



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

***ANÁLISIS DE CASO DE UNA FOBIA DE UNA
ADOLESCENTE DE 17 AÑOS***

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

ANDRÉS RIVERO MARTÍNEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. JOSÉ VICENTE ZARCO TORRES

COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO

DRA. TANIA ESMERALDA ROCHA SÁNCHEZ

DRA. MARTHA LOPEZ REYES

DRA. DENI STINCER GÓMEZ

MEXICO, CDMX.

ENERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice.

Resumen

Capítulo I. Marco Teórico

1. Adolescencia	6
1.1 Perspectiva General de la adolescencia.	6
1.2 Adolescencia desde el psicoanálisis.	7
1.2.1 La visión Freudiana del adolescente.	7
1.2.2. Aportaciones de otros autores.	12
1.2.2.1 Siegfried Bernfeld	12
1.2.2.2.Melanie Klein	13
1.2.2.3 Donald Woods Winnicott	15
1.2.2.3.Phillipe Gutton	18
2. Sobre la Fobia y la Histeria	21
2.1 La Fobia como objeto de estudio del Psicoanálisis.	21
2.1.2 El puente entre Histeria y fobia.	23
2.2 La histeria	23
2.2.1 Distinción entre el carácter histérico y la conversión.	25
2.3 La fobia de un niño de 5 años, primer estudio serio sobre fobia.	26
2.3.1 La metapsicología del miedo	28
2.4 El cuerpo de la fobia	29
3. Del inconsciente y lo intergeneracional.	31

Capítulo II Método.

Planteamiento del problema	37
<i>Objetivo General</i>	42
<i>Objetivos Específicos</i>	43
Definición de Categorías	43
Tipo de estudio	45
Instrumento	45
Participantes	46
Procedimiento	46
Consideraciones éticas	47

Capítulo III La Paciente

1. Descripción de la paciente.	49
2. Motivo de Consulta	49
3. Impresión diagnóstica	50
4. Entrevistas iniciales	51
5. Historia Clínica.	51

Capítulo IV Resultados y discusión

Capítulo V Conclusiones

Referencias

Resumen

El presente trabajo es un ejemplo de la pertinencia del método psicoterapéutico psicoanalítico en el trabajo con adolescentes, de mi trabajo y desarrollo como psicoterapeuta y del trabajo de supervisión que se lleva en paralelo. Para entender a los adolescentes, sus patologías y en específico el espectro histérico junto con las fobias, se revisa el trabajo de Sigmund Freud, en específico la instauración de la sexualidad humana en dos tiempos; Siegfried Bernfeld y su manera de entender a la adolescencia como un fenómeno complejo; Melanie Klein y su trabajo sobre las fantasías de la escena primaria, y la idea de ser un extraño en el propio cuerpo sobre todo en la adolescencia; Donald Winnicott y el manejo de la angustia que ocurre en la adolescencia, tanto para el adolescente como para sus padres; y por último de Philippe Gutton y su diferencia de lo adolescente y lo pubertario, para después regresar a lo trabajado por Freud, específicamente en el caso de las fobias, su relación con el deseo prevenido y el conflicto interno, que implica el desarrollo de una neurosis. Este trabajo se ha realizado e ilustrado desde el estudio de caso de una joven de 17 años en riesgo de comprometer su acceso a la educación superior por un conflicto neurótico, el cual se veía expresado en una fobia social y musofobia. Dicho caso se presenta para mostrar la labor realizada durante mi formación en la maestría en psicología con residencia en psicoterapia para adolescentes.

Conceptos Clave: Adolescencia, escena primaria, angustia, fobia, histeria, estudio de caso, conflicto neurótico, psicoterapia para adolescentes.

Abstract

This document is an example of the relevance of psychoanalytic psychotherapeutic method in working with teenagers, and development of my work as a psychotherapist and the supervision work that is carried in parallel. In order to understand teenagers, their pathologies and specifically the hysterical spectrum with phobias, Sigmund Freud's work is reviewed, specifically the establishment of human sexuality in two moments; Siegfried Bernfeld and his understanding of adolescence as a complex phenomenon; Melanie Klein and her work on the fantasies of the primal scene, and the idea of being a stranger in one's own body especially in adolescence; Donald Winnicott and management of anxiety that occurs in adolescence, both for the teen and their parents; and finally Philippe Gutton and unlike the teen and pubertaire, then return to what worked for Freud, specifically in the case of phobias, his relationship with the desire prevented and the internal conflict, which involves the development of a neurosis. Furthermore, to present evidence of the learnings and professional development attained during the Master in Psychology and particularly those acquired during my residency in Adolescent Psychotherapy, this paper will be illustrated with a case study. The case study shows how neurosis, social phobia, and musophobia can interfere with the academic development of a 17-year-old woman and the necessary treatment to alleviate such ailments.

“La neurosis no dice nada estúpido”.

Sigmund Freud

Capítulo I. Marco Teórico

1. Adolescencia.

1.1 Perspectiva General de la adolescencia.

Sería difícil encontrar a un niño (o un adolescente) neurótico o con cierto grado de psicosis donde el resto de los familiares no estuviesen afectados en algún grado, como incompleto ver el paso por las diferentes etapas sucesivas del desarrollo si no se toma en cuenta las interacciones del niño con su familiares (Estada, 2001).

La clínica con adolescentes es realmente particular, y cómo podría no serlo, si el adolescente se encuentra en constante crisis y cambio, y la relación con los objetos tanto externos como internos se ve cuestionada constantemente. Todavía dependiendo de sus padres emocional, moral y económicamente, al mismo tiempo se busca independencia y la aceptación de nuevos grupos sociales.

Los rituales y la rigidez a los que un adolescente se debe someter, así como acatar las reglas sociales y renunciar a sus pulsiones tiene muchas de las características que un adulto necesita para tener una neurosis victoriana como las que describía Sigmund Freud, y se ha dicho mucho que ya no hay pacientes como las histéricas de Freud, pero la realidad es que en el consultorio se ven continuamente.

Parte de por qué ocurre lo anterior se debe a que en la adolescencia se vive una ruptura, una crisis, entre lo que el sujeto era y en lo que devendrá. Una crisis que se da en tres frentes, el de la identidad, el self y todos los objetos fuente de

identificación, una crisis de autoridad donde el adolescente se enfrenta a todas las normas que no logró internalizar bien en la infancia, y donde observa los huecos y carencias de quienes imponen esas normas. Y por último, una crisis sexual, que no es otra cosa que un nuevo modelo psicológico de los impulsos libidinales (Carvajal, 1993).

El adolescente en su proceso de independencia trata de romper el apego primario a las figuras parentales, desplazándolo a otros objetos, como amigos, un grupo cercano o una pareja. Los padres se verán muchas veces resistiéndose a este proceso empantanando la adolescencia de su hijo.

Durante la pubertad, los padres dejan de ser el objeto del erotismo de su hijo o hija, en la mayoría de los casos, durante la pubertad estas cargas libidinales se manejan internamente y existe mucho autoerotismo y cierta regresión fálica, pero la realidad es que en muchos casos en México y en otros países durante la pubertad hay una actuación genital de la sexualidad, con la misma amoralidad con la que se desenvuelve muchas veces la sexualidad infantil. Más adelante en la etapa nuclear de la adolescencia el erotismo efervece y las actividades masturbatorias de la pubertad buscan ser compartidas, en el proceso de buscar efectuar una sexualidad más madura, el adolescente revive muchos fantasmas edípicos.

1.2 Adolescencia desde el psicoanálisis.

1.2.1 La visión Freudiana del adolescente.

Cuando reflexionamos sobre los aportes de Freud sobre la pubertad, podríamos aseverar que no existe tal cosa. Más bien, su aporte fundamental ronda la etapa de niñez en relación con su célebre perverso polimorfo, término usado para designar la multiplicidad de elementos en donde se ve la sexualidad no limitándola a los genitales ni al coito. No obstante, sus aportes servirán de punto de partida para el trabajo de los autores contemporáneos que han conceptualizado la adolescencia desde la perspectiva del psicoanálisis.

Pensar en Freud y la pubertad es pensar en el caso Emma.

“...aquí se da el caso de que un recuerdo despierte un afecto que como vivencia no había despertado, porque entretanto la alteración de la pubertad ha posibilitado otra comprensión de lo recordado”. (Freud, 1895, p.403).

Sigmund Freud plantea la instauración de la sexualidad en dos tiempos divididos por el periodo de latencia. De este modo, la clínica psicoanalítica de la adolescencia tiene especial cuidado en comprender la psicopatología como manifestación de las dificultades para articular la sexualidad infantil con la genital. Asimismo, la reinscripción de las vivencias del pasado infantil, trae como consecuencia lógica las diferencias entre las generaciones, lo que llama Freud, el surgimiento de una cultura superior. Para los seres humanos, la sexualidad diferida es en parte responsable de la construcción del edificio cultural. Sublimamos, creamos, inventamos en virtud de este *Nachträglichkeit*, a posteriori o de manera diferida.

Desde el Proyecto, Freud tomó como modelo *Nachträglichkeit* como el paradigma de la problemática adolescente a partir del caso muy conocido de Emma, joven con un cuadro fóbico. No podía entrar sola en un almacén. En su investigación analítica aparece el recuerdo de la joven, quien a los 12 años, entra en una tienda de ropa donde tiene la certeza que dos vendedores se burlan de ella por su vestido. Uno en particular, el que la mira con mayor burla, parece despertar algún interés en Emma. Asocia ese momento con el inicio de su fobia. De manera muy acertada, Freud se pregunta por la ligazón entre los dos elementos y le parece que la fobia esconde algo más. No cree lógico que su cuadro se haya desatado, como se lo explica Emma, por la sola risa de los jóvenes por su ropa: lo que Freud apunta como *proton pseudos* es una falsa conexión, articulada por el sujeto desde la mayor ingenuidad o buena voluntad, poniendo en relación de causa y efecto dos elementos de manera forzada. Siguiendo la investigación del caso, Freud se entera que algunos años antes, cuando Emma tiene 8 años, había ido a comprar unos dulces a una confitería y el dueño le pellizcó los genitales a

través de su vestido, con una sonrisa mordaz. Asiste una segunda vez al establecimiento donde se repite la escena. Entonces aparece la ligazón entre su vestido, la sonrisa del pastelero y la sonrisa de los vendedores de ropa. Muestra entonces como el primer evento, efectivamente traumático, no pudo ser integrado por la niña, y sólo en un segundo tiempo, esta escena cobra todo su significado, ya que se vuelve a activar en el cuerpo de una adolescente atrapada en su conflicto pulsional y la culpa. Este episodio implica aparentemente un traumatismo real. Posteriormente las cosas se vuelven más complejas porque lo pulsional no sólo se traba por eventos concretos en la realidad, sino por todo lo que el sujeto elabora, a nivel inconsciente, de sus propios deseos; en el registro de la seducción, la escena primaria (o sea presenciar tu propio origen en el coito parental) y la castración, es decir, en el de las fantasías primarias.

El postulado de estos dos tiempos permite seguir la hipótesis de una reorganización periódica de los materiales psíquicos presentes bajo la forma de huellas mnémicas, marcas en el aparato psíquico, vías de descarga, etc. Entonces la pubertad aparece como un momento privilegiado de este postulado, cuando la madurez tanto física como mental podrá ocurrir.

Los recuerdos infantiles de los seres humanos se establecen sólo a una edad posterior (casi siempre, en la pubertad), y que entonces son sometidos a un complejo trabajo de refundición que es enteramente análogo a la formación de sagas de un pueblo sobre su historia primordial. (Freud, 1909, p.162).

Las transformaciones de la pubertad constituyen para Freud un pilar, donde la pulsión, hasta ese momento autoerótica, va a descubrir poco a poco el objeto sexual, bajo la primacía de lo genital.

La normalidad de la vida sexual es garantizada únicamente por la exacta coincidencia de las dos corrientes dirigidas al objeto y a la meta sexual: la tierna y la sensual. La primera de ellas reúne en sí lo que resta del temprano florecimiento

infantil de la sexualidad. Es como la perforación de un túnel desde sus dos extremos. (Freud, 1905, p.189)

La perforación de un lado del túnel se hace flagrante durante el período de la adolescencia, poniendo en riesgo a veces la otra entrada que se empezó a cavar desde la infancia. La sensación de derrumbe en la pubertad puede, bajo las embestidas genitales, producir momentos de mucha angustia psíquica. Puede ser vivido como un callejón sin salida y no un túnel con luz. Por su parte, los vestigios de la sexualidad infantil también son amenazadores porque van ligados a los primeros objetos de amor, los cuales, durante la pubertad, se cargan con un aura incestuosa. El cuerpo del adolescente es ahora un cuerpo genital con posibilidad de realizar las fantasías primitivas de incesto y parricidio.

La barrera del incesto se cuenta probablemente entre las adquisiciones históricas de la humanidad y al igual que otros tabúes morales, quizás esté fijada en muchos individuos por herencia orgánica. Empero, la indagación psicoanalítica muestra la intensidad con que los individuos deben luchar aún contra la tentación del incesto en las diversas etapas de su desarrollo y la frecuencia con que lo transgreden en sus fantasías y aún en la realidad. (Freud, 1905, p.205)

Las fantasías incestuosas van desestimándose a través de uno de los logros psíquicos más importantes. De acuerdo con Freud uno de los dolores de la pubertad tiene que ver con el desprendimiento de la autoridad de los padres. Se abre entonces una brecha entre la generación antigua y la nueva, lo que conlleva un progreso de la cultura. Los jóvenes se convierten en padres y a su vez transmiten los valores de grupo.

Las dificultades clínicas derivadas del trabajo con adolescentes se deben fundamentalmente al carácter cambiante de éstos, en una sesión pueden ser las personas más felices y centradas del mundo, a la siguiente cuestionarse melancólicamente todo sobre su existencia. Existe un movimiento de péndulo incesante entre la libido yoica y la de objeto, momento óptimo para el conflicto

intrapsíquico. Únicamente cuando este movimiento se torna más pausado, la libido permite su comprensión clínica, es decir cuando ha encontrado su empleo psíquico en investidura de objetos sexuales adecuados.

Los adolescentes no han encontrado aún los objetos que ofrezcan las gratificaciones pulsionales que buscan. Es por ello que las primeras investiduras de objeto tienen lugar en el espacio de la fantasía, ya que sería imposible que el joven que madura encuentre otro lugar para desplegar el complejo mundo representativo, el cual tomará mucho tiempo para cumplirse en la realidad.

La complejidad de la sexualidad del ser humano nos hace preguntarnos si ésta aparece demasiado pronto o más bien lo hace demasiado tarde. Mucho tiempo antes de la revolución puberal advinieron experiencias sexuales infantiles determinantes para la historia del sujeto. Las vivencias traumáticas acontecidas durante ese período dejarán huecos no susceptibles de simbolización. Asimismo, si los ideales fueron impuestos con demasiada violencia, restringirán el preciado libre fantaseo. Permitir esta facultad abre camino para construir un sujeto adulto deseante. Por eso Freud pensaba que el superyó, como estructura psíquica, es el heredero del complejo de Edipo. Durante la adolescencia esta instancia puede tornarse demasiado persecutoria por los contenidos infantiles que posee. El yo tendrá que vérselas solo con el proceso puberal porque, o bien reprime en exceso o bien no puede sentir culpa. El afecto predominante será la vergüenza desde la mirada del otro. Desde la labor clínica esto se vuelve muy palpable. Las intervenciones del terapeuta no pueden dirigirse directamente a la represión porque se vuelve demasiado persecutorio. Se trata entonces de construir un espacio en el cual las fantasías puedan desplegarse sin tantas amenazas. Se edifica junto con el adolescente un espacio íntimo donde pueda pensar lo que le pasa, despojándole paulatinamente de la vergüenza que lo acompaña, nunca privilegiando ni al ello ni al superyó.

1.2.2. Aportaciones de otros autores.

1.2.2.1 Siegfried Bernfeld

En la primera parte del siglo pasado, los trabajos de Siegfried Bernfeld (1892-1953) ganaban notoriedad. Este joven austriaco empezó por interesarse en el hipnotismo, en la pedagogía de María Montessori y finalmente en el método de la asociación libre desde sus lecturas de Freud. Anna Freud lo considera un auténtico explorador de la juventud, quien supo combinar la labor clínica y docente con el incesante estudio de la adolescencia, desde las perspectivas individuales y sociales. En 1922, presenta una comunicación ante la comunidad psicoanalítica de Viena, contando entre su audiencia con personalidades como Sigmund Freud, Otto Fenichel, Helen Deutsch y August Aichhorn. Con la colaboración de su amigo Wilhelm Hoffer (1897-1967), escribe *A propósito de una forma típica de pubertad masculina*, donde aborda la problemática de la duración ilimitada de la adolescencia. Elabora el concepto de pubertad ampliada, el cual no tiene que ver con la noción actual de adolescencia tardía. Se caracteriza por actitudes que tienden a la productividad artística, literaria o científica y por una preferencia hacia los objetivos idealistas y valores espirituales. Como fundamento para sus hipótesis, Bernfeld ofrece abundante material obtenido de diarios, poemas y observaciones clínicas de sujetos adolescentes.

Conceptualiza la adolescencia en tres fases. Durante la primera, el primer desarrollo ligado a la pubertad, separa la capacidad sexual de las necesidades sexuales libidinales. Es decir, se expresa el conflicto de la adaptación de lo psíquico a lo físico. En un segundo momento, el cuerpo alcanza la maduración genital y se acerca a la capacidad sexual sin contar aún con un objeto definido. En el tercer momento ocurre que las necesidades sexuales libidinales pueden contar con una gratificación sexual apropiada, es decir, la posibilidad de encontrar el objeto.

Otro aporte importante de Bernfeld es pensar que la adolescencia es el tercer tiempo del desarrollo de narcisismo. Para él, el conflicto central de la adolescencia se sitúa entre un sí mismo real y un sí mismo ideal. Esta transformación del narcisismo se manifiesta por una gran necesidad de expresión de sí mismo, por el deseo de realización de sus ambiciones, por el desarrollo de facultades de realización de metas y de la relación idealizada con los otros.

De este modo, Bernfeld profundiza la problemática instaurada por Freud sobre lo prematuro del sujeto humano y la compleja relación entre lo físico y lo psíquico. Reconoce la necesidad, desde los años 20, de abordar la adolescencia desde la complejidad misma del fenómeno.

1.2.2.2. Melanie Klein

No podemos olvidar las aportaciones teóricas de Melanie Klein (1882-1960) en torno al tema adolescente. Muchos de sus conceptos nutrirán ampliamente la manera de pensar de psicoanalistas posteriores. A partir de estos trabajos clínicos elabora sus aportaciones aunque para ella, no hay especificidad en el abordaje clínico de los adolescentes: piensa e interpreta desde la niñez. Los conceptos de fantasías inconscientes, de objeto interno, de bisexualidad psíquica, de formación de símbolo son ejemplos destacados. Para ella, el desarrollo psíquico e intelectual, es decir la formación del símbolo, depende de la cualidad de los vínculos que unen a la pareja parental interna. La salud psíquica se funda en el buen objeto interno, en tanto representante psíquico de la sensación de una necesidad saciada. Esto favorece la elaboración de las fantasías y angustias primitivas, porque se vuelve un punto fuerte en el yo. Si la madre interna nutre el sentimiento de continuidad del ser, el padre interno asegura la fuerza del devenir. En la adolescencia, este objeto parental interno puede ayudarnos a comprender las perturbaciones, particularmente las inhibiciones psíquicas e intelectuales de los jóvenes, ya que muchas veces la angustia se desplaza de lo sexual a lo

intelectual. Es por lo anterior que la capacidad para soportar estas problemáticas nace de la situación edípica.

Solo se puede superar o sepultar al Edipo, aunque vivirán en el inconsciente partes de este complejo, cuando la fase femenina primitiva logra integrarse al resto de las representaciones. Dicha fase viene asociada con los fantasmas relativos a la intrusión en el cuerpo de la madre, los cuales causan fascinación y miedo a la retaliación. Por este paso se funda la noción de interioridad del sujeto. La adolescencia necesariamente causa la confusión entre los objetos internos y los externos, tambaleando las estructuras psíquicas que el sujeto construyó para superar la desorganización y las fantasías terroríficas.

Klein considera que para los dos sexos, es siempre el análisis de las pulsiones y las fantasías homosexuales las que abren el acceso a las diferencias generacionales y a la relación de complementariedad entre los dos sexos. El sujeto desarrolla su identidad sexual por la identificación introyectiva con el coito creativo de los padres internos, es decir, una fantasía construida a partir de la escena primaria, llevándolo a tolerar la exclusión sin tanta angustia. Cuando lo anterior no es posible, debido a las dificultades edípicas, la sexualidad de los padres se torna una amenaza extrema a la cual el adolescente reacciona por ataque y fuga contra la posición depresiva. Utilizando las ideas de Bion (1948), tenemos que recordar que esta posición es consubstancial a la integración de la bisexualidad psíquica y al proceso de la formación de símbolos. El adolescente queda entonces prisionero de identificaciones proyectivas excesivas, pues cada vez que intenta dar un paso de libertad en relación con estos objetos internos persecutorios, su organización interna despliega una serie de amenazas, represalias y chantajes.

Las transformaciones corporales, las turbulencias generadas por los objetos parciales combinados, colocan al joven en el papel de Alicia en el país de las maravillas, es decir, nunca puede estar seguro de lo que va a ser de un minuto a otro. Klein, al desplegar sus aportes teóricos, pone en evidencia la importancia del

análisis profundo de las angustias y fantasías psicóticas de los adolescentes, en particular la fantasía de ser un extraño en su propio cuerpo.

1.2.2.2 Donald Woods Winnicott

Analizado de Melanie Klein, Donald Woods Winnicott (1896-1971) da continuidad a los temas de las fantasías y de la bisexualidad psíquica formulados por su analista. Se muestra en desacuerdo con la opinión generalizada de la comunidad analítica, la cual centraba sus reflexiones exclusivamente en los aspectos pulsionales de la adolescencia. Creía que no se prestaba la suficiente atención a lo que llamó el femenino puro, expresión mediante la cual apuntaba a la aceptación de la bisexualidad, para evitar la escisión de los elementos femeninos del psiquismo, sin los cuales es imposible acceder a la fase adolescente.

El autor piensa que el adolescente es ante todo un ser aislado, quien utiliza dicho estado para fortalecer la relación consigo mismo, antes de lograr convertirse en un individuo distinto y único. Para Winnicott (1971), aislarse corresponde a las características de lo femenino, entendido como un sujeto concebido para ser plural, ser varios en un único ser, un ser no unificado, un sí mismo cuya unidad vacila. Lo femenino y lo masculino deben pensarse más allá de los roles de la mujer y del hombre. Tiene que ver, en el primer caso con las funciones del ser, mientras que lo masculino se corresponde con las del hacer. Por tanto, el adolescente necesita asegurar su estatuto de ser aislado, sin que tenga la necesidad de recurrir, paradójicamente, a los elementos de aislamiento, como son el mutismo, la ausencia de relación con los pares o las conductas enajenantes. Tendrá que tolerar su bisexualidad para poner a su disposición una serie de elementos femeninos y masculinos. Este punto implica desarrollar la capacidad suficiente de sentirse contradictorio e incompleto, paradójicamente en el preciso momento en que más se necesita preservar un bastión narcisista. Si consigue sostenerse, a la manera de un diestro equilibrista, sobre la cuerda floja que representa dicha paradoja, podrá a su vez acceder al consecuente proceso de desarrollo y sus serias implicaciones para la totalidad de su existencia. El

terapeuta de adolescentes necesita poseer un talante lúdico, sin olvidar nunca la seriedad de su misión.

Winnicott sostenía que el único remedio para la adolescencia es el paso del tiempo. Esta frase no puede entenderse de manera literal, pues se refiere nuevamente al concepto de lo femenino puro, de acuerdo con el cual el joven tendrá que soportar de la mejor manera posible su propia bisexualidad y las dudas que se ciernen sobre su identidad, superando, con el paso del tiempo, lo que nombra la fase de *desaliento malhumorado*, en la cual los jóvenes se encuentran lejos de su pasado infantil, pero también excluidos del mundo adulto.

La demora del proceso es fuente de angustia para el adolescente, quien esperaría que transcurriera de manera tersa y rápida. Esta angustia es compartida por los padres, que pueden desear también que la cosa pase rápido. Winnicott, en un estilo sencillo del cual se vale para enunciar los conceptos más profundos, aconseja a los padres *sobrevivir*: sobrevivan pues al proceso de su hijo adolescente. ¿Qué es sobrevivir? Es cuando los adultos aceptan su responsabilidad frente al joven. Cuando a pesar de recibir altas dosis de indiferencia, de humor mordaz y reclamos sobre sus propios logros personales, se sostienen desempeñando sus funciones. Después de todo, el adolescente más puntilloso también es capaz de mostrar la más sublime de las ternuras. Si, por el contrario, los padres se repliegan, hasta casi desaparecer por el terror inconciente al parricidio simbólico, entonces, en este escenario, rebelarse ya no tiene sentido; el adolescente que triunfa demasiado rápido cae en su propia trampa. Con el tiempo, se transformará en un dictador rígido, que espera y teme ser muerto por sus propios hijos, por sus propios alumnos, por sus subordinados.

Winnicott pensaba que los adolescentes despiertan la hostilidad de los adultos pues les evocan su propia adolescencia y les hacen evaluar su propia realidad. De manera súbita, el joven les hace saber que ya no están más ubicados en el papel de aquellos padres omnipotentes que siempre tenían una respuesta para los conflictos del niño. El joven, quien despierta a todas las posibilidades que

la vida puede ofrecer, les confronta con su propia vejez y sus sueños truncados. No sorprende pues observar que los adultos se tornen abiertamente agresivos contra los jóvenes, mostrando su desprecio por su música, su apariencia, su aspecto, su *falta de ambiciones*; reclamos surgidos de las proyecciones y la envidia.

Inconscientemente, el acto humano de crecer involucra la puesta en acto de mociones agresivas. La pulsión de muerte se torna indispensable para consumir el acto de separarse de los padres, de acceder a un nuevo plano de autonomía, mientras que las pulsiones de vida evitan que este nuevo logro del ser humano en crecimiento termine por destruir irremediabilmente a los objetos o al sujeto mismo. En este sentido, la madurez implica poder reconocer la propia voracidad y crueldad, para poder sublimarlas. En el caso del adolescente esto es particularmente complejo, pues la escena fantasmática de la agresión está cruzada por la fantasía del homicidio de los padres...o del terapeuta.

Además de las fantasías parricidas, los adultos tienen que soportar la contradicción que expresa el adolescente con su deseo de ser escuchado a la vez de no ser comprendido. Parece que se juega a las escondidas, donde la necesidad urgente de comunicarse convive con la angustia ligada a la fantasía de ser descubierto y violentado en una intimidad celosamente protegida. Existe un refuerzo de las defensas contra la posibilidad de ser comprendido, contra recibir respuestas por parte del mundo adulto. Los adultos adquieren un tono intrusivo y evocan la omnipotencia de los padres arcaicos.

Otra idea que surge de su famosa frase -el tiempo cura la adolescencia- es su respeto por la inmadurez del joven. Prescribe evitar considerar a la falsa madurez el objetivo de la terapia, bombardeando al adolescente con una serie de preceptos de conducta, a pesar de la presión que de común ejercen los padres para que el terapeuta se vuelva su aliado, para que convenza al joven de mejorar sus notas o de dejar de ser grosero con los adultos.

La capacidad de esperar y renunciar a toda actividad intrusiva es crucial, ya que no es posible acelerar ni frenar los procesos de maduración. Algunas intervenciones, aunque bien intencionadas, pueden poner en peligro el curso normal del crecimiento, acercándose más a una deformación de carácter. Terapeuta y paciente tendrán que utilizar todo su acopio de paciencia, pues no saben a ciencia cierta hacia donde se dirigen en el marco de su aventura compartida.

1.2.2.3. Phillippe Gutton

Phillippe Gutton, por su parte, en los años 90, analiza la adolescencia de manera meticulosa, con un lente de aumento, desmenuza los procesos psíquicos inherentes. Propone dos términos importantes para pensar el proceso adolescente: *lo pubertario* y *lo adolescens*. Lo pubertario se tiene que pensar a partir del anclaje biológico que pone a prueba las tres instancias psíquicas. Lo *adolescens*, por su parte, es el trabajo de elaboración concomitante o retardado de lo *pubertario*. Llega a formular este concepto como una segunda latencia, ya que la meta esencial es desexualizar las representaciones incestuosas presentes en las fantasías pubertarias para entonces acceder a una elección de objeto potencialmente adecuada. Para Gutton, lo *adolescens* es del orden de los ideales, mientras que lo *pubertario* representa una relación dialéctica entre los procesos primarios y secundarios, relación marcada por múltiples compromisos derivados de la genitalización de las representaciones incestuosas, que se van a confrontar con la represión y con las bases erigidas durante la primera desexualización de la problemática homosexual infantil. Lo pubertario remite a la violencia del Edipo reactivado. Es lo inverso de un movimiento de separación, es más bien una fuerza antiseparatista, que anima el frenesí del niño hacia el padre edípico como si fuera una conquista del grail. La separación es un trabajo de lo *adolescens*.

Lo pubertario es como tal, la irrupción de la sexualidad genital, frente a un sujeto que aún no está listo, entonces surge el proceso de adolescencia, que vendría a ser la elaboración psíquica de todos esos cambios pubertarios.

La pubertad se impone al sujeto y ningún dato anterior puede anticipar la experiencia somática que va a sorprenderle. Solo se puede tener algún tipo de presentimiento de lo que va a pasar. Lo que se impone es un proceso de discontinuidad o, como lo menciona Gutton, una continuidad que se deberá reconstruir. El autor resalta la importancia del momento no solo desde el resurgimiento del Edipo, sino como un segundo momento de la diferenciación de los sexos. Es el paso de la antítesis fálico-castrado a la comprensión psíquica de la dualidad pene-vagina. La escena pubertaria hace eco de la escena primaria, pero la puerta de la habitación de los padres se va cerrar para siempre dejándolo con todos los secretos, sin develarlos. Le toca al adolescente hacer su propio camino hacia su identidad sexual y su teoría del orgasmo como acceso personal al placer.

Gutton plantea una escisión del yo en la adolescencia, hay dos cuerpos frente al sujeto, el cuerpo infantil idealizado, deserotizado y que complace a los padres, y un cuerpo genital, seductor, que a la vez es perseguidor, justamente por esa seducción intensa. “El sujeto adolescente se halla como portador de un cuerpo que lo incomoda por su excitación [...] cuando la seducción es demasiado fuerte, o vivida de una manera demasiado peligrosa, se trata incluso de un verdadero cuerpo perseguidor.”

Los límites entre el adentro y el afuera ponen en riesgo al yo desde la percepción del cuerpo. ¿El cuerpo soy yo, o es un objeto externo?, parece preguntarse el adolescente. Este intruso invade ¿desde adentro o desde fuera? Estas interrogantes estarán presentes, sin una respuesta definitiva, pues el llamado de la representatividad es ambiguo, sin certezas. Más bien se trata de acceder a una nueva bisexualidad psíquica, pues la bisexualidad pubertaria es diferente de la bisexualidad infantil, una vez superada la lógica fálico-castrado.

Este trabajo representativo permite al adolescente pensar el coito, lo que supone la disolución de la escena primaria, a la vez que el despertar inconsciente de la escena primaria entorpece el coito. Por lo tanto, la relación sexual deviene una prueba del trabajo representativo, es decir, una experimentación que conlleva la constitución, disolución y reconstitución del yo. A partir de ésta, se juega un problema narcisista cuyo signo de logro es la obtención de placer.

Mientras sus hijos viven su adolescencia, los padres viven a su vez su *obsolescencia*. Se trata del trabajo psíquico que tienen que realizar para transformarse en objetos inadecuados, en seductores despechados. Las técnicas de seducción de los padres son puestas de lado, ya que están aparejadas con la escena de los amantes adolescentes. Antes los padres sacaban al hijo del cuarto, ahora se trata de que los hijos saquen a los padres. La *obsolescencia* es un proceso mediante el cual los padres reducen su presencia física en el cuerpo de sus hijos.

La adolescencia de los hijos hiere a los padres justo en la fisura donde su adolescencia persiste o se reactiva. Algunos parecen decir: *el chico me saca canas verdes*, como si envejecieran por su culpa. De manera más violenta la entrada en genitalidad del niño, conlleva de manera mítica la muerte genital de los padres.

Gutton escribe “En los tratamientos de adolescentes que han sido seducidas, se nombra a menudo al tercer término; en la cura siempre se habla del deseo de la adolescente hacia su padre, de su capacidad para familiarizarse, como dice Freud, con el hecho de que podría desear sexualmente a su padre y realizar ese deseo. Claro que al comienzo de este tipo de tratamiento el padre es presentado como el agresor, pero la cuestión del deseo del agredido es muy importante en la cura. Mi sentimiento es, que cuando esta joven tuvo la capacidad para aceptar la idea de un deseo incestuoso, es cuando se da un verdadero cambio: para la aceptación del deseo incestuoso, es necesario que la agresividad asesina hacia la madre se pueda expresar.”

Si bien en general se habla menos del Edipo femenino, y ha existido siempre una polémica la idea psicoanalítica de la envidia del pene, Gutton deja claro que la mujer deberá realizar una operación distinta y tal vez más complicada, “En relación al sexo femenino diré que, sin lugar a dudas, la niña tiene cierto trabajo que hacer en cuanto a la problemática de la castración; de la misma manera el niño tiene un trabajo que hacer, que voy a resumir de la siguiente manera, desfalitizando, es decir, quitar el valor fálico al pene; si el niño no puede quitar algún valor fálico a su pene, la complementariedad de los sexos no es para él.” El pene estará desfalitizado, dejan la posibilidad a poner ese valor en otro lugar, el cuerpo, los méritos académicos o la muy humana posibilidad de procrear.

2. Sobre la Fobia y la Histeria

2.1 La Fobia como objeto de estudio del Psicoanálisis.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, las fobias son pensadas como un síntoma, sin que constituyan por ellas mismas ninguna entidad nosológica particular. Asimismo, no son tampoco exclusivas de ninguna estructura específica, si bien parecen estar vinculadas con el espectro de las neurosis, como puede constatarse desde los primeros casos tratados por Sigmund Freud. Las histéricas de la prehistoria del psicoanálisis padecían todo tipo de temores encaminados a una gran variedad de cosas o circunstancias. La propia variedad de los objetos de la fobia hacía evidente que sobre ellos operaba un desplazamiento encubridor. En este sentido, pensar en la fobia nos conduce necesariamente al terreno de la pulsión, cuyo objeto es, por definición, su propiedad más cambiante (Freud, 1915).

En todos los casos, se trata de un miedo devorador e invalidante en la medida en que quien lo padece no puede transitar por el mundo sin recalar en que la casualidad podría sellar su encuentro con el objeto o la situación generadora de angustia.

El inicio del culto a Fobos se pierde en la oscuridad de los tiempos. Cuando Freud se le enfrenta, y pone en descubierto su verdadero rostro oculto, ese dios ya había sido considerado por el saber psicopatológico. Surgen los primeros índices de fobias, los cuales dan nombre a toda clase de miedos, sin aportar ningún esclarecimiento etiológico. La llamada modernidad se muestra repleta de personas enfrentadas a cosas, situaciones o acciones que dan miedo. El fóbico es aquel que es presa del miedo, con mayor intensidad de la que puede admitirse, en aquellos casos en que, por lo común, no hay motivos suficientes que justifiquen el terror. El fóbico padece una *timidez* especializada. Teme pero no teme cualquier cosa, sino su objeto de aversión, el preferido. Su pánico se inaugura con la actitud de evitamiento y huida de su objeto de terror favorito. Esta evidencia abona la idea de que estamos frente a un síntoma cuya instauración obedece las leyes de proceso primario, a saber, principio de placer sobre principio de realidad, energía libre con el consecuente libre desplazamiento, etc.

Para Paul-Laurent Assoun (2002), la fobia se trata de un fenómeno psicopatológico, está claro. Sin embargo, es un fenómeno que implica una evidencia primaria: el hombre es un animal miedoso. La fobia sería entonces una experiencia perfectamente humana, merced del sentimiento de finitud y pequeñez. En este orden de ideas el sujeto segmenta su mundo en un sector familiar y un campo ominoso donde se juega lo familiar y lo desconocido, entre lo que es propio del hogar y lo que pertenece a otro mundo, entre afuera y adentro. Freud aborda estos temas en su texto sobre Lo siniestro (Lo ominoso) "*Das Unheimliche*" (Freud, 1919). De acuerdo con él aquello que deviene en siniestro es aquello que alguna vez fue familiar. En ese sentido, la fobia vendría a desgarrar la frontera entre lo que es propio del sujeto y lo que es del *otro*. El centro del mundo del sujeto se ve amenazado por un fragmento del mundo que, está seguro, quiere hacerle mal, aunque no pueda poner palabras ni a su miedo ni al mal temido.

El sujeto sabe que es nocivo para él, aunque no pueda identificar el perjuicio. Dirá Assoun:

¿Qué pasa entonces? ¿Qué le pasa al sujeto, “algo para nada divertido” que lo vuelve “sujeto”...de fobia?

Paradójicamente, el sujeto encuentra los límites de su existencia gracias a su sintomatología fóbica. Se previene de un miedo, pero sobre todo de caer en la tentación, añorada y temida sintetizada en su objeto. Teme que emerja la pulsión contraria a sus ideales, bajo amenaza de castración y locura. Sabemos esto casi desde el principio gracias a Freud. Sin embargo, poco abona al fóbico la comprensión teórica de su padecimiento. Será necesario encarnar, vía la transferencia, los objetos que han marcado su pasado edípico y su devenir fóbico, antes de abordar la etiología psicoanalítica de la fobia.

2.1.2 El puente entre Histeria y fobia.

Diremos que la fobia cruzó el camino de Freud en tres momentos esenciales. El punto de partida se encuentra en el texto “protoanalítico” titulado *Obsesiones y fobias* (1895), redactado en francés, en el que se pregunta sobre su “mecanismo psíquico y su etiología”. Por una parte, en este texto las fobias son tratadas en sí mismas, como entidades psicopatológicas individualizadas, en un paralelo revelador con las obsesiones, al que se agregaría su relación con la histeria; las tres afecciones son diferentes dialectos de un mismo lenguaje. En esto Freud da cuenta de esta categoría psicopatológica constituida en el último cuarto de siglo. Sin embargo, añade los frutos de su propia clínica, en particular su labor sobre la histeria, en la que aparece el componente fóbico. Existe una denominación que establece el puente entre ambas: *Histeria de angustia*.

2.2 La histeria

Durante el mismo siglo XIX, en algunos lugares de Europa se contempló la idea de que la histeria pudiera presentarse también en los hombres, desligándola así de su continente uterino. En 1886 el mismo Sigmund Freud presentó en la Sociedad Médica de Viena, un trabajo sobre “la histeria masculina” que no fue

bien recibido. Pero Freud había sido ampliamente influenciado ya por J.M. Charcot quien al estar a cargo de la sección psiquiátrica de la Salpêtrière se ocupó del estudio de las parálisis surgidas después de los traumas, él intentó reproducir estas parálisis artificialmente y utilizó para ello pacientes histéricos, a los que transmitía estados de sonambulismo valiéndose de la hipnosis. Así logró demostrar drásticamente que las parálisis eran consecuencias de las representaciones dominantes, con lo cual quedaba evidente el mecanismo de la conversión, y resultaba difícil poner en duda que la mente no pueda provocar los síntomas de una afección orgánica, así Charcot llegó a afirmar “La histeria es psíquica por excelencia”.

Un discípulo de Charcot, Pierre Janet (1893) investigó los aspectos ideativos de la histeria, para concluir que la histeria se reduce a la capacidad de un individuo para sintetizar los conceptos y afirma: “En los histéricos los residuos mentales representan grupos de ideas e imágenes de una considerable capacidad plástica que quedan fuera del dominio de la conciencia a causa de obstáculos en el pensamiento”.

Joseph Breuer trabajando junto con Sigmund Freud publican los *Estudios sobre la histeria* (1895) en este trabajo comentan una serie de casos clínicos donde queda de manifiesto la experiencia de los autores donde se observa que la represión de los traumas psíquicos eran los elementos determinantes en la etiología de conversiones de pacientes histéricas. En las histerias la representación intolerable se vuelve inofensiva por la transformación de la magnitud del estímulo en excitaciones somáticas, proceso que Freud denomina a partir de este momento (1896) *conversión*.

Sin embargo, Breuer, quien colaboró para el descubrimiento del reflejo respiratorio, se inclinaba hacia una teoría fisiológica y pensaba que una falta de comunicación de distintas zonas del cerebro era la causa del fenómeno conversivo. Según su opinión una situación traumática quedaba enquistada, no pudiendo tomar contacto con las demás regiones del encéfalo. Freud se oponía a

esta idea, y observaba factores emocionales e impulsos sexuales reprimidos que provocaban las amnesias y además síntomas de la histeria, esto sumado a los problemas del doctor Breuer para trabajar la transferencia hicieron que ambos médicos y amigos se distanciaran.

De acuerdo con Freud y la teoría psicoanalítica, el problema de la histeria parecería consistir en una fijación genital y la razón que lo habría ocasionado residiría en el conflicto edípico, donde hay un anhelo genital hacia la madre y la necesidad de destruir al padre, para verificar la unión con la madre y una angustia derivada del temor de la acción retaliatoria de éste y temor a ser castrado (proyección) debido a la debilidad intrínseca de uno mismo, al enfrentarse a un rival superior (padre) (Guarner, 1978). Lo anterior queda muy claramente en el caso Dora donde se siente culpable por la rivalidad con la señora K (amante del padre) y escoge su aflicción, ataques de tos, como punto de identificación.

En una de las cartas a Fliess, se anota “pude confirmar una antigua sospecha sobre el mecanismo de la agorafobia en la mujer. Tú mismo lo podrás adivinar si piensas en las mujeres públicas. Es la represión del impulso de juntarse con el primero que se les cruce en la calle: envidia a la prostituta e identificación con ella” (Freud, 1896), ante una escenificación inconsciente de deseos aparece el síntoma, mediador entre el ello y el superyó.

2.2.1 Distinción entre el carácter histérico y la conversión.

Se debe distinguir entre la conversión y el carácter histérico. La conversión es simplemente un cambio sintomático inconsciente de las funciones físicas, que ocurre de una forma distorsionada para dar expresión a impulsos reprimidos. Existen dos prerequisites para el desarrollo de éstas: la capacidad del cuerpo humano para ser sensible al erotismo, y la posibilidad de cambiar la realidad por la fantasía, es decir, que los objetos sexuales puedan ser remplazados por figuraciones representativas que se derivan generalmente en la infancia. La conversión es simplemente un síntoma, que en la inmensa mayoría de las

ocasiones se encuentra enclavado dentro de un carácter con fijación fundamentalmente oral (Marmor, 1954 citado por Guarnier) lo cual hasta cierto punto se contraría con las ideas de Freud pero explica perfectamente la necesidad de las personas histéricas de ser reconocidas y vistas todo el tiempo, pero sus dificultades para establecer relaciones sexuales genitales en la realidad.

Por su parte, la fobia vendría a ser una manifestación extasiada de esta veta angustiada, mientras que la histeria ocurriría por *conversión*. En los *Estudios sobre la histeria* Freud describió un caso de fobia histérica. De manera implícita se plantea el problema de distinguir entre lo que es propio del miedo y lo que es propio de la angustia, si bien, en el historial clínico referido se usan ambas indiscriminadamente, hubo que esperar casi treinta años para que esta distinción sea lo suficientemente clara. En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud nos ofrece una distinción magistral. La angustia tiene una indiscutible relación con la espera: es miedo de algo. Un carácter de indeterminación y de ausencia de objeto le es inherente, para usarlo correctamente es necesario cambiar su nombre cuando encuentra un objeto y se reemplaza por miedo. El problema se profundiza cuando nos percatamos que miedo y angustia, al hablar de la fobia, se vuelve indisoluble, se trata de una confusión que despierta aprensión, confusión entre un peligro real y un peligro pulsional.

1.3 La fobia de un niño de 5 años, primer estudio serio sobre fobia.

Se trató de un análisis vicario en el cual el Max Graf, padre de un niño de 5 años *supervisó* el análisis de su hijo con Freud. El pequeño Hans, era un niño poseedor de una particular agudeza, quién sufría de una grave fobia hacia los caballos. El niño era incapaz incluso de salir a la calle, el cuadro se desencadenó mientras daba un paseo en compañía de su nana. La aterradora escena que contempló consistió en un caballo que se desplomó después de sucumbir ante su pesada carga. El caballo muerto se hizo parte de las pesadillas de Hans y desde entonces temía que un caballo, en particular uno con algo negro en el hocico, le mordiera. El padre le contó a Freud que atribuía estos sentimientos de su hijo a los

cuidados exacerbados que recibía por parte de su madre, en este sentido, Hans Herber Graf, aportó elementos que validaban el camino que había emprendido Freud desde la *Interpretación de los Sueños* pasando por sus *Tres ensayos de Teoría Sexual*. El pequeño Herber, nombre real del niño, fue una ilustración magnífica del drama sobre el enigma fálico, el complejo de Edipo y el temor a la castración. Reinventaría la cuestión de lo inconsciente fóbico a través de una fobia al caballo, desde enero de 1908 y que finalmente se resuelve en abril. La grandeza de Freud estriba en la vuelta de tuerca que significó pasar de la entidad pasada *fobia* a los mecanismos y significantes propios de lo *fóbico*. Con la fobia al caballo de Herber se trasciende una patología de la fobia a una clínica del sujeto de la fobia, basta para ello comparar los historiales de las grandes históricas protopsicoanalíticas al del pequeño Hans, en el cual se despliega un amplio abanico de personajes y situaciones condensadas en un simple miedo al animal caballo. Nada de simple, Freud desarrolla el escenario fantasmático sobre el cual se proyectan las fantasías de un niño de 5 años.

El drama humano que representa la fobia de Herber se vuelve aún más impactante cuando se sabe que Freud desempeñaba un doble papel: era figura paterna para Max su maestro también. Además, la cura psicoanalítica fue emprendida por el propio padre del paciente –como Freud mismo realizó años después con su propia hija, Anna -. Esta situación plantea un verdadero enredo transferencial, los cuales no eran raros en la primera generación de analistas. De los llamados *Cinco grandes análisis*, Herber fue quien tuvo una vida más plena. Se convirtió en el primer director artístico que tuvo la *Metropolitan Opera* de Nueva York. Herber, sin ser su paciente, llegó lejos comparado con el resto de los historiales de Freud.

Herber provenía de una familia de la sociedad burguesa de Viena, ambos padres eran artistas reconocidos. Ambos intentaron criar a su hijo con las menores restricciones posibles para permitirle descubrir su camino. Surge la pregunta sobre cómo fue posible que en este ambiente liberal un niño tan pequeño pudiera desarrollar una fobia. Tratándose de un niño educado lejos de cualquier

pedagogía coercitiva cómo pudo dejarse intimidar por un animal común, relativamente inofensivo.

Para Herber el asunto de su fobia era una *tontería* este asunto tonto de un niño, quien por otra parte era extremadamente inteligente pone de manifiesto el elemento autocrítico propio de estas afecciones, ¿Cómo pudo atraparle una tontería?

El genio clínico de Freud le permitió escuchar más allá de la *tontería* de un niño de 5 años. Una idea dirigió al resto de su pensamiento, *la neurosis no dice nada estúpido*. Herber se convierte en el historiador de su propia historia, valga decir, el historiador de una tontería. El padre afirmará que cuando Herber evoca su fobia luego de haberla superado lo hace *como si hablara de un hecho histórico*. La teoría de Freud sobre la fobia alcanza su dimensión simbólica gracias a Hans. Resonará en sus construcciones alrededor del totemismo, en *Tótem y Tabú* el propio Hans, al significar su propia historia pasó él mismo a la historia, constituyéndose referente para cualquier abordaje psicoanalítico de la fobia.

2.3.1 La metapsicología del miedo

En el tercer cruce se trató de darle forma metapsicológica al fenómeno, Hans puso de manifiesto la existencia del plano inconsciente en la etiología de la fobia, era ahora necesario instaurar la causalidad inconsciente, la de la forma de la angustia. Ésta estará presente en los *Ensayos sobre la represión y lo inconsciente* el giro de los años veinte, aquel que dio paso a la segunda teoría de la angustia permitió releer el diagnóstico freudiano de la fobia, el cual no evolucionó, sino que se refinó extraordinariamente, las últimas conferencias permiten juzgar esa profundización en un balance crítico. Si es posible reabrir la cuestión de la fobia, se deberá tener en cuenta su carácter posmoderno. Hay una tendencia actual por tratar el síntoma, medicarlo, y no escucharlo, así un paciente con una fobia a las alturas, producto de su deseo por aventarse desde un lugar alto para quitarse la

vida, se verá con posibilidad de actuar su fantasía inconsciente, su deseo que hasta el momento había sido prevenido por el síntoma.

Como las angustias edípicas, de retaliación y castración de Hans estaban condensadas en el caballo, cada quien puede construir su propia fobia con los elementos a la mano que tenga, algo que sea posible encontrar, pero que no necesariamente esté dentro de la casa, como era el caso de los caballos. Hans primero se sorprendió al ver el pene erecto de una jirafa, animal que incluso dibuja y comenta, era obvio que al igual que con relación a la jirafa su miembro era significativamente más pequeño que el de su padre. Pero jirafas no había cerca, y caballos sí. Tendríamos que pensar que cada fobia tendrá su propio dialecto y simbolismo, como las arañas se pueden asociar a madres que atrapan, situación tanto deseada como rechazada, o los roedores por su forma a los penes, o mejor dicho a penes con patas, y efectivamente aterrador puede ser la idea para varios, difíciles de mantener lejos.

2.4 El Cuerpo De La Fobia

Desde el inicio se ha puntualizado que la fobia cuestiona el ser en el mundo del sujeto de manera dramática y *física*. El acceso fóbico implica el cuerpo de manera intensa y paroxística. Enfrenta al sujeto a un tumulto corporal que correlaciona con un espectáculo insoportable. De este modo, la fobia siempre conlleva el tema de la mirada, a la vez que el tema del cuerpo está siempre presente. Las reacciones afectivas intensas, la sudoración, las palpitaciones, el terror a sufrir un infarto, son los ejemplos típicos de esta inundación vivida en el cuerpo. Mirada-cuerpo-fobia, son tres conceptos que se entrelazan en el sufrimiento de cualquier fóbico: en su inconsciente existe una aversión polarizada que opone fobia a filia, polaridad que queda manifestada en el objeto predilecto que el sujeto no puede ver más, antipatía marcada por la mirada en pleno contraste del goce escópico.

La zona de contacto se ha vuelto una muralla, a través de la cual un cierto contacto sensible puede ser mantenido, o puede volverse un caparazón hermético. (Jeammet, 1992, p.56)

Lo descrito, es justo lo planteado por José Bleger en su texto fundamental *Simbiosis y ambigüedad* (1978) cuando relaciona los vínculos simbióticos con ciertos caracteres autísticos precisamente durante la adolescencia. Los conflictos exacerbados de la matriz dependencia-independencia, tan característicos del proceso adolescente, se asientan en una perturbación de los procesos de proyección-introyección y cuando esto se cristaliza, la estabilidad del vínculo se sostiene a partir de una oscilación entre simbiosis y autismo. El adolescente experimenta como un riesgo pensar lo que está perdiendo y lo que desconoce (su cuerpo infantil y su cuerpo de adolescente) le lleva a congelarse como una medida para no perder el control. En este punto, la fobia le permite conservar la ilusión de que posee cierto control sobre las demandas pulsionales:

...el acceso fóbico aparece frecuentemente en dos momentos típicos: en el que se instala la simbiosis (claustrofobia), o en el que se rompe o debilita el vínculo simbiótico (agorafobia). Puede ser remplazado permanente o temporariamente por crisis asmáticas. (Bleger, 1978, p.52)

La pubertad es una revolución que lleva a procesos de metamorfosis, la revolución del cuerpo real que impone su ley con una violencia del orden del cataclismo. El cuerpo se vuelve un instrumento nuevo que deberá resonar con el eco de nuestros deseos y no sólo de nuestras pulsiones. Ese ajuste empieza justo en la pubertad, momento particular en el cual la naturaleza irrumpe de manera genéticamente programada. Lo genital sorprende al aún niño. Este movimiento emergente de lo genital se vuelve la base pulsional del trabajo de subjetivación que propone Phillippe Gutton en su libro *Lo puberal*.

La fuerza de la metamorfosis pubertaria reside en nuestra capacidad de seguir el programa, de hacerlo de uno: mi devenir asume la toma de posesión de lo que adviene. (Gutton, 2004)

El cuerpo en transformación y las consecuencias psíquicas de la metamorfosis no pertenecen al púber en un inicio, es vivido como algo del orden de lo intruso, que invade y que incita funcionamientos psíquicos inesperados.

Para poder pensar la adolescencia desde la clínica psicoanalítica, se debe haber captado los vínculos entre síntomas, cuerpo y psique, entendiéndose esta última como una incorporación tanto del cuerpo como del medio que rodea a una persona. Ninguno es más importante que el otro, el cuerpo o la mente, ambos son la persona, el discurso se hace carne y la carne discurso.

3. Del Inconsciente y lo Intergeneracional

En 1959, una de las figuras más significativas del psicoanálisis en México, el Dr. Santiago Ramírez, escribía uno de los mejores resúmenes del contenido intergeneracional del inconsciente, nuestra parte animal, y nuestra parte histórica, en pocas palabras, la subjetividad:

“Desde el punto de vista psicoanalítico, consideramos al ser humano como una entidad biológica que entra en contacto con un ambiente ante el cual su biología habrá de modelarse, expresarse, frustrarse o desarrollarse, de acuerdo con las condiciones que esa biología encuentra en el ambiente que la rodea. Somos similares en tanto nuestra biología es parecida, y diferentes en tanto las condiciones ambientales hacen diferir nuestro destino del de nuestros congéneres” (Ramírez, 1959).

El ser humano, como muchos animales sociales tiene un periodo de dependencia de sus progenitores, pero en nuestro caso, dicho periodo es especialmente largo, y durante bastantes meses somos particularmente incapaces de valernos por nosotros mismos. Desde el momento de nacer hasta aquél en que un humano es capaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, pasa mucho tiempo, lleno de significados y constelaciones susceptibles de perturbar la realización y la integración normal de las necesidades. Entonces se puede inferir que las necesidades del niño no están aisladas de las necesidades de las personas susceptibles de satisfacerlas.

El niño pronto aprende a confrontar que en ocasiones sus necesidades entran en conflicto con las pautas, modos de ser e ideales que los adultos tienen para con él. Por una parte, se siente urgido a la realización de determinadas necesidades; por otra, impulsado en igual proporción a complacer a los objetos que entran en relación con sus necesidades. La conducta adulta es el resultado transaccional de estas dos fuerzas; en ocasiones operan en el mismo sentido; en otras, en sentidos divergentes; de la cuantía de la divergencia deriva la magnitud del conflicto interno” (Ramírez, 1959).

Cabe aclarar que existe conflicto interno en todos los humanos, pues todos nos enfrentamos a la noción de la muerte, la frustración sexual, y algunas otras circunstancias que dejarán una marca.

Pasará el tiempo, y las pautas que alguna vez fueron externas se internalizarán, se transformarán en inconscientes, y seguirán operando. Igual que la lengua materna se transforma en un automatismo, las pautas de conducta que infantilmente se aceptaron para complacer a los cuidadores primarios, seguirán llevándose a cabo en la edad adulta para complacer los padres, que si bien alguna vez fueron objetos externos pasarán a ser objetos internos. *“Cuando el individuo, a medida de su crecimiento, se libera de la autoridad de sus padres, incurre en una de las consecuencias más necesarias, aunque también una de las más dolorosas que el curso de su desarrollo le acarrea...Por otra parte, existe cierta clase de*

neuróticos cuyo estado se halla evidentemente condicionado por el fracaso ante dicha tarea”. (Freud, 1908)

Así mismo Freud aclara que es posible que no sólo los cuidadores primarios influyan de manera directa en uno, al contrario, a veces se ha de hacer una formación reactiva, una postura opuesta, generalmente apoyada por algún otro subrogado de alguna figura parental. *“...y llega así a dudar de las cualidades únicas e incomparables que les había adjudicado. Pequeñas experiencias de su vida infantil, que despiertan en él un sentimiento de disconformidad, lo incitan a emprender la crítica de los padres y a aprovechar, en apoyo de esta actitud contra ellos, la ya adquirida noción de que otros padres son, en muchos sentidos, preferibles a los suyos.” (Freud, 1908)*

Sin embargo es la imaginación, la que domina nuestras relaciones con la realidad, *“En efecto, tanto la esencia misma de la neurosis como la de todo talento superior tienen por rasgo característico una actividad imaginativa de particular intensidad que, manifestada primero en los juegos infantiles, domina más tarde, hacia la época prepuberal, todo el tema de las relaciones familiares.”* Y describe el ejemplo del sueño diurno, *“que persiste mucho más allá de la pubertad. Examinando detenidamente estos sueños diurnos, compruébase que sirven a la realización de deseos y a la rectificación de las experiencias cotidianas, persiguiendo principalmente dos objetivos: el erótico y el ambicioso, aunque tras este último suele ocultarse también el fin erótico. Hacia la época mencionada, la imaginación del niño se dedica, pues, a la tarea de liberarse de los padres menospreciados y a reemplazarlos por otros, generalmente de categoría social más elevada.”(Freud, 1908)*

Al mismo tiempo, Freud señala que esto ocurre en una primera fase, fase altamente asexual, donde el niño o la niña todavía no conocen el funcionamiento sexual y sus resultados reproductivos. Más adelante, en una segunda fase “cuando el niño llega a conocer las múltiples vinculaciones sexuales entre el padre y la madre, cuando comprende que *pater semper incertus est* (la identidad del

padre siempre será incierta), mientras que la madre es *certísima*, la novela familiar experimenta una restricción peculiar: se limita en adelante a exaltar al padre, pero ya no duda del origen materno, aceptándolo como algo inalterable.” *Dice que esta segunda fase es motivada por un motivo asexual “con el conocimiento de los procesos sexuales surge en el niño la tendencia a imaginarse situaciones y relaciones eróticas, tendencia que es impulsada por el deseo de colocar a la madre -objeto de la más intensa curiosidad sexual-”* en situaciones de infidelidad, al final la madre no es fiel a la relación simbiótica con sus hijos si hay ahí un padre.

Al final la novela familiar del neurótico es una historia de amor y desamor, una aspiración por recordar los primeros años de vida cuando no había manera de mejorar esa relación, el hijo “perfecto” de padres “perfectos”, en las fantasías las figuras encumbradas siempre tendrán características de la madre o el padre.

Serge Lebovici (1989) señala que hay dos aspectos en el deseo de tener un hijo de las futuras madres, el hijo imaginario y el hijo fantasmático. La futura madre que desea a un hijo, consciente o inconscientemente, se encuentra en presencia de un niño al que imagina, esto ocurrirá durante el segundo trimestre de embarazo, para el tercer trimestre a madre podrá imaginar las apariencias de este niño que querrá ver pronto el mundo, será importante ver que no tenga malformaciones y tenga salud. La madre podrá hablar fácilmente durante el embarazo y en los días posteriores al parto de las ilusiones que le conciernen, pero va a llegar un momento en donde se deberá confrontar a su hijo imaginario con aquel que ahora lleva en sus brazos. *“Este bebé ha sido querido con el consorte, quien ha contribuido a su procreación y a quien le está dedicado. Ésta es la razón por la que la madre imagina su futuro casi siempre brillante o exitoso.”* Es justamente al niño imaginario al que se le otorga un nombre.

El hijo imaginario se describe en el campo de una conciencia oscura, en donde el contenido es denominado en el quehacer psicoanalítico, como el preconscious, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las

ensoñaciones diurnas o fantasías. El hijo fantasmático es producto de antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia y los cuales son uno de los aspectos de la identificación con la madre que se producen en ambos sexos, pero que persisten en la niña. *“En los fantasmas edípicos de esta última, se trata de ser un día como la madre y de tener, como ella, un bebé del padre, el bebé que vendrá es construido entonces por el inconsciente de la madre como un niño de su abuelo materno.”* (Levovici, 1989) Con respecto a la abuela, la joven madre tendrá una deuda de vida por pagar. Es común que las jóvenes madres acepten consejos de sus propias madres, no solamente porque le son útiles frente a su propia inexperiencia de madre, sino por dicha deuda y un sentimiento inconsciente de culpabilidad, posiblemente asociado a la depresión posparto tan común. En el bebé que acaba de nacer, la madre reconoce también a su propio padre y con frecuencia hace una transferencia paterna, quiere al hijo de la misma forma que algún día quiso a su padre.

Lo que le es transmitido a este niño fantasmático no son tanto los hechos conocidos o repetidos de alguna manera en símbolos, sino los conflictos inconscientes y repetidos que se agravan cuando surgen dificultades familiares. *“Tres generaciones constituyen a una familia: lo que se trasmite aquí es un sistema cultural que define a la familia en un estado o un grupo humano dado. Son también los valores familiares que aparecen como emblemáticos. El equilibrio que aquí reina y que tiene a estabilizar la historia, pese a avatares eventuales que aquejan a uno u otro de sus miembros, no disimula lo que, sin embargo, querría en vano esconder. Así, precisamente para reestablecer un equilibrio desagradable demandado por un miembro de este sistema, cuya sobrevivencia es precaria, se le encarga a un joven, por un mandato, que contrarreste estas tempestades y riesgos de naufragio”.* (Levovici, 1989)

Lo anterior es particularmente importante, porque se puede entender que la supervivencia precaria del miembro del sistema, no es necesariamente el hijo o la hija, puede ser cualquier miembro, y puede estar colocado en cualquier miembro el mandato equilibrador.

Capítulo II. Método.

Planteamiento del problema

Los seres humanos nos constituimos psíquicamente de identificaciones, de elecciones de objeto, de buscar agradar a dichos objetos y de renuncias a formas de satisfacción de nuestras pulsiones que nos pondrían en peligro. Los primeros objetos de casi todos los que provenimos de una familia, son nuestros padres, el Edipo es claro y casi universal, y acompañará a la cultura. Es importante para el trabajo clínico poder identificar lo anterior y esclarecer las consecuencias de seguir atrapado en una lucha consigo mismo por agradar a objetos imposibles, el deseo de los padres hará huella en la psique de los hijos, para la elección de objetos posteriores, y para saber cómo uno enfrenta la vida en general.

Santiago Ramírez (1959) dijo que infancia es destino, pero en realidad no hablaba de cómo fue la infancia aislada, hablaba de las consecuencias en el psiquismo de alguien y las posibles patologías producto de una serie de traumas y conflictos propios de las figuras encargadas de la crianza de dicho infante.

Antes de hablar de la paciente es importante dar un contexto de la clínica donde fue atendida. En un bachillerato de aproximadamente 12 mil alumnos se decidió abrir una clínica que ha sido atendida por alumnos de la maestría en psicología con residencia en psicoterapia para adolescentes, y que desde hace varios años han proporcionado psicoterapia de corte psicoanalítico a pacientes de diferentes sustratos socioeconómicos con características muy distintas, pero todos afectados por una crisis de la adolescencia y en muchos casos una situación de grave riesgo psíquico.

La paciente es una joven de 18 años, delgada, morena clara, de estatura media, cabello largo y negro, ojos color miel y labios grandes, es muy amable y recatada y se sonroja constantemente. Acude al centro de servicios psicológicos en enero del 2015, justo al principio del ciclo escolar debido a problemas

familiares, que posiblemente se revivieron e intensificaron durante el periodo vacacional debido al aumento en la convivencia familiar.

Melisa ha sido una estudiante ejemplar y se encuentra a un semestre escolar de ingresar a la universidad con muy buen promedio, suficiente como para entrar a las carreras más demandadas de la UNAM, sin embargo, a pesar de tener casi resuelta la educación media superior su ansiedad ha aumentado significativamente, ahora tiene más miedo para exponer en clase o preguntar dudas al maestro que en semestres previos. Escribe como motivo de consulta en su hoja de solicitud de servicios: “Para tratar asuntos familiares (problemas que están afectado mi salud mental), ocasionándome faltas de confianza en mí misma; de tratar de guardar esos problemas que no me dejan ser feliz, y para poder superarlos y que no me causen problemas”.

Es curioso que Melisa en su solicitud de servicio en la parte donde se les pregunta que áreas de su vida (Académica, Familiar, Amistades, Sexuales (sentimentales y/o de pareja), Salud, Laboral) se ven afectadas por el problema, marcara como principales dificultades la parte familiar y de salud en tanto que en relación con el área sexual no existía ningún problema.

Ya en la entrevista de valoración, Melisa comenta que acude “Debido a problemas entre mis padres, me he dado cuenta que mi autoestima no está bien, que con el simple hecho de hablar de mi familia me dan ganas de llorar porque no todo es bonito; todos esos problemas me dan desconfianza en mí, me siento muy triste, soy muy tímida y tengo miedo todo el tiempo... y pues no tengo a nadie a quien contar estas cosas y ya quisiera estar bien”.

Melisa cuenta que es la primogénita de 3 mujeres, ella de 18, una hermana de 15 y otra de 12. Sus padres que se casaron cuando tenían 21 años la madre y 20 el padre; llevaban un matrimonio complicado donde, justificado por el alcoholismo del padre se presentaban escenas de violencia contra la madre con frecuencia, y desde hace un par de años también violencia contra Melisa, parece que hay una liga entre el que ahora Melisa y sus hermanas tengan otro cuarto aparte, ya que antes cuando el padre no la agredía así vivían en la misma

habitación los 5, situación que propició que Melisa presenciara tanto la escena primaria, como violencia entre sus padres en varias ocasiones, ambas situaciones parecían producir el mismo grado de incomodidad para la paciente, a pesar de no ser situaciones que podríamos llamar actuales. El padre de Melisa, chofer de profesión y con sólo la primaria terminada, conoció a su madre cuando él trabajaba para los padres de ella en una alquiladora de muebles para eventos. La madre de Melisa estudió hasta la preparatoria pero siempre se dedicó a las labores domésticas hasta 4 años antes de que Melisa solicitó el tratamiento es cuando entra a trabajar a una escuela como intendente. Inicialmente cuando sus padres se conocieron el padre de Melisa intentó relacionarse con la hermana de su ahora esposa pero no fue correspondido, sin embargo, es correspondido por la hermana menor, su ahora esposa y madre de sus hijas.

En las primeras sesiones Melisa llora mucho, y es complicado seguirle el hilo a lo que dice, cuenta cómo a pesar de ser de las mejores alumnas le da miedo estar en clase, la idea de que los maestros le pregunten le asusta, sin embargo cuando lo hacen siempre sabe que contestar, va saltando entre relatos y quejas de la escuela, y quejas y relatos familiares, principalmente del padre, quien la: “cuida todo el tiempo, me trae a la escuela y pasa por mí, casi nunca me dejan salir de casa, creo que a mi hermana de en medio le dan más permisos que a mí”. Cuando no está haciendo tareas escolares debe ocuparse de tareas domésticas, y principalmente de caprichos culinarios del padre, o a veces simplemente de acompañarlo. Rara vez menciona a su novio, relación que en estos momentos había durado ya un par de meses.

Melisa, a pesar de parecer que en la escuela vive un buen momento, tiene una pareja a quien aparentemente quiere y lleva una buena relación, está constantemente preocupada por no poder apaciguar al padre quien constantemente está exigiendo de ella diversas cosas, y repetidamente le dice que “no vaya a salir con sus pendejadas” o que “ya vas empezar con sus pendejadas”, cuando habla de esto Melisa llora profundamente y es curioso cómo se seca las lágrimas con la punta del clínex como más en un gesto que en una acción real de limpiarse las lágrimas, habla mucho de cómo en parte se siente responsable de

cuidar al padre y de estar ahí para él, pero al mismo tiempo le es complicado por las actitudes del padre que incluso ha llegado a pegarle por no regresar a su casa a tiempo.

También durante el transcurso de las primeras sesiones se realizaron dos entrevistas con los padres, a las cuales solo acudió el padre debido al trabajo de la madre, y posiblemente también al control que existía por parte de él para con su hija, la intención de las entrevistas era poder realizar una historia clínica de la paciente y ver qué tan a favor o en contra se encontraban los padres para con el tratamiento. Al principio el padre contó que no sabía ni porqué estaba ahí, que Melisa era una niña muy buena obediente y feliz, que no tenía ningún problema en la escuela. Le comenté que Melisa presentaba niveles muy altos de ansiedad y que empezaba a tener problemas en la escuela por no sentirse bien interactuando con figuras de autoridad, que ella sentía que la sobreprotegían y que así como tenía problemas en la escuela también había cosas en relación con él que le molestaban. Inmediatamente el semblante del padre de Melisa cambió, y empezó a hablar. Durante las dos sesiones casi no intervine nada y dejé que él hablara, contó que a veces le costaba controlarse cuando se sentía frustrado, que desafortunadamente por tomar algunas veces había sido muy grosero con ella e incluso le había pegado, repitió en varias ocasiones lo difícil que a veces resultaba ser padre, luego narró una escena en donde él deja a Melisa a unas cuerdas de la escuela, y observa como un sujeto se le acerca y la empieza a acosar a lo cual él responde golpeándolo; le pregunto que cómo es la relación con su esposa, dice que buena, narra como la conoció y como ha sido difícil que la familia de ella lo acepte porque viene de un estrato social aún más bajo, dice que toda su vida ha tenido que luchar y trabajar, él quedó huérfano a los 8 años por un accidente del camión de pasajeros en el que viajaban sus padres, y a pesar de tener otros dos hermanos mayores uno de 14 y otro de 17, pasó a estar completamente solo, dice que “comida siempre hubo, igual que un techo, mis hermanos trabajaban, entonces siempre estuve solo”, hay un momento particularmente cargado de emoción cuando narra como se quemó preparándose unos huevos, parecía que

quien contaba esa historia era el niño de menos de 8 años devastado por la muerte de sus padres, devastado por sentirse solo e incapaz de subsistir.

A lo largo de las siguientes sesiones, Melisa habla prioritariamente de su familia, rara vez menciona al novio o a sus compañeros, de vez en cuando después o antes de hablar del padre, menciona a algunos profesores y cómo le irrita sentir que no les puede dar gusto a pesar de ser una estudiante ejemplar. A cuenta gotas habla de su familia extensa, sobre todo para hablar de situaciones en donde el padre está involucrado en una pelea o se emborracha con alguno de sus cuñados y después llega a pelearse con la madre. Es de notar que en casi todos estos relatos Melisa siente que es su obligación (¿su deseo?) contener al padre.

Melisa en diversas ocasiones comenta que por más que se esfuerza para que el padre no se enoje y no le reclame nada, parece siempre cometer errores, habla de cómo el padre siempre le dice que “la caga” frase que ella, a pesar de no utilizar nunca palabras de ese tipo, se da licencia para mencionar en relación a su padre, y dice sentirse incapaz de “no cagarla”.

A veces no era tan obvio adivinar el significado de “cagarla” o “salir con sus pendejadas” pero aparecía constantemente en las sesiones estas frases que el padre repetía constantemente en casa y parecían tener un tema, pero un tema indescifrable aparentemente para la paciente, y digo aparentemente porque a pesar de ignorar el significado parecía contrariarla como pocas cosas en su vida, cosa que me empujaba a pensar que tenía relación con otro enigma en su vida psíquica, el por qué le tenía tanto miedo a los roedores, siendo particularmente afín a la biología con un gusto por los peluches y los animales peludos, realmente padecía de musofobia, y parecía no tener idea de por qué.

A la fecha todavía no puedo distinguir si es que, en efecto, yo tampoco tenía idea de qué sería que “no fuera a salir con sus pendejadas” y desconocía que esa expresión es usada constantemente para referirse a que una joven no se embarace antes del matrimonio y/o no pueda concluir con sus estudios, o simplemente ahí la incapacidad y resistencia de la paciente para asociar

conscientemente esa expresión con ese significado transferencialmente me generaba una resistencia a mí también.

Sin embargo, la ansiedad cesó considerablemente después de que en una sesión comentara a manera de pregunta si los comentarios sobre “cargarla” o “salir con sus pendejadas” no hacían referencia a la posibilidad de que Melisa quedara embarazada. Su reacción de sorpresa absoluta, fue inmediatamente apoyada con una negación pujante, no podía ser eso, fue cambiando por un “quizás sea eso”, embarazarse parecía una pieza escondida del rompecabezas, pieza escondida por ella misma. Después de todo se encontraba ya muy pronta a la edad en la que sus padres la tuvieron a ella.

Para cuando terminó o se interrumpió el tratamiento, debido a que la paciente egresaba del bachillerato, Melisa se sentía liberada, le seguían molestando las cosas que ocurrían en su hogar, pero ya no se veía con la compulsión de ser ella quien lo solucionara, le era mucho más cómodo estar a solas con su novio, y ahora podía preguntar a los maestros cuando tenía dudas en lugar de tener que pasar horas en la biblioteca. En cuanto a la musofobia, tema del cual rara vez se llegó a hablar en sesiones, parecía ya no molestarle tanto, si bien los roedores le seguían incomodando, no consideraba que se sintiera tan amenazada por ellos.

Así, me planteé la siguiente pregunta: *¿Es posible que el conflicto psíquico del padre de Melisa (el deseo de que Melisa se embarace y a la vez no), y su angustia de separación, sean el causante de la angustia y las fobias de Melisa?*

Objetivo general

Ilustrar la novela familiar de una joven fóbica, la trasmisión intergeneracional de un conflicto psíquico y el proceso psicoterapéutico de corte psicoanalítico.

Objetivos específicos

1. Ejemplificar la transmisión intergeneracional de un conflicto psíquico.
2. Comprender el papel que juega el padre de Melisa y la relación de los dos para entender los síntomas de Melisa.
3. Analizar el desarrollo del Edipo de Melisa.
4. Ejemplificar una psicoterapia para adolescentes de corte psicoanalítico en una institución educativa.

Supuesto

En mi opinión la musofobia, y la angustia de Melisa son resultante del conflicto Edípico con su padre que se ve agravado por la querrela del padre y el duelo no resuelto por la pérdida de sus propios padres.

Definición de categorías

Conflicto: En psicoanálisis se habla de conflicto cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter. El psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano y desde diversos puntos de vista: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido.

Complejo: Conjunto organizado de representaciones y de recuerdos dotados de intenso valor afectivo, parcial o totalmente inconscientes. Un complejo se forma a

partir de las relaciones interpersonales de la historia infantil; puede estructurar todos los niveles psicológicos: emociones, actitudes, conductas adaptadas.

Complejo de Edipo: Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada *positiva*, el complejo se presenta como en la historia de *Edipo Rey*: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma *negativa*, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada *completa* del complejo de Edipo.

Fobia: Término derivado del griego *phobos* y utilizado en lengua francesa como sufijo para designar el terror de un sujeto frente a un objeto, un ser vivo o una situación. Utilizado en psiquiatría como sustantivo hacia 1870, el término designa una neurosis cuyo síntoma central es el terror continuo e inmotivado del sujeto ante un ser vivo, un objeto o una situación que en sí mismos no presentan ningún peligro real.

Intergeneracional: se refiere a la relación que existe entre dos o más generaciones, en este caso particular se refiere al intercambio consciente e inconsciente entre dos generaciones de una misma familia.

Musofobia: Fobia a los roedores.

Angustia: Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar.

Duelo: Estado de pérdida de un ser querido acompañado de desamparo y dolor moral, que puede acarrear una verdadera reacción depresiva, y que requiere un trabajo intrapsíquico, llamado «trabajo del duelo»

Tipo de estudio

La realización de esta investigación fue a partir de una metodología de corte *cualitativo*.

Este trabajo se apoya en el *estudio de caso*, ya que nos permitirá comprender en profundidad el fenómeno complejo que se estudia (Martínez, 2006).

El estudio de caso ha sido desde el comienzo del psicoanálisis la principal herramienta para estudiar, difundir y cuestionar la labor clínica, desde el desarrollo de la técnica de la asociación libre de Freud y Breuer en 1880. A pesar de que se dificulta obtener inferencias causales comprobables, el estudio de caso es una gran manera de ilustrar un fenómeno complejo de manera contundente. De la misma manera el estudio de caso presenta un alto valor heurístico, lo cual implica que generará nuevas ideas, y de este modo también se podrá ilustrar la relación poco probable entre una fobia social o a algún animal con la manera en la una persona entiende su sexualidad.

Aunque existen diseños experimentales para el estudio de caso, por la naturaleza del tratamiento psicoanalítico, y la complejidad que implica la naturaleza humana, se requiere un enfoque de estudio cualitativo, ya que las investigaciones cualitativas se fundamentan más en un proceso inductivo que busca explorar, describir y luego así generar preguntas y una perspectiva teórica.

El método cualitativo implicará flexibilidad por parte del investigador, flexibilidad necesaria en todo tratamiento psicoterapéutico, debido a que justamente dependerá de una interpretación contextual, dependiendo de las circunstancias de la persona, su historia de vida e incluso el tipo de relación que el paciente desarrolle con el terapeuta.

Instrumentos

La obtención de información se obtuvo a través de los siguientes instrumentos:

La *entrevista a profundidad*: tiene como objetivo conocer la experiencia del sujeto, por lo que podemos aprehender la subjetividad en lo que nos dice y enfocarla al proceso de investigación, a diferencia de una conversación ordinaria (Callejo, 2002). En el proceso de entrevista, es imposible abstraerse de la *observación* del participante, por lo que podemos pensar que la entrevista a profundidad y la observación van de la mano (Callejo, 2002). Así, al momento de aplicar ambos instrumentos, no sólo se obtiene información de tipo verbal, sino también no verbal. Estos tipos de comunicaciones son esenciales para poder aprehender la información que nos da el sujeto y poder comprender el sentido oculto de la comunicación. Por este motivo, se utilizaron ambos instrumentos para obtener la información de la paciente.

La *psicoterapia psicoanalítica* se puede definir como “una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (Laplanche & Pontalis, 1996). Entonces, las sesiones psicoterapéuticas se volvieron también un instrumento esencial para la comprensión del fenómeno que se está estudiando y poder encontrar la significación inconsciente de las comunicaciones de la paciente tomando la teoría psicoanalítica como método de investigación (Freud, 1923).

Participantes

La presente investigación es un estudio de caso realizado con una paciente de 17 años, estudiante de una institución pública de educación media superior y las entrevistas realizadas con el padre (2).

Procedimiento

La paciente acudió a la clínica de atención psicológica que se encuentra en su institución de educación media superior, que es una sede de la Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la Maestría en Psicología de la UNAM, para

recibir tratamiento psicológico. En el centro se pide que sean alumnos de la institución educativa, (no importa que no sean alumnos regulares), se firma un contrato donde se establecen los derechos y obligaciones de los usuarios así, como un consentimiento informado para los padres en el caso los pacientes menores de edad. Se realiza un par de entrevistas iniciales y entrevistas con los padres, en este caso a las entrevistas sólo acude el padre (porque la madre no puede salir a esa hora del trabajo). Resultante de estas entrevistas se elabora una historia clínica y una hipótesis diagnóstica. Se acordó con la paciente vernos una vez por semana, y se deja claro que el trabajo psicoterapéutico terminará en el momento que la paciente así lo desee. El trabajo psicoterapéutico consiste en: Una escucha psicoanalítica, señalamientos, interpretaciones, construcciones, siendo todo este trabajo supervisado por un profesional del área. El tratamiento llegó a su fin debido a que la paciente terminó la educación media superior, y se quedó abierta la posibilidad de retomar el trabajo psicoterapéutico posteriormente de manera privada.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se asienta en la labor terapéutica, que incluye las supervisiones clínicas y mi propio proceso psicoanalítico, los tres aspectos son base del trabajo analítico. En paralelo se realiza un respaldo teórico importante, que también es base del trabajo analítico.

Debido a la naturaleza del trabajo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica es importante marcar un tercero dentro de la relación terapéutica que es el encuadre. El encuadre, mediará y regulará la relación terapéutica, y generará una constante para que emerjan las diferentes variables de la problemática de un paciente.

El tratamiento se realizó como parte del programa de la maestría en psicoterapia para adolescentes, que tiene diferentes sedes para realizar la residencia, en este caso en particular, una clínica para alumnos dentro de una institución de educación media superior donde se realiza un contrato terapéutico que incluyen los derechos y responsabilidades de los pacientes, así como la confidencialidad y

el costo. Además de la mención de que se podrá usar el material de las sesiones para realizar trabajos de este tipo. También se entrega un consentimiento informado para los padres, debido a que la mayoría de los pacientes de la clínica son menores de edad.

El Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2002) dicta que la información obtenida en el trabajo debe ser tratada confidencialmente (art. 61), que se debe procurar el anonimato mediante la utilización de un pseudónimo (art 68) y estipula que en todo momento se deben proteger los derechos e intereses de los pacientes (art. 73).

Capítulo III La Paciente

Previamente en el planteamiento del problema abordo a la paciente, y su situación pero espero que este apartado ayude a poder pensar y contextualizar aún más a la paciente.

1 Descripción de la paciente.

Al iniciar el tratamiento Melisa, la paciente cuenta con 17 años y durante el transcurso del tratamiento alcanzó la mayoría de edad. De cabello obscuro lacio y muy largo, ojos color miel y tez morena clara, labios gruesos y nariz regular, es muy delgada y a pesar de usar muchos colores en su vestimenta tiende a ocultar su forma femenina, tanto con su ropa como con su delgadez. Da la impresión de ser una joven con una capacidad cognitivamente sumamente desarrollada, y una inteligencia emocional mermada.

La paciente es retraída y parece estar avergonzada sin razón aparente, se ruboriza constantemente, y su tono de voz es medio pero su volumen siempre es bajo. Es sumamente amable y cordial, sin embargo su trato no resulta muy natural debido a pausas y autoreproches que comunica constantemente.

Al tratarse de una institución educativa, normalmente obtenemos junto con la solicitud de servicio las calificaciones y reportes de conducta de los pacientes, y en el caso de la paciente, todas sus calificaciones son excelentes, sin embargo es una maestra la que le sugiere asistir al centro de servicios psicológicos porque a juicio de la maestra es muy tímida e insegura.

2 Motivo de Consulta

Previamente mencioné que la paciente acudió al centro de servicios psicológicos por consejo de una maestra debido a su timidez. Sin embargo la paciente escribió en su hoja de solicitud de servicio “Para tratar asuntos familiares

(problemas que están afectado mi salud mental), ocasionándome faltas de confianza en mí misma; de tratar de guardar esos problemas que no me dejan ser feliz, y para poder superarlos y que no me causen problemas”. Melisa cuenta como a pesar de ser de las mejores alumnas le da miedo estar en clase, la idea de que los maestros le pregunten le asusta, sin embargo cuando lo hacen siempre sabe que contestar.

Melisa dice tener niveles muy altos de ansiedad y empezar a tener problemas en la escuela por no sentirse bien interactuando con algunos maestros, también dice sentirse sobre protegida por su padre.

Sin embargo lo que más provoca los estados angustiosos de la paciente y referido por ella misma, es la relación que mantiene con él mismo, al que no sabe cómo contener ya que constante se altera y ha llegado incluso a agredirla físicamente.

3 Impresión diagnóstica

Realizar un diagnóstico psicológico de un adolescente es sumamente delicado, la adolescencia en si es un estado donde la mayoría de las psicopatologías adultas se pueden presentar de manera normal, para desaparecer al siguiente día. Sin embargo es claro que el síntoma principal es la fobia social, la musofobia y la angustia provocada por su conflicto interno entre complacer y no complacer al padre. La formación de síntomas que simbolicen conflictos internos es algo propio de la neurosis, y en particular de la histeria, tipo de padecimiento que usualmente paga su cuota a la fobia.

También es pertinente reconocer el miedo real que el padre de Melisa puede provocar en ella, debido a actuaciones violentas, y demandas poco razonables.

4 Entrevistas iniciales

Resulta casi irónico lo mucho que comunicaron las primeras sesiones con la paciente a pesar de su incapacidad para hablar en esos momentos. Se mezclaba el llanto histérico con un muy necesario llanto verdadero, que poco a poco fue posibilitando que Melisa pudiera acomodar mejor sus ideas y sentirse libre para poder hablar de algo que le resultaba profundamente amenazador y angustiante.

Después de las primeras entrevistas iniciales siempre me encontraba yo angustiado, me daba la impresión de también ser una figura amenazante para la paciente, y al mismo parecía haber una demanda muy marcada, al final de cuentas a pesar de lo doloroso que resultaba a la paciente asistir a sus sesiones llegaba siempre a tiempo y nunca faltaba, como si “me fuera yo a enojar”.

Es aquí donde me fue indispensable la supervisión del caso, y la abstinencia terapéutica que mi supervisor me recalca resultó sumamente atinada para que la paciente pudiera hablar, sin esta abstinencia es probable que la paciente hubiera abandonado el tratamiento incluso antes de empezarlo.

Es importante recalcar que una amenaza interna siempre es más difícil de sobrellevar que una externa, no hay lugar para huir ni donde refugiarse de los pensamientos que no se pueden pensar.

5 Historia Clínica.

Debido a la ausencia en las entrevistas de la madre y a lo angustiante que resultaba para la paciente recordar los años de colecho con los padres fue difícil establecer una historia clínica, sin embargo quedaba claro que los síntomas fóbicos estuvieron ahí desde su infancia, muy posiblemente durante el tiempo del complejo edípico más marcado, pero no estorbaban, al contrario permitían el desarrollo casi normal de Melisa.

Para el final de la secundaria Melisa reporta haber empezado a sufrir más ansiedad y justamente coincide con el momento de su vida cuando abandona la recámara paterna, situación que le ayuda a su desarrollo puberal que parecía haber estado frenado por la situación de colecho con los padres.

La situación actual de la paciente, el estar por finalizar su educación media superior, en puerta de la educación superior, educación a la que ningún miembro de la familia había tenido acceso, la presencia de un novio que posibilitara el ejercicio de la sexualidad genital, en mi opinión fueron los detonantes para que tanto Melisa como su padre se encontraran en un estado al que podría denominar más neurótico.

Capítulo IV. Resultados y Discusión.

Comunicar los resultados de un trabajo psicoterapéutico siempre conlleva una gran dificultad y más tratándose de una psicoterapia de corte psicoanalítico, debido a que como diría más de una vez mi maestro Enrique Guarnier (1978): “El psicoanálisis es una técnica parcialmente identificada, que trata problemas inespecíficos, con resultados impredecibles, para el ejercicio de la cual, se requiere un entrenamiento sumamente riguroso” y que además, en todos los casos requiere el propio análisis del terapeuta.

Una psicoterapia psicoanalítica no se puede entender como una conversación ordinaria entre dos personas, el recital del paciente diferirá bastante de la conversación ordinaria, debido a la asociación libre, determinante y clave en el tratamiento y en acceder a los contenidos inconscientes que normalmente se encuentran en conflicto generando angustia y síntomas en los pacientes.

Los pacientes normalmente llegan a tratamiento porque hay una crisis y de alguna manera el estado actual de las cosas, y su capacidad para lidiar con una serie de presiones ambientales se ve disminuida, éstas pueden ser internas o externas. Este es el caso de Melisa quien al ingresar al centro de servicios psicológicos dijo sentirse abrumada por problemas familiares, tener falta de confianza en sí misma, y sentirse como tal en una situación de riesgo, pero no un riesgo físico, sino un riesgo de perder la estabilidad mental que hasta entonces había podido mantener.

Para la paciente, objeto central de estudio del presente trabajo, la asociación libre resultaba sumamente complicada y bochornosa, se podía apreciar el nerviosismo, una postura retraída, el triángulo de Veraguth que se formaba en su frente que denotaba preocupación, y lo más notorio siempre era la eritema o rubor excesivo, frecuentemente relacionado con la fobia social.

Si uno piensa en las preocupaciones de un alumno en el último año de educación media superior, es muy probable que incluya el aspecto de tener acceso a la educación superior, y sobre todo a la carrera que uno desea, sin embargo en general este no era el caso de Melisa, quien al tener un promedio de excelencia en realidad sabía que acceder a la Universidad por lo que se conoce como pase reglamentario, que consiste en entrar por buen promedio a la carrera deseada no sería ningún problema, aun así a veces menciona sentirse incapaz, pero no podía definir bien de qué tipo de incapacidad. Lo cual debido a mi formación y a los indicios que daba la paciente me sugerían que la incapacidad tendría que ver más con una incapacidad para controlar sus propios deseos y pulsiones internas que para lidiar con las exigencias escolares.

A lo largo de las primeras sesiones el énfasis estuvo en lograr que la paciente pudiera acomodar sus ideas, y aprenda que es un espacio donde se le va a escuchar sin ser juzgada sin embargo empieza a aparecer un llanto al que yo denominaré llanto histérico, porque no hablaba tanto de un afecto sino estaba ahí más para evitar pensar y hablar justamente de lo que a la paciente mortificaba realmente, y al mismo tiempo muestra cierta demanda de atención y cuidado. Debo admitir tomando en cuenta el punto anterior, que Melisa me despertaba cierta preocupación, era un caso distinto a los que hasta ese momento había atendido con adolescentes, no desafiaba a la autoridad, no tenía problemas de calificaciones, vivía con ambos padres, y no tenía ninguna enfermedad física crónica. Sin embargo mostraba mucha ansiedad y ese llanto desconsolado que deje que pasara mientras tomando una postura amistosa pero pasiva, urgía yo a Melisa que hablara de ella, de quién era ella, de qué era lo que le molestaba y qué pensaba de esa situación. Para lograr este punto es importante destacar la supervisión del caso que tuve con mi tutor, que en todo momento me recordaba de la abstinencia terapéutica y me urgía a preguntarme sobre la paciente y buscar generar en la paciente esa misma duda sobre su situación, y su dolor.

Esto derivó en que terminara hablando de su familia y en específico de su padre, objeto central de su conflicto interno. Pero al principio no fue así, en la

entrevista inicial dijo tener una familia “normal” y amorosa, cuestión que no correspondía a lo anotado en la hoja de solicitud del servicio donde decía tener problemas familiares abrumadores. Estando en este punto del tratamiento contra transferencialmente me encontraba un poco angustiado yo mismo por no entender la problemática de la paciente, escuchando el llanto y sintiendo la necesidad de calmarlo, la confronté durante la cuarta sesión con lo que yo veía como una paradoja, donde decía tener problemas escolares y sin embargo presentaba excelentes calificaciones, decía por un lado tener una familia normal y amorosa y al mismo tiempo tener problemas familiares abrumadores.

Justo en la cuarta sesión Melisa empezó a hablar de la forma en la que vivía y como había vivido durante su infancia con sus padres, en un lugar sin privacidad, tanto para ella como para sus padres, dijo durante muchos años haber habitado en colecho con los padres, situación que le resultó sumamente incomoda debido a que en varias ocasiones presencié a sus padres teniendo relaciones sexuales, sin embargo para cuando había empezado el tratamiento había terminado ya dos años antes, debido a la ampliación de su casa, sin embargo parecía según la percepción de Melisa molestar a los padres que ella cerrara la puerta de su habitación, principalmente al padre que constantemente reclamaba la atención de su hija primogénita.

El simple hecho de que la paciente pudiera hablar un poco sin interrupciones por llanto de la forma en la que vivía y había crecido ya para mí representaba un logro terapéutico, y debo aclarar que el llanto de la paciente no había terminado, sin embargo ya no impedía el discurso y cada vez me parecía más una demanda de cuidado por parte mía.

Siguiendo un orden cronológico en los relatos y asociaciones de la paciente es justamente después de hablar de la situación de colecho que Melisa narra un sueño dónde expone su musofobia, justamente días antes soñó que seguía durmiendo junto a los padres y sus hermanas, pero en su sueño no podía bajar de

la cama debido que en el cuarto había muchas ratas, y debía permanecer en la cama de sus padres.

En paralelo a la apertura que Melisa empezó a tener conmigo ocurrieron las dos entrevistas con el padre, es importante aclarar en este punto que resultó muy revelador el simple hecho de que fuera el padre quien se presentara solo a las dos entrevistas, y la manera en la que empezó diciendo el que Melisa, que en ese momento no se encontraba presente, no tenía ningún problema, pareciera que él ya lo había determinado así. En contraste con el rápido derrumbe que tuvo al señalarle que tal vez así era como él estaba viendo las cosas, pero que eso difería mucho de como Melisa percibía su situación actual, y es entonces donde sin casi ninguna otra intervención mía como describo en el planteamiento del problema, el padre de Melisa narra un tanto avergonzado muchas de las interacciones que ha tenido con su hija, su propia incapacidad para regularse y lo que parece la razón más evidente de la dependencia que él presenta con su hija, la pérdida de su propia familia a una corta edad, situación que lo hizo sentirse en un estado desvalido y buscar frenéticamente una familia y la manera de ampliarla. También llegó a decir durante las entrevistas que él no pensaba que fuera tan importante que Melisa estudiara, si eso implicaba que ya no vería a su familia.

Otro indicio que me parece importante rescatar es la paradoja de la posición privilegiada que Melisa tenía en casa, que provocaba el descontento de su hermana menor, quien por lo que narraba la paciente veía con envidia la relación de ésta con su padre, al mismo tiempo que Melisa envidiaba a la hermana, porque a ella le otorgaban más permisos para salir y no ponían tanta objeción a que saliera con chicos a pesar de ser menor que Melisa.

De nuevo para explicar el caso y el proceso que seguí, regreso a las sesiones de supervisión que considero fue eje central tanto de mi formación como de los resultados obtenidos con la paciente. Mi tutor buscó acercarme a las interrogantes de cómo el paciente se posiciona ante los embates de la familia,

cómo se posiciona el paciente frente al lugar que ocupa en su familia, qué pudo pensar el paciente y movilizarse en términos de flexibilidad psíquica.

En el planteamiento del problema señalé cómo a pesar de que en la escuela vive un buen momento, tener una pareja y llevar una buena relación, está constantemente preocupada por no poder apaciguar al padre quien seguido exige diversas cosas, y repetidamente le dice: y cito la cita “ no vayas a salir con tus pendejadas” o “ya vas empezar con tus pendejadas”, cuando habla de esto Melisa presenta nuevamente un llanto profundo y se seca las lágrimas con la punta del clínex como más en un gesto que en una acción real de limpiarse las lágrimas.

Podría parecer irónico entonces que uno de los éxitos terapéuticos que se obtuvieron derivados del trabajo con la paciente sea que haya faltado a una de las sesiones, la sesión posterior a lo que yo considero que al mismo tiempo fue una intervención y una interpretación, la pregunta de “no se referirá tu padre con el no vayas a salir con tus pendejadas a que te embaraces”, creo yo que esto trajo a la consciencia justamente una gran parte del conflicto inconsciente. Para entonces Melisa ya se había planteado y me había planteado a mí también la incógnita de si se podían querer dos cosas a la vez, en términos de querer al padre y al mismo tiempo querer huir del padre, y yo aquí podría pensar en una construcción meramente psicoanalítica, querer huir de mi propio deseo de satisfacer al padre.

El psicoanálisis no busca culpables busca entender. Es por eso que de ninguna manera se debe entender a la figura del padre como “el malo de la historia”, es como todos producto de sus circunstancias y ha hecho lo que ha podido con lo que ha tenido, al igual que mi paciente quien pareciera después de haberse visto enfrentada con sus paradojas, pareció cambiar muy sutilmente su actitud frente a mi persona como terapeuta, frente a sus maestros y frente a su padre.

Uno de los aspectos fundamentales del trabajo psicoterapéutico en especial con adolescentes es generar un espacio donde el adolescente pueda ubicarse en un espacio mental donde a pesar de tener poca capacidad para pensar en el

futuro y vivir su presente como terrible y agobiante, puedan entender que eso va a pasar, que están creciendo y se podrán posicionar de una manera distinta frente a esas mismas situaciones terribles y agobiantes, acompañados por el terapeuta que idealmente buscaremos que el adolescente no se coloque en situaciones de peligro hasta que pueda ir madurando. En este caso el peligro que yo percibía y desafortunada o afortunadamente no puedo estar completamente seguro de que hubiera sido un peligro real, era que Melisa se embarazara y truncara los sus estudios para de alguna manera complacer al padre.

El trabajo psicoanalítico consta muchas veces de instar al enfermo a renunciar a un placer inmediato, placer que en el caso de mi paciente resultaba sumamente amenazador. Sin embargo no lo insta a renunciar de ninguna manera al placer en sí, sino a pensar en postergar el placer o buscar una fuente de satisfacción más apropiada. Se puede observar cómo la gente busca una reducción de la angustia, aunque esta reducción muchas veces implique hacerse daño, o estar sometido a la voluntad y los caprichos de objetos de amor que muchas veces buscan su propia seguridad y no el desarrollo del individuo sometido.

Otro punto sumamente importante es que a lo largo del trabajo psicoterapéutico el paciente pase de decir como una multiplicidad de personas le hacen, a pensar como el paciente mismo se hace, asumiendo responsabilidad sobre las situaciones en las cuales se coloca y las decisiones y acciones que emprenderá en un futuro.

Al final se podría pensar que una de las pocas cosas que logra hacer el psicoanálisis o en este caso específico la psicoterapia de corte psicoanalítico es indicarle a uno que los momentos infelices pasan, si es que lo permitimos. Además de armar al paciente con un conocimiento más profundo de sí mismo que le permita tomar decisiones en función de su propio deseo.

Capítulo V. Conclusiones.

El presente trabajo es un ejemplo de la pertinencia del método psicoterapéutico psicoanalítico en el trabajo con adolescentes. Al mismo tiempo, busca ilustrar como existen hoy en día muchos casos clínicos que recuerdan a los neuróticos descritos por Sigmund Freud de quien las premisas que postula tanto para entender y explicar dichos cuadros, así como su tratamiento siguen siendo válidas una centuria de años después. Finalmente este trabajo buscó ilustrar parte del trabajo realizado durante mi residencia en el centro de servicios psicológicos del CCH Sur, ya que no hay dos tratamientos idénticos debido a las peculiaridades tanto de los psicoterapeutas como de los pacientes, y el trabajo psicoterapéutico psicoanalítico termina por ser un proceso creativo que busca darle un espacio humano a los pacientes, espacio donde logren comprender para después intentar cambiar cosas que parecieran estar “destinadas a ser”, este saber ha acompañado a la humanidad a lo largo de los tiempos, la única manera de intentar cambiar el destino es como anotaba el Oráculo de Delfos, conocerse a sí mismo.

En la experiencia que adquirí por el programa de psicoterapia para adolescentes, experiencia donde se complementaban lecturas, 4 semestres de clases, más de 555 horas prácticas, la supervisión de dichas horas e incluso muchas veces el contacto con académicos y compañeros fuera de las situaciones estrictamente académicas, puedo con seguridad afirmar que la adolescencia es un periodo de la vida cargado de pérdidas y adquisiciones, que reactiva las más de las veces conflictos inconscientes complejos que quedaron adormecidos durante el periodo de latencia y que ahora durante la adolescencia empujados principalmente por la sexualidad genital pondrán a prueba sus recursos internos para poder tramitar esta etapa de su vida. Donde sin duda uno de los elementos con mayor peso serán las trabas o facilitaciones que los padres ejerzan sobre sus hijos para poder transitar por esta etapa de la vida. Durante la cual habrá cosas a reprimir de nuevo y sin lugar a dudas un sinfín de descubrimientos personales y si todo sale bien, aprendizaje.

El adolescente per se sufre el solo, y hay que de alguna manera, sin hacerse aliado del dolor del paciente, señalar la posición del paciente frente a ese dolor, sino el adolescente sufrirá, con pocas posibilidades de hacer con ese sufrimiento ¿Hacer qué? Justamente es una respuesta que sin pensar en la normalización de un paciente, es el mismo paciente quien debe responder a esa pregunta.

Mi formación profesional como psicólogo y posteriormente como psicólogo clínico ha tomado hasta este momento 10 años, y en mi experiencia vivimos una época donde las conferencias y nuevos textos clínicos con una orientación teórica psicoanalítica, apuntan más a buscar describir y entender a los llamados trastornos limítrofes de la personalidad y a la psicosis. Pareciera entonces que sobre la neurosis todo está dicho, o que no fuera un tema sumamente pertinente para el trabajo clínico. Fruto de mi experiencia como psicoterapeuta en el programa de residencia en psicoterapia psicoanalítica para adolescentes, creo de suma importancia seguir estudiando las denominadas patologías neuróticas y su tratamiento hoy en día una época donde hay una aparente apertura a los temas de sexualidad, pero donde en países como el nuestro el embarazo adolescente pareciera una epidemia.

Quiero enfatizar el problema del que yo podría llamar descuido a la neurosis en una época donde la clínica compite con terapias alternativas “new age” y el furor diagnóstico del DSM que en la mayoría de los casos describe y clasifica síntomas de casos tan complejos como compleja es la historia de vida de un ser humano, con el principal intereses de añadir un cliente más a la ya de por sí muy exitosa industria farmacológica. Mi tutor en alguna de las sesiones de supervisión nos contó en alguna ocasión de cómo después de llevar a su propia supervisión durante mucho tiempo a una paciente intentando determinar si presentaba un trastorno psicótico o no, su supervisor le dijo “no bueno yo creo que tienes razón y esta paciente no presenta un cuadro psicótico”, mi tutor descansó, a lo que su supervisor le pregunta “de qué descansa usted, está metido en un problema gravísimo”, como si lo neurótico fuera menos grave que lo psicótico, cuando en algunos casos hay trastornos neuróticos muy graves que pueden poner en riesgo

no solo la calidad de vida de los pacientes, sino también su vida. Es un prejuicio común incluso en el ámbito clínico pensar que es “mejor” presentar una neurosis a una psicosis, olvidando la particularidad de cada caso, y lo que cada persona pueda hacer con su síntoma y su manera de entender su realidad.

Comúnmente observamos que una persona con un cuadro neurótico es más fácil que funcione en esta sociedad, sin embargo eso no lo blindo de, a veces tener una incapacidad para manejar la angustia, no lo blindo del sufrimiento psíquico o incluso como pude atestiguar a lo largo de mi formación, de algún pasaje al acto, siendo la población adolescente particularmente susceptible a riesgos como accidentes automovilísticos fatales, sobre dosis, contagio de alguna enfermedad venérea, e intentos de suicidio. Si nosotros tratamos de entender desde nuestro marco teórico y un marco cultural al sujeto, de ninguna manera debe significar que trataremos de “normalizar” al sujeto, se busca que el paciente se pueda ubicar dentro de su propia historia y pueda buscar posicionarse frente a su propio deseo, y las consecuencias positivas o negativas que podrán venir de tal, para así poder hacer renuncias y nuevos compromisos con sí mismo para poder sentir tanto placer como dolor, y de esta manera no estar atrapado en la compulsión a la repetición tan relacionada con la pulsión de muerte y presente en la adolescencia.

La no normalización de los pacientes debe estar siempre presente, después de todo en mi opinión una de las características humanas más importantes es la creatividad y originalidad de cada uno de los individuos de nuestra especie, poder distinguir a la patología de esto, es de suma importancia y creo que el único indicador maso menos fiable de progreso y salud mental de un paciente que llega al consultorio de un psicoterapeuta sufriendo, es su propia percepción de dicho sufrimiento, la manera en la que junto al psicoterapeuta se enfrentará a tal sufrimiento y la fuente interna de éste, que terminará repercutiendo en la manera en la cual el paciente se relacione con su medio. A veces esto implica un distanciamiento familiar, un cambio de círculo de amistades o cambios drásticos en las actividades profesionales, pero las más de las veces son cambios sumamente sutiles, la sensación interna de alguien frente a circunstancias que

antes le hubieran sido sumamente irritantes e incómodas, y ahora se viven como parte de la cotidianidad.

Retomando el caso específico presentado en este trabajo para hablar de la fobia, las 3 personas que sufrían de un trastorno fóbico, 3 de los más de 30 casos que vi durante mi residencia en la maestría, presentaban elementos en común, principalmente la presencia del conflicto inconsciente en todo momento. En otro caso cuyo contenido también era marcadamente sexual el descubrimiento del motivo de la inhibición sexual derivó en un periodo de promiscuidad para después empezar una relación de pareja sumamente estable. Finalmente el tercer caso que sigo llevando a la fecha después de 2 años consistía en una fobia a su propia sangre, en donde la paciente presentaba una demanda por retirar el síntoma, siempre queriendo ignorar la razón del síntoma y después de muchas indagaciones y un intento de suicidio por medio de ahorcamiento, se destapó la relación que el suicidio tenía con la madre quien a los 20 años aproximadamente había intentado suicidarse cortándose las venas, dejando en mi opinión una clara ilustración de la función de la fobia como mecanismo de prevención frente a un deseo peligroso

Finalmente me gustaría decir que dos años de trabajo constante y formación creo que han dejado huellas profundas en mi psique, las experiencias tanto positivas como negativas han enriquecido mi manera de trabajar, de generar preguntas para entender al ser humano, incluyendo pacientes y a mí mismo. En mi experiencia la maestría nos pone bajo mucha presión. Existen en el programa muchas circunstancias que se pueden vivir como impositivas y de una alta presión. Desde el proceso de selección llegamos muchos a la maestría con una idea de competencia muy marcada que a veces entorpece nuestro propio trabajo. Sin embargo en paralelo a la carga de trabajo existe un marcado proceso de supervisión y nuestro propio trabajo psicoanalítico, que de acuerdo a mi experiencia se ve muchas veces facilitado por los estados de tensión y frustración que proporciona el posgrado, y muchas veces generara estados regresivos que bien llevados dentro de un marco psicoterapéutico psicoanalítico pueden llevar un gran crecimiento personal.

Definitivamente no soy el mismo psicoterapeuta que entró al programa, y en retrospectiva puedo agradecer esos momentos de prueba proporcionados por mis maestros, compañeros y pacientes. Dichos momentos me han brindado gran crecimiento profesional y personal. Aprender, como lo dice Bion solo puede venir de la experiencia y el programa de maestría con residencia en psicoterapia para adolescentes ha sido un gran proceso de aprendizaje.

Referencias

- Assoun, P. (2002). *Las fobias*. Argentina: Nueva visión.
- Bleger, J. (1978). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Carvajal G.(1993) *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*.
- Erikson, E. (1950-1987). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Freud, S. (1893-2001). *Estudios sobre la histeria*. O.C. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895-2001). *Proyecto de psicología*. O.C. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900-2001). *La interpretación de los sueños*. O.C. Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905-2001). *Tres ensayos de teoría sexual*. O.C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud (1908) *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. O.C. Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1909-2001). *X. Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. O.C. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915-2001). *Pulsiones y destinos de pulsión*. O.C. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926-2001). *Inhibición, síntoma y angustia*. O.C. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guarner (1978). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. México: Porrúa.
- Gutton, P. (1991). *Lo puberal*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1969). *Obras completas tomo II*. Barcelona: Paidós.
- Lacan (1956). *Seminario IV Las relaciones de objeto y las estructuras freudianas*. Buenos Aires: Paidós
- Marmor, J. (1954). *Orality in the Histerical Personality*. *Journal of Americal Psychoanalysis*.

Mayer, H. (1986) *La histeria*. Argentina: Paidós

Marcelli, D. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.

Salles M, Estada L (2001) *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. Grupo Editorial Planeta de México.

Winnicott, D.W. (1971-1975). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedissa.