros, desencuentros y transformaciones. Psicoanálisis, Vol. 2, pp. 263-278.
- Castañón, V. y Rocha, S. (2005). Figuras de la anorexia. Una comprensión psicoanalítica. México: Editores de textos mexicanos.
- Eiguer, A. (2003). ¿Familia o parentesco?. En: Geissmann, C. y Houzel, D.(2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 291- 305
- Enriquez, M. (1986). El delirio en Herencia. En: Kaës, R.,Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 97-129.
- Enriquez, M. (1988). Incidencia del delirio parental sobre la memoria de los descendientes. En: Kaës, R.,Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 146-176
- Faimberg,H. (1985). El telescopaje [encaje] de las generaciones. Acerca de la genealogía de ciertas identificaciones. En: Kaës, R.,Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 75-96

- Faimberg, H. (1993). El mito de Edipo revisitado. En: En: Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 167-186
- Freud, S. (1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria. Obras completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1909) La novela familiar de los neuróticos. Obras completas. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1940) Esquema del psicoanálisis. Tomo XXIII. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, A. (1971). Normalidad y Patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. Obras completas Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. Obras completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). El problema económico del masoquismo. Obras completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos. Tomo XIX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Pueden los legos ejercer el análisis. Tomo XX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu

- Gampel, Y. Reflexiones sobre la identificación: incorporación/evacuación. En: En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 867-879
- Geissman, C. a propósito de lo arcaico. En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 641-647
- Guignard, F. (2009). Madre e hija: entre lo compartido y lo escindido. Revista de psicoanálisis de la sociedad Argentina, tomo LXVI, 3, Pp. 635- 661.
- Gutton, P. Lo pubertario al descubierto. En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 699- 707
- Jeammet, P. Lo que se pone en juego. Las identificaciones en la adolescencia. En: Psicoanálisis con niños y adolescentes (1992). Buenos Aires, 2, pp. 41-58.
- Jeammet, P. lo que está en juego en las identificaciones en la adolescencia. En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 291- 305
- Kaës, R (1983). Introducción: El sujeto en herencia. En: Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. y Baranes, J. (1996). Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu. Pp. 13-28
- Ladame, F. la compulsión a la repetición en la adolescencia. En: psicoanálisis con niños y adolescentes (1992). Buenos Aires, 2, pp. 152-156.
- Laplanche, J y Pontalis, J. (2008). Diccionario de psicoanálisis. Paidós: México.
- Mannoni, O. Deluz, A. Gibello B. Y Hébrard, J. (1991). La crisis de la adolescencia. México: Gedisa.
- Mcdougall, J. (1987). Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico. Tecnipublicaciones: Madrid.
- Mcdougall, J. (1995). Teatros del cuerpo. España: Colección continente/contenido
- Maya, G. C. (2011). Fantasías de origen en una niña adoptada trabajadas en transferencia. Psicoanálisis, Vol. xxxiii, 2, pp. 325-334

- Nasio, J D. (1988). El concepto de identificación. En: Nasio, J D. (1988). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Argentina: Gedisa.
- Pascual, C. (2005) El síntoma. En: Mira, V., Ruiz, P. y Gallano, C. (Eds). (2005). Conceptos freudianos. España: síntesis.
- Peña, F. Identidad. En: Conceptos freudiano (2005). Mira, V, Ruiz,P y Gallano C. (eds). Madrid: Síntesis. Pp. 425-428
- Rosales, M. Identificación. En: Conceptos freudiano (2005). Mira, V, Ruiz,P y Gallano C. (eds). Madrid: Síntesis. Pp. 429-443.
- Uribarri, R. Acerca de la Identificación. En: Psicoanálisis con niños y adolescentes (1992). Buenos Aires, 2, pp. 26-32.
- Widlöcher, D. Para abrir un debate sobre la identificación. En: Psicoanálisis con niños y adolescentes (1992). Buenos Aires, 2, pp. 33-40.
- Williams, G. Algunas reflexiones a propósito de los trastornos de alimentación: la defensa "prohibida la entrada" y cuerpos extraños. En: Geissmann, C. y Houzel, D. (2003). Psicoterapias del niño y del adolescente. España: síntesis. 1087-1107.
- Zukerfeld, R. (1996). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos aires: Paidós.

