



Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid

Número 36
Año 2019

ÍNDICE

<u>Editorial número 36</u>	3
<u>La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica</u>	4
<i>Emilija Georgievska-Nanevska</i>	
<u>Revisando la envidia</u>	12
<i>Ángel Sánchez Bahillo</i>	
<u>La intimidad compartida y la identidad excluyente</u>	14
<i>Pablo Juan Maestre</i>	
<u>Creación, identidad y bisexualidad</u>	19
<i>Lola López Mondéjar</i>	
<u>Un recorrido por las psicosis en Freud</u>	30
<i>Francisco Rosagro Escámez</i>	
<u>Apuntes psicoanalíticos sobre las psicosis: una mirada desde Piera Aulagnier</u>	44
<i>Francisco Rosagro Escámez</i>	
<hr/>	
<u>CONGRESO XX IFPS FORUM- FLORENCIA</u>	65
<u>Fijación, fantasía y significado en la clínica de la repetición</u>	67
<i>Rómulo Aguilauume Torres</i>	
<u>El desarrollo de la relación terapéutica</u>	70
<i>Esteban Ferrández Miralles</i>	
<u>Sobre el enigma de las identificaciones</u>	74
<i>Reyes García Miura</i>	
<u>Distancia afectiva médico-paciente y evolución del trasplante de médula ósea</u>	78
<i>Elena Catalá Ortuño, Juan Rodado Martínez y Carlota Ibáñez Guardiola</i>	
<u>El miedo, la otra cara del deporte de élite</u>	88
<i>María Fernández Ostolaza</i>	
<hr/>	
<u>CONGRESO XX IFPS FORUM- FLORENCIA (Versión en inglés)</u>	93

EDITORIAL

36

NÚMERO

De Florencia a Sevilla

Este número veraniego de la revista del CPM acoge las ponencias presentadas por los miembros del centro en el Congreso Internacional de la International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS), que tuvo lugar en Florencia, el mes de octubre pasado. Dado que la presentación tuvo lugar en inglés, hemos decidido respetar la idea original en la que es pensado el texto, y ofrecemos ambas versiones, la original en inglés y la traducción al español.

A este evento corresponden los textos de Rómulo Aguilante -*Fixation, fantasy and meaning in the clinic of repetition*-, de Elena Catalá con Juan Rodado y Carlota Ibañez -*Affective distance in the Doctor-patient relationship. Importance in the evolution of the disease*-, de María Fernández Ostolaza -*Fear, the other face of elite sport*-, de Esteban Ferrández -*The development of a therapeutic relationship*-, y finalmente de Reyes García Miura -*On the enigma of identifications*-.

Con muy poca distancia cronológica tuvo lugar el Simposio de la Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), esta vez en Sevilla. El simposio contó con la participación destacada de nuestros compañeros Pablo Juan Maestre, cuya ponencia *“La intimidad compartida y la identidad excluyente”* ofrecemos, y especialmente de Lola López Mondéjar, que presentó la conferencia de clausura: *“Creación, identidad y bisexualidad”*, con una extraordinaria acogida por parte de los asistentes.

Contamos también en este número con la participación de nuestra colega Emilija Georgievska-Nanevska que aborda con valentía un controvertido asunto: *La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica*. Igualmente Angel Sanchez Bahillo, activo colaborador nos ofrece una reflexión muy original sobre el tema de la envidia *“Revisando la envidia”*.

Finalmente hemos decidido incorporar a los contenidos de la revista textos realizados por miembros en formación del CPM, que por su rigurosidad y actualidad pensamos pueden resultar de utilidad el medio profesional psicoterapéutico. Los textos de Fran Rosagro son *“Un recorrido por las psicosis en Freud”* y *“Apuntes psicoanalíticos sobre las psicosis: Una mirada desde Piera Alulagnier”*.

Una revista con contenidos dispares, referencias múltiples y abordajes diferentes que responde a la orientación múltiple y poliédrica del Centro Psicoanalítico de Madrid, donde todos los puntos de vista elaborados con rigurosidad son bienvenidos.

No desperdiciamos la oportunidad para recordar que el próximo 25 y 26 de octubre tendrá lugar el XXIII Congreso del Centro Psicoanalítico de Madrid en Salamanca, con dos mesas marco sobre Arte Creación e Identidad, la primera, y Rebeldía, Sometimiento y Alienación la segunda.

Esteban Ferrández



La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica.

Emilija Georgievska-Nanevska

“En efecto, el psicoanálisis y la literatura tienen mucho que ver con la natación, un arte de mantener a flote en el mar del lenguaje a gente que está siempre tratando de hundirse. Y un artista es aquel que nunca sabe si va a poder nadar: ha podido nadar antes, pero no sabe si va a poder nadar la próxima vez que entre en el mar.”

Ricardo Piglia



LA MOTIVACIÓN QUE HAY DETRÁS

Hoy en día, el campo de lo cognitivo-conductual tiene sus manuales, sus técnicas, y una fuerte creencia detrás de ser el único tratamiento basado en la ciencia. Mientras, en muchos círculos terapéuticos, el psicoanálisis se considera un trabajo no-científico, más cerca de las artes y los trabajos de curanderos que de algo fundamentado, por lo que parece algo casi mágico, y por esto, no válido, falta de legitimidad. ¿De dónde viene esta percepción?

Para tener una idea más clara del origen de las creencias y prejuicios del estado científico de la corriente psicodinámica, nos ayudaría contextualizar la pregunta en la historia de la psicología como ciencia. Si retrocedemos unos 100 años o más, vamos a ver que en el principio, la psicología como ciencia natural nace en un contexto ambiguo y bifurcado. Wilhelm Wundt, quien se considera el padre de la psicología como una ciencia empírica e independiente de las otras ciencias, estableció, por un lado, el primer laboratorio psicológico en 1879 en Leipzig, y por otro, reconoció dos psicologías diferentes: la primera, la psicología como una ciencia experimental dentro de la cual se estudiaban los procesos mentales inferiores y simples (las experiencias sensoriales, por ejemplo, táctiles), y la segunda, la psicología como ciencia cultural (o social o humana) que estudiaba de forma indirecta los productos simbólicos de la mente en lugar de la mente misma (Hiles, 1996). Actualmente, solo recordamos a Wundt en su laboratorio.

Wundt reconoció los límites del método experimental. Según él, los procesos mentales superiores no se pueden estudiar directamente por el método experimental, pero se pueden estudiar indirectamente mediante la investigación de sus productos. Entre los productos culturales a estudiar, están: lenguaje, narrativas personales y sociales, fantasías, sueños, arte, costumbres, creencias, tradiciones, instituciones sociales, etc. En definitiva, la totalidad de la cultura humana.

Wundt no era el único que opinaba así. *Wilhelm Dilthey* (Aguillaume, 2001), el filósofo y psicólogo alemán, contemporáneo de Wundt, argumentó que el desarrollo de la psicología como una ciencia empírica natural era bastante inadecuado para estudiar los elementos de la conciencia. Sintió que solo una psicología, concebida como ciencia cultural, podría tratar adecuadamente la mente como un todo. A pesar de estas primeras posiciones, la psicología como ciencia cultural se convirtió en una psicología académica dominada por el enfoque positivista y empírico del conductismo.

Así, el proyecto cognitivo-conductual tiene que ver con una visión de la psicología de sí misma como disciplina natural (remedando disciplinas como la química o la física). En el mundo de las ciencias en la primera parte del siglo XX, donde reinaba el positivismo, este fue el único camino de legitimación de una disciplina nueva.

Avanzamos rápido en la línea temporal y hoy encontramos una abundante cantidad de sesgos y suposiciones negativos sobre la legitimidad y el estatuto científico del trabajo analítico y psicodinámico. Por supuesto, no ayuda que dentro del mismo campo analítico haya una división significativa sobre estos asuntos. El psicoanálisis continúa ubicándose dentro de dos grandes modelos epistemológicos: el estricto modelo de las ciencias naturales gobernado por la idea de la causalidad y el modelo hermenéutico donde es central el problema de significación (Aguillaume, 2001). Muchos analistas ocupan y defienden con mucho fervor una de estas dos posiciones epistemológicas, que crean un intenso debate sobre el estado científico del psicoanálisis. Como ejemplo, es recomendable leer el ardiente debate entre *André Green* y *Daniel Stern* (Sandler & Sandler, 2000) sobre la investigación empírica en el campo de psicoanálisis infantil. Green, el reconocido analista francés, ocupa la posición epistemológica hermenéutica y reclama que ni siquiera tenemos que pensar en hacer investigación en el modo positivista y experimental. Para él, el psicoanálisis no es una ciencia natural, sino una "actitud epistemológica que da un lugar central a la interpretación". A continuación, Green considera que la investigación empírica no solo es irrelevante para el psicoanálisis, sino también una amenaza subversiva para su espíritu. Él cree que los métodos de investigación empírica no pueden ofrecer nada relevante, ya que son inadecuados para el estudio de la vida mental inconsciente. Los esfuerzos empíricos para estudiar conceptos psicoanalíticos solo pueden conducir a su trivialización y a un reduccionismo que viola el espíritu del psicoanálisis.

Por otro lado, Daniel Stern, el prominente psiquiatra, investigador y teórico en el campo del psicoanálisis infantil, dedica su trabajo a una perspectiva más integradora y unificadora de las dos posiciones epistemológicas. Él defiende la investigación empírica en el campo psicoanalítico y, además, lo hace con mucho éxito (uno puede ver, por ejemplo, su famoso libro *The Interpersonal World of the Infant*, 1985, y muchas de sus obras más recientes). Stern aboga por la observación empírica de bebés en un contexto de laboratorio, como un abordaje relevante e imprescindible para el enriquecimiento del conocimiento psicoanalítico. Su enfoque no es tanto la observación de un bebé aislado como la observación del vínculo entre el infante y su madre y del mundo interpersonal que crea el bebé, encontrando patrones. La pregunta es: si existen estos tipos de visiones opuestas y bien luchadas sobre el estatuto científico de psicoanálisis dentro del campo psicoanalítico, ¿qué podemos esperar de los profesionales que se encuentran fuera?

Teniendo todo esto en cuenta, quiero afirmar que yo creo profundamente en la psicoterapia de corriente analítica y psicodinámica como una forma de arte que va más allá de las técnicas y del cientificismo inherente al pensamiento cognitivo-conductual. El terapeuta-analista ejerce su trabajo no tanto como un conjunto de técnicas predeterminadas y prudentes, sino como un proceso

casi artístico –impredecible y arriesgado– de encuentro, desencuentro, imaginación, construcción y deconstrucción, entre dos (o más) sujetos. Digo esto con plena conciencia de que un terapeuta de otro campo puede ver el concepto de “arte” entrelazado con el trabajo de la psicoterapia como una blasfemia. Además, mi impresión es que la terapia manualizada y empíricamente validada sí funciona, en la mayoría de los casos funciona con personas psicológicamente sanas, con buenas relaciones, más o menos buenos apegos, que están funcionando bien en otros dominios. Entonces podemos tratar un síntoma encapsulado de, digamos, ataques de pánico, con relativa rapidez. Pero esa no es la forma en que la mayoría de los pacientes vienen empaquetados a nosotros. Sabemos desde la clínica que la mayoría de los pacientes cumplen los criterios para diagnósticos múltiples, y sus síntomas se basan en su constitución psicológica o de personalidad. Los tratamientos breves y manualizados son efectivos para un pequeño subconjunto de pacientes de alto funcionamiento con, por ejemplo, trastorno de pánico sin complicaciones. Al mismo tiempo, la mayoría de los problemas que llevan a las personas a un tratamiento se entrelazan en el tejido de sus vidas. Como Jonathan Shedler (2010) apunta, es menos una cuestión de lo que “tiene” el paciente y más una cuestión de “quién es”, de su forma de ser y estar en el mundo.

Sabiendo esto desde el punto de vista clínico, veo un gran malentendido sobre lo que es el psicoanálisis y su eficacia y me motiva a unirme a la fuerza que crea puentes aún a riesgo de violar el espíritu del psicoanálisis puro. En este ensayo voy, primero, a describir los principios básicos del trabajo analítico y psicodinámico, y en segundo lugar, a hacer un resumen sobre las investigaciones más relevantes en cuanto a la eficacia y validación empírica de la terapia analítica y psicodinámica, porque sí existen.

LAS CARACTERÍSTICAS CLAVES DE LA TÉCNICA PSICODINÁMICA¹

En este trabajo uso indistintamente los términos psicoanálisis, terapia psicoanalítica y psicodinámica. Mientras existen diferencias entre la terapia analítica y un psicoanálisis, el denominador común de las todas formas es la técnica psicodinámica y el encuadre interno analítico. Uno puede practicar “análisis” en el contexto de la salud pública, en formato de sesión única, o mediante una psicoterapia breve, no en el sentido de encuadre externo y estricto, pero en el sentido del encuadre interno analítico, utilizando la técnica psicodinámica. La esencia de la terapia psicodinámica es explorar los aspectos de subjetividad del paciente que no son completamente conocidos, y especialmente explorar como se manifiestan y cómo influyen la relación terapéutica.

Entonces, ¿cuáles son las características clave de la técnica psicodinámica? A continuación presento mi versión, adaptada de Shedler (Shedler, 2010):

1. Orientada hacia el afecto y la expresión de la emoción. La terapia psicodinámica fomenta la exploración y discusión de la gama completa de las emociones de un paciente. El terapeuta ayuda al paciente a describir y poner palabras a los sentimientos, incluyendo sentimientos contradictorios, sentimientos que son inquietantes o amenazantes, y sentimientos que el paciente inicialmente no reconoce o no acepta (esto está en contraste con un enfoque cognitivo, donde el mayor del énfasis está en los pensamientos y las creencias; Blagys & Hilsenroth, 2002; Burum y Goldfried, 2007). También hay un reconocimiento de que “insight intelectual” no es lo mismo que un “insight emocional”. El insight emocional resuena a un nivel profundo y conduce al cambio (esta es una razón por la cual muchas personas inteligentes y psicológicamente sabias pueden explicar las razones de sus dificultades, y sin embargo, la comprensión cognitiva sola no les ayuda a superar sus dificultades).

2. Exploración de evitaciones de pensamientos y sentimientos angustiosos. La gente hace muchas cosas, sabiendo o sin saberlo, para evitar distintos aspectos de experiencias preocupantes. Esta evasión (en términos teóricos, la defensa y la resistencia) puede tomar formas llamativas como faltar a sesiones de terapia, llegar tarde o ser evasivo. También puede tomar formas sutiles que son difíciles de reconocer en el discurso ordinario, como cambiar de tema cuando surgen ciertas ideas, centrarse en aspectos de una experiencia que no son psicológicamente significativos, atender a hechos y eventos que excluyen el afecto, centrarse en las circunstancias externas en lugar del papel que se ha desempeñado en la configuración de los eventos, etc. Los terapeutas psicodinámicos reconocen, se enfocan activamente y exploran estas evitaciones.

3. Identificación de temas recurrentes y patrones. Los terapeutas de una corriente psicoanalítica trabajan para identificar y explorar temas recurrentes y patrones en los pensamientos, sentimientos, autoconcepto, relaciones y experiencias de vida de los pacientes. En algunos casos, un paciente puede ser muy consciente de patrones recurrentes que son dolorosos o autodestructivos, pero sentirse incapaz de escapar de ellos (por ejemplo, un hombre que encuentra repetidamente el mismo atraído por parejas románticas que son emocionalmente inaccesibles; una mujer que regularmente se sabotea a sí misma cuando el éxito está cerca). En otros casos, el paciente puede desconocer los patrones hasta que el terapeuta le ayuda reconocerlos y entenderlos.

4. Discusión de experiencias pasadas prestando atención al desarrollo infantil. Algo relacionado con

1. Tenemos que tener en cuenta que las características enumeradas a continuación se refieren al proceso y técnica solamente, no a los principios subyacentes que informan estas técnicas. Para una discusión de conceptos y principios psicoanalíticos hay una literatura amplia.

la identificación de temas y patrones recurrentes es el reconocimiento de que las experiencias pasadas, especialmente las experiencias tempranas con las figuras de apego, afectan a nuestra experiencia en el presente. Los terapeutas psicodinámicos exploran las experiencias tempranas, la relación entre el pasado y el presente, y las formas en que el pasado tiende a “vivir” en el presente. No se trata de centrarse en el pasado, sino más bien de entender cómo el pasado arroja luz sobre las dificultades psicológicas actuales. El objetivo es ayudar a los pacientes a liberarse de los lazos con las experiencias pasadas para vivir más plenamente en el presente.

5. Enfocada a las relaciones interpersonales. La terapia analítica pone gran énfasis en las relaciones y experiencias interpersonales (en términos teóricos, relaciones de objeto y el apego). La asunción es que los aspectos adaptativos y no adaptativos de la personalidad y del autoconcepto son formados en el contexto de las relaciones de apego; por ejemplo, algunas personas no expresan sus necesidades emocionales por temor al rechazo y, en consecuencia, no pueden cumplirlas, lo que aumenta la vulnerabilidad a la depresión.

6. Un enfoque en la relación terapéutica. La relación entre el terapeuta y el/la paciente es, en sí misma, una importante relación interpersonal que puede convertirse en algo profundamente significativo y emocionalmente cargado. Normalmente, en la vida del paciente hay temas relacionales repetitivos y estos mismos temas tienden a surgir de alguna forma en la relación de terapia. Por ejemplo, una persona propensa a la desconfianza puede acercarse al terapeuta con suspicacia; una persona que teme la desaprobación, el rechazo o el abandono puede temer el rechazo por parte del terapeuta, sabiéndolo o sin saberlo, y puede esforzarse por ser un paciente especialmente “bueno”. (Estos son ejemplos relativamente concretos/explicitos; la repetición de temas interpersonales en la relación de terapia a menudo es algo más complejo y sutil.) La recurrencia de los temas interpersonales en la relación de terapia (en términos teóricos – la transferencia y la contratransferencia) brinda una oportunidad única para explorar y trabajarlos en vivo, en el aquí y el ahora. El objetivo es alcanzar mayor flexibilidad en las relaciones interpersonales y una mejor capacidad para satisfacer las necesidades (inter)personales.

7. Exploración de la vida de fantasía. En contraste con otras terapias en las que el terapeuta puede estructurar las sesiones o seguir una agenda predeterminada, la terapia psicoanalítica alienta a los pacientes a hablar libremente sobre cualquier cosa que venga de su mente. Cuando los pacientes hacen esto (y, de verdad, la mayoría de los pacientes requiere una ayuda considerable del analista antes de que puedan hablar libremente), sus pensamientos se extienden por muchas áreas de la vida mental, incluso deseos, miedos, fantasías, sueños nocturnos y diurnos (contenidos que muchas veces el paciente nunca ha intentado poner en palabras). El con-

junto de este material es una rica fuente de información sobre cómo el/la paciente se ve a sí mismo/a y a otros, de cómo da sentido a su experiencia, de cómo evita aspectos de la experiencia, etc.

8. El último punto es un objetivo más amplio, implícito en todos los demás: **los objetivos de la terapia psicodinámica incluyen y se extienden más allá de la remisión de los síntomas.** El objetivo del tratamiento no es solo detectar y extirpar los síntomas sino también fomentar las capacidades y recursos psicológicos de la persona. Dependiendo de la persona y las circunstancias, éstos pueden incluir la capacidad de tener relaciones más satisfactorias, hacer uso más efectivo de los talentos y habilidades, mantener un sentido de autoestima realista, tolerar un mayor rango de afectos, tener experiencias sexuales más satisfactorias, comprenderse a sí mismo y a los demás de forma más matizada y sofisticada, y enfrentar los desafíos de la vida con mayor libertad y flexibilidad internas. Tales fines se persiguen a través de un proceso de autorreflexión, autoexploración y autodescubrimiento que se lleva a cabo en el contexto de un lugar seguro y dentro una relación auténtica entre el terapeuta y el paciente.

¿POR QUÉ PENSAMOS QUE EL PSICOANÁLISIS NO ES EFICAZ O NO TIENE EVIDENCIA EMPÍRICA?

Por lo menos, existen tres razones clave y las dos primeras vienen del campo psicoanalítico. La primera razón tiene que ver con un exilio autoimpuesto del contexto académico. En los años 50´s y 60´s, en los países anglosajones, muchos institutos psicoanalíticos abandonaron los entornos universitarios, aislándose del trabajo intelectual más amplio, y comenzaron a incluir únicamente a psiquiatras en su formación. Este aislamiento ha provocado un proceso de malentendido, subestimación y caricaturización de lo que psicoanálisis es en otros campos de la psicoterapia y en el imaginario popular (por ejemplo, uno puede leer más sobre esta caricaturización que se transmite en los libros universitarios de introducción de psicología en el texto de Jonathan Shedler, “That was then, this is now: Psychoanalytic Psychotherapy for the rest of us”, 2006).

En segundo lugar, los psicoanalistas no atendieron adecuadamente a la necesidad de diseminar la investigación sobre la eficacia del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica fuera de sus propios círculos. Mientras pasaba esto, nació un nuevo enfoque, la terapia cognitivo-conductual. Uno de los aspectos del tratamiento cognitivo-conductual es que los terapeutas que pertenecen a esta corriente cada vez mostraron resultados prometedores de manera más visible. Esta rapidez en la producción de resultados tiene que ver parcialmente con el hecho que la terapia cognitivo-conductual se enfoca en las síntomas particulares y observables (fácilmente medibles como variables), en lugar de abrazar la comple-

alidad emocional de las vidas mentales de las personas incluyendo la vida interna, simbólica y/o inconsciente, fenómenos que en su naturaleza son más complicados de apresar en la metodología cuantitativa.

Y en tercer lugar, es típico que en el campo cognitivo-conductual no se reconozca que hay factores terapéuticos conocidos como “factores comunes” que contribuyen a la eficacia terapéutica de cualquier orientación, ya sea psicodinámica, cognitivo-conductual o humanista. Lo más curioso es que estos factores generales tienen su origen en el psicoanálisis —son factores psicodinámicos (Horvat & Luborsky, 1993). Entre otros, tales factores comunes son la alianza terapéutica y la mejora de la capacidad de mentalización en el paciente. Por ejemplo, en varios estudios de 1996 en la Universidad de Pensilvania, el psicólogo Louis Castonguay y sus colaboradores encontraron que los pacientes deprimidos tratados por terapeutas cognitivo-conductuales o psicoanalíticos mejoraron más cuando la alianza terapéutica era fuerte y cuando la terapia puso a los pacientes en una trayectoria de reflexión y autoexamen profundo que condujo a la conciencia los previamente inconscientes (o desconocidos o implícitos) sentimientos y significados. Algo interesante que sean precisamente los dos principios fundamentales de la terapia psicodinámica.

Por el contrario, estos estudios han mostrado que intentar cambiar los pensamientos negativos, una característica fundamental de la terapia cognitivo-conductual, predijo peores resultados (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996). En esta línea hay otros estudios con resultados similares. Entre ellos me parece interesante describir la siguiente investigación llevada a cabo en la década de 1990 por el psicólogo Enrico Jones de la Universidad de California, Berkeley (Jones & Pulos, 1993). Su equipo analizó grabaciones de 500-600 sesiones de terapia, tanto psicodinámicas como cognitivo-conductuales. Con una metodología de calificación ciega, sin saber a que tipo de terapia provenía la sesión analizada, descubrieron que cuanto más recurrían los terapeutas a los principios psicodinámicos clave, como atender a las evitaciones o defensas de los pacientes, explorar las emociones y fantasías, identificar los patrones y temas recurrentes, y discutir la relación de terapia, mejor estaban los pacientes, tanto en la terapia psicoanalítica como en la cognitivo-conductual. Por el contrario, el uso de métodos cognitivo-conductuales como enseñar y entrenar habilidades, usar métodos didácticos o asignación de tareas para casa, no mostraron beneficios. En otras palabras, cuando la terapia cognitivo-conductual fue exitosa, fue en gran parte porque los terapeutas se apartaron de sus manuales e hicieron las “cosas psicodinámicas” que los terapeutas del mundo real típicamente hacen, independiente de sus orientaciones teóricas.

¿CÓMO DE EFICAZ ES LA TERAPIA PSICOANALÍTICA/PSICODINÁMICA?

Por las razones mencionadas antes y aunque la investigación tradicional en psicoanálisis ha sido cualitativa (más para investigar hipótesis que para confirmarlas), somos poco conscientes de lo fuerte que es la evidencia empírica hallada a favor de la terapia psicoanalítica. Quiero mencionar aquí a *Peter Fonagy* (1996, 2002) y *Daniel Stern* (1985, 1998, 2001) como pioneros en la investigación cuantitativa en el campo psicoanalítico, pues ambos se embarcaron en la difícil tarea de la confirmar la hipótesis de la validez de los conceptos psicoanalíticos.

Sin embargo, no presento aquí la investigación psicoanalítica cuantitativa de tipo confirmación de una hipótesis (este no es el enfoque de este artículo), sino una selección de los estudios más relevantes que muestran la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos.

- El tamaño del efecto (size effect) en terapia psicoanalítica

Uno de los estudios más rigurosos fue dirigido por el psicólogo *Allan Abbass* de la Universidad Dalhousie en Nueva Escocia y se publicó en 2006 en la prestigiosa Biblioteca Cochrane (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006). Abbass examinó la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos/psicodinámicos que duraron menos de 40 sesiones (hablamos de terapias analíticas breves). Su equipo compiló los resultados de 23 ensayos controlados aleatorizados —estudios cuidadosamente orquestados y rigurosos que son los que se utilizan para probar nuevos medicamentos. Estos ensayos involucraron a 1.431 pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, varios síntomas psicósomáticos, dolores relacionados con el estrés, y otros problemas psicológicos. Este tipo de investigación se llama metaanálisis porque compila los hallazgos de numerosos estudios distintos. El metaanálisis de Abbass encontró un tamaño del efecto de 0,97 para la mejoría psiquiátrica/clínica general.

¿Qué significa eso? El efecto del tamaño mide la cantidad de beneficio del tratamiento. En este tipo de estudio, un tamaño del efecto de 0,2 se considera pequeño, 0,5 moderado y 0,8 grande, por lo que el beneficio que Abbass encontró es enorme. Para poderlo comparar con algo, un reciente metaanálisis de 33 estudios rigurosamente realizados de terapia cognitivo-conductual para la depresión y la ansiedad encontró un tamaño del efecto de 0,68; Haby *et al.*, 2006.)

Otros siete metaanálisis, que incluyen un total de 160 estudios y una amplia gama de condiciones de salud mental, también mostraron beneficios sustanciales para la terapia psicodinámica (Leichensring *et al.*, 2004; Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Estos estudios incluyeron tanto ensayos controlados aleatorizados —es decir, gru-

pos de pacientes que reciben tratamiento se comparan con grupos que no reciben tratamiento— como estudios que evaluaron a los mismos pacientes antes y después del tratamiento.

- Beneficios crecientes con el tiempo

Lo que resulta aún más intrigante es que el metaanálisis de Abbas también prestó atención a las evaluaciones de los pacientes nueve meses o más después de la terminación de la terapia y encontró que un año después del tratamiento, el efecto del tamaño creció desde 0,97 a 1,51 (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006). Esto es un hallazgo sorprendente, o no tan sorprendente para los psicoanalistas. De hecho, seis rigurosos metaanálisis ofrecen datos de las evaluaciones de seguimiento y todos mostraron beneficios que siguieron creciendo después de la finalización del tratamiento (Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Este tipo de crecimiento de los beneficios de la terapia es aún mayor en la *terapia psicoanalítica larga*, que dura más de un año, o más de 50 sesiones. Estos resultados se ven bien en el metaanálisis llevada a cabo de Leichensring & Rabung, publicado en el *Journal of the American Medical Association* (2008). Otro ejemplo viene del metaanálisis publicada en la *Harvard Review of Psychiatry* (de Maat, de Jonghe, Schoevers, y Dekker, 2009). Esta investigación examinó la efectividad del tratamiento psicodinámico largo (más de 150 sesiones) en pacientes adultos con una variedad de diagnósticos. Para pacientes con patología mixta/moderada, el efecto del pretratamiento al postratamiento fue 0,78; la mejoría general de los síntomas aumentó a 0,94 en el seguimiento a largo plazo, 3,2 años después del tratamiento. Para pacientes con patología de personalidad, el efecto del pretratamiento al postratamiento fue de 0,94 y aumentó a 1,02 en el seguimiento 5,2 años después del tratamiento.

Lo interesante es que este tipo de crecimiento en la mejoría del beneficio del tratamiento no se ve tanto en la terapia cognitiva-conductual como por ejemplo se demuestra en el metaanálisis que incluye y compara tratamientos de trastornos de personalidad psicodinámicos (14 estudios) con tratamientos cognitivo-conductuales (11 estudios) (Leichsenring & Leibing, 2003). Además, los beneficios de otros tratamientos empíricamente validados no psicodinámicos para los trastornos más comunes (por ejemplo, depresión y ansiedad generalizada) tienden a disminuir con tiempo (de Maat, Dekker, Schoevers, y de Jonghe, 2006; Gloaguen, Cottraux, Cucharet, y Blackburn, 1998; Hollon y otros, 2005; Westen, Novotny, y Thompson-Brenner, 2004).

¿Cómo podemos explicar estos beneficios perdurables y crecientes con el tiempo? La continua mejoría en las terapias psicoanalíticas sugiere que en estos tratamientos se inician procesos psicológicos que conducen a un cambio continuo. Los hallazgos en relación con los trastornos de la personalidad son particularmente intri-

gantes. Por ejemplo, un estudio de pacientes con trastorno límite de personalidad (Clarkin, Levy, Lenzenweger, y Kernberg, 2007) no solo demostró que los beneficios del tratamiento psicoanalítico eran iguales o superiores a los de otros tratamientos de trastornos de personalidad basados en la evidencia empírica, como por ejemplo la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993), sino que han demostrado cambios en los mecanismos psicológicos subyacentes (procesos intrapsíquicos) que se cree que median el cambio en los síntomas en los pacientes límites, específicamente, los cambios en función reflexiva, en mentalización y en organización de apego (Levy y otros, 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger, y Kernberg, 2007).

Dichos cambios intrapsíquicos pueden explicar los significativos beneficios del tratamiento a largo plazo. Un estudio recientemente publicado mostró beneficios duraderos del tratamiento psicoanalítico cinco años después de la finalización del tratamiento (y ocho años después del inicio del tratamiento). A los cinco años de seguimiento, el 87% de los pacientes que recibieron el “tratamiento habitual”, siguió cumpliendo los criterios para el trastorno límite de la personalidad en comparación con el 13% de los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica (Bateman y Fonagy, 2008). Ningún otro tratamiento para trastornos de personalidad ha demostrado beneficios tan duraderos.

Hoy en día, hay una gran cantidad de estudios (mucho más de los aquí mencionados) que demuestran la eficacia igual y a menudo superior del tratamiento psicoanalítico. Por ejemplo, podemos acudir a la página web del “Psychotherapy Action Network”, y debajo de las frases “bias in evidence-based research” o “effectiveness of psychodynamic treatment” encontrar una cantidad de aquellos estudios. Yo solo voy a mencionar dos estudios más, dirigidos por el antes mencionado psicoanalista y psicólogo clínico del University College London, Peter Fonagy, uno de los líderes de la investigación empírica en el campo psicoanalítico.

En 2015, Fonagy llevó a cabo un estudio a través del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra que comparó 18 meses de terapia psicoanalítica una vez a la semana con “tratamiento habitual”, que incluía terapia cognitivo-conductual, en adultos con depresión crónica. Los investigadores encontraron que con 18 meses de psicoanálisis los pacientes obtuvieron beneficios equivalentes (basándose en observación y autorregistros) a los del tratamiento de control. Pero el equipo también descubrió que los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica experimentaron efectos mucho más prolongados: dos años después de finalización del tratamiento, el 44 por ciento de los pacientes que recibieron terapia psicoanalítica ya no cumplían los criterios de depresión mayor, en comparación con el 10 por ciento del grupo cognitivo-conductual (Fonagy, Rost, y Carlyle, 2015).

Un segundo estudio, dirigido también por Fonagy y pu-

blicado en 2016, analizó la psicoterapia psicoanalítica para padres e hijos, cuyo objetivo es mejorar la interacción entre ellos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente para recibir psicoterapia infantil o atención primaria de apoyo. Los padres que habían recibido psicoterapia psicoanalítica mostraron significativas mejorías (en comparación con el otro tipo de atención) en varias medidas de salud mental (por ejemplo, menos estrés parental) y una perspectiva más positiva de sí mismos como padres (Fonagy & Sled, 2016).

Aún existiendo toda esta evidencia, psicólogos y terapeutas de otros campos todavía reclaman con gran vehemencia que solo la terapia cognitivo-conductual y/o farmacológica/biológica está basada en la evidencia empírica. Además, se llega a escuchar en el ámbito universitario que el psicoanálisis es algo que hacen curanderos o gente con escasa formación en psicología. Esta afirmación está muy lejos de la verdad y es un mito que tenemos que erradicar, aunque muchos profesionales en el campo analítico tampoco conocen los resultados empíricos mencionados. Para mejorar el diálogo, disminuir el aislamiento disciplinar y poder argumentar, creo que tenemos que comprometernos a difundir continuamente los datos y resultados de las investigaciones hechos durante muchos años y la maravillosa experiencia de ser terapeutas de orientación psicoanalítica. ¡Y deberíamos ser ruidosos! ✨

BIBLIOGRAFÍA:

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274.
- Aguillaume, R. (2001). Epistemology and psychoanalysis: A fruitful relationship. *Int Forum Psychoanal*, 10, 97-101.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 407–413.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572.
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23.
- Fonagy, P., & Roth, A. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Guilford Press (Second Edition).
- Fonagy, P., Rost, F., & Carlyle, J. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14, 312-321.
- Fonagy, P., & Sled, M. (2016). Randomized controlled trial of parent–infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37,
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9–19.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623–627.
- Hiles, D. (1996). Cultural psychology and the centre-ground of psychology. Paper presented to *XXVI International Congress of Psychology*, Montreal, Canada, August 16 - 21.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, M. W., & Tuasn, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774–781.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the the-

rapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.

Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316.

Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Sandler J., & Sandler A. (Eds.). (2000). *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy - Andre Green & Daniel Stern*. Karnac Books.

Shedler, J. (2006). *That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us*. Retrieved from <http://psychsystems.net/shedler.html>

Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.

Stern D. (2001). Face-to-face play. In Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. & Jasnow, M.D. (Eds.), *Rhythms of dialogue in infancy: Coordinated timing in development. Monographs of the society for research in child development* (Vol. 66). Ann Arbor, MI: SRCD

Stern D. (1985; 1998). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development*. Basic Books, Inc.

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.

Revisando la envidia

Ángel Sánchez Bahillo

La visión del psicoanálisis sobre la envidia es manifiestamente negativa. En su seminal trabajo “Envidia y Gratitud”, Melanie Klein la vincula con el desarrollo del psiquismo y la sitúa como uno de los factores más poderosos para su socavamiento, consideración que sigue teniendo vigencia hasta nuestros días.

Klein considera que el núcleo originario a partir del cual se desarrolla el yo es “el objeto bueno primario, el pecho de la madre”, de modo que si el bebé introyecta este objeto con suficiente seguridad, le servirá como base para un desarrollo satisfactorio.

El niño tiene experiencias contradictorias de la madre que varían desde un supuesto bienestar prenatal a las angustias persecutorias desencadenadas por la experiencia del parto. Estas experiencias son procesadas por el psiquismo incipiente del bebé mediante el uso de unas estructuras a priori, las fantasías originarias, que parten de los instintos y les dan forma psíquica. Son el contenido primario de los procesos mentales inconscientes, que inicialmente tienen la forma de sensaciones corporales para luego ir tomando formas más elaboradas como imágenes y representaciones dramáticas. Una característica importante de las fantasías es su omnipotencia, que lleva a que una sensación de dolor en la relación con la madre, al desencadenar una fantasía hostil, lleve a vivencias de aniquilación tanto de la madre como del propio psiquismo.

Un mecanismo utilizado por el psiquismo incipiente para evitar esta aniquilación es la escisión. Al separar a la madre en una parte buena y otra mala, se puede preservar a la buena de las fantasías destructivas que se concentran en la mala y establecer una relación satisfactoria con la madre buena, o con una parte de ella, el pecho, que se puede introyectar y pasar a formar parte del sujeto, y a partir de ahí, poner en marcha el proceso de desarrollo basándose en una precaria situación de relación con un

objeto parcial desde un psiquismo escindido, dominado por las fantasías y con un contacto limitado con la realidad. Se sacrifica prácticamente todo para conseguir una piedra angular, un objeto bueno sobre el que construir.

En este psiquismo tan primario, la envidia “contribuye a las dificultades del bebé en la estructuración de un objeto bueno, porque él siente que la gratificación de la que fue privado ha quedado retenida en el pecho que lo frustró”. Así, la envidia se dirige contra el pecho bueno a introyectar, contra el bastión inicial del psiquismo, en lo que se puede comparar a un torpedo bajo la línea de flotación.

Klein considera que la envidia es constitucional. Llegados a este punto nos podemos plantear, ¿qué sentido tiene, desde un punto de vista evolutivo, la selección de un elemento constitucional dirigido a torpedear el psiquismo? No estamos hablando de la agresividad dirigida contra el objeto malo o utilizable como mecanismo competitivo sino de algo orientado a destruir cuanto de bueno hay en el sujeto o su entorno.

El psicoanálisis comenzó estudiando mecanismos intrapsíquicos para abrirse posteriormente a un entorno bipersonal e incluso grupal. El cambio de entorno nos permite ver distintos mecanismos psíquicos o distintos aspectos del mismo mecanismo. Para justificar el sentido de la envidia, quisiera recurrir a un enfoque antropológico, a situaciones sociales complejas en las que se pueden apreciar aportaciones útiles de la envidia que tal vez compensen su destructividad en el origen del psiquismo.

Service propone una jerarquía evolutiva de las estructuras sociales, partiendo de las más simples e igualitarias (bandas) y aumentando en tamaño poblacional, complejidad y desigualdad con las tribus, jefaturas y finalmente, los estados. Desde un punto de vista competitivo, el aumento de tamaño y la jerarquización resultan claramente beneficiosos, de modo que en el siglo XXI, los estados han arrinconado y prácticamente



exterminado las formas más “primitivas” de organización. Sin embargo, resultan muy llamativos los mecanismos de las sociedades igualitarias para evitar la concentración de “valía” en algunos de sus miembros, en un proceso que entiendo derivado de la envidia.

Aunque los ejemplos de la defensa de la sociedad igualitaria son innumerables, quisiera limitarme a citar a Samuel advirtiendo al pueblo de Israel contra la emergencia de una corona, a pesar de la necesidad percibida por el pueblo de tener un rey que les dirigiese en la guerra contra los pueblos vecinos, así como a otros dos ejemplos procedentes del mundo clásico (Atenas) y del registro etnográfico (los !Kung San).

En el estudio de la Atenas clásica, tanto Heródoto en su Historia, como Plutarco, en sus vidas de Temístocles y Alcibíades nos muestran un funcionamiento relativamente igualitario (dentro de la clase de los hombres libres, no de la sociedad en su conjunto) donde predomina un ambiente de envidia y abundan los mecanismos dirigidos a evitar la emergencia de un líder, aún a costa de desaprovechar las cualidades de individuos excepcionales en momentos de crisis. Así, cuando Atenas tiene que enfrentarse al poderoso ejército persa en la batalla de Maratón no se encomienda al único de sus generales que conocía el modo de lucha de los persas (Miltiades) sino que utiliza un mando rotatorio diario entre diez generales. Cuando Miltiades, en el día que le toca el mando, vence a los persas no recibe agradecimientos y el desarrollo de una carrera política exitosa, sino que se ve relegado a la oscuridad.

Sí nos habla Plutarco de la envidia de Temístocles por el éxito de Miltiades y de las intrigas de tanto Temístocles como Alcibíades para liderar a su pueblo frente a la oposición que se les levanta con cada éxito. Un mecanismo paradigmático de la resistencia a la emergencia del ciudadano valioso es el mecanismo del ostracismo, o destierro durante 10 años, que Atenas utilizó escasamente pero fundamentalmente centrado en sus ciudadanos más valiosos que podrían acumular poder político, no contra elementos antisociales.

En contraste con la sociedad ateniense, vemos un clima diferente en la Roma del siglo I A.C. que nos describe Plutarco en Julio César, donde en una sociedad que se ha jerarquizado, ya no se aprecian tanto las envidias, sino el miedo al poderoso.

Entre los !Kung San, pueblo africano de cazadores-recolectores ampliamente estudiado por la Antropología, encontramos una estructura de bandas formadas cada una por unos 35 individuos como máximo y múltiples mecanismos para defender la estructura igualitaria. Podemos apreciar múltiples redes de intercambio y reciprocidad entre bandas, como el “hxaro”, que lleva a que tras intercambiar unas flechas, el mérito de la caza ha de ser compartido entre el cazador y el que le dio la flecha. También resulta llamativo el escarnio al que se somete al buen cazador o a aquel que hace algo valioso. En palabras de uno de los !Kung San: “Sí, cuando un hombre joven

mata mucha carne, llega a pensar en sí mismo como un jefe u hombre grande y en el resto de nosotros como sus sirvientes o inferiores. No podemos aceptar esto, rechazamos al que presume, porque un día su orgullo le hará matar a alguien. Por eso siempre hablamos de su carne como despreciable. Así enfriamos su corazón y le hacemos amable.” (Traducido del inglés por A.S.B)

Las palabras del !Kung San recuerdan al cambio anteriormente referido en el mundo clásico y a los peligros sociales en tiempos de Julio César.

En definitiva, pagamos un precio muy alto por la envidia, tanto en el desarrollo del psiquismo como en el desarrollo social y el aprovechamiento de las capacidades de los individuos más talentosos. Sin embargo, viendo cómo la historia humana está llena de opresión y apreciando el rol que la envidia desempeña en prevenir esta opresión, tal vez debamos apreciar una contribución positiva de tan denostado fenómeno.

REFERENCIAS

- Anónimo. (2017) I Samuel en : La Biblia. Madrid: Conferencia Episcopal Española.
- Foulkes, S. H. (1990). The Group as a Whole. En: Brown, D. y Zinkin, L. (Eds). Psyche and Social World. Londres: Routledge.
- Harris, M. (1989) Our Kind. NY: Harper & Row.
- Heródoto. (2004). Historia. Madrid: Cátedra
- Isaacs, S. (1970). Naturaleza y Función de la Fantasía. En: Desarrollos en Psicoanálisis. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Jay Gould, S. (2002). The Structure of Evolutionary Theory. Cambridge, Ma: Belknap.
- Klein, M. (1988). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En: Obras Completas, vol. III. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1989). El desarrollo temprano de la conciencia en el niño. En: Obras Completas, vol. I. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1994). Sobre el desarrollo del funcionamiento mental. En: Obras Completas, vol. III. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1994). Envidia y Gratitud. En: Obras Completas, vol. III. Barcelona: Paidós.
- Moreno Feliú, P. (2014). De lo lejano a lo próximo. Un viaje por la Antropología y sus encrucijadas. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.
- Plutarco. (2005). Vidas Paralelas. Alejandro-César, Pericles-Fabio Máximo, Alcibíades-Coriolano. Madrid: Cátedra.
- Plutarco. (1996). Vidas Paralelas vol II. Solón, Publícola, Temístocles, Pericles, Fabio Máximo. Madrid: Gredos. 🌱

La intimidad compartida y la identidad excluyente

Pablo Juan Maestre

ENTRE EL DESAMPARO Y LA ILUSIÓN.¹

La identidad no es un concepto freudiano, y la intimidad no aparece en el vocabulario de Freud.

Pero uno y otro, identidad e intimidad, han venido a formar parte del acervo de los conceptos que usamos para pensar nuestra realidad y nuestra clínica.

Es por ello que pensar su articulación en la actualidad, en esta actualidad que nos ha tocado vivir, forma parte del trabajo que nos debemos tomar para vivir en nuestro tiempo ocupándolo como nos corresponde.

Es por ello, también, por lo que, cuando se me propuso participar en este simposio, pensé como podía articular los conceptos propuestos y presenté un abstract con 150 palabras en el que proponía una idea que ahora intentaré compartir con vosotros.

Podríamos decir que nuestra identidad es el fruto de nuestra intimidades compartidas. Somos el precipitado de las identificaciones con aquellos que nos amaron y con aquellos que amamos y perdimos, somos el fruto de aquello que nos gustó e incorporamos, si pudimos, a nuestro yo.

Pero la posibilidad de no poder crear con ilusión una identidad fundada en el amor de otros y a otros, por el desamparo u otras razones, genera otro tipo de lugares en hueco, en vacío, en sombra que, paradójicamente, hacen también a nuestra identidad, esa es la tesis que sostendré aquí.

Dando un paso más allá en este sentido, si la identidad es una configuración evolutiva, que se construye a lo largo del tiempo, podríamos poner en un primer término las identificaciones con el agresor, aquellas identificaciones para subsistir ante el ataque exterior, como las primeras que devienen no del amor al otro sino de la imposibilidad de escapar a su influencia; en este sentido las mismas configuran aquella parte de la identidad que llamamos carácter, lo más difícil de modificar después, aquello que se enquistaba en nosotros creando un núcleo externo sobre el que nos construimos, paradójicamente, internamente. El "yo soy así" como un no poder ser de otra forma.

Pero si, por contra en el sentido positivo, el punto de partida de nuestra identidad es, al decir de Jean-Francois Rabain, la misteriosa alquimia de la sonrisa materna, la identidad hace a dos fuentes, la identificación primera al padre, a la cultura, que se hace a través de la madre y la identificaciones que constituyen el yo y se gestan a lo largo el tiempo de la triangulación edípica y más.

Pero a donde quiero apuntar aquí, como les he dicho, es a que hay otra fuente de identidad, esta es a través de aquellas identificaciones que no han podido hacerse por la causa que fuere, por rechazo, desprecio, despecho, ausencia, etc.

Ya no solo como identificación con el agresor, que sería el otro modo negativo de plantearlas, sino como una imposibilidad de identificarse quedando entonces en hueco esa posible identificación creadora de componentes identitarios.

Y les propongo que a esas formas de la identidad, podemos llamarles identidad en vacío o en hueco, y que ellas conforman, tanto o más profundamente aún, la identidad del individuo.

Pensemos en un caso posible, aquella adolescente que reconoce en ella rasgos no de su madre sino de la amante secreta de su padre, de las que no era consciente durante mucho tiempo dado el secreto en que se veía esta relación envuelta. Identificada en vacío a través posiblemente de la mirada del padre, la paciente se descubre con una parte de ella extraña pero que la conforma, parte de su identidad entonces.

Tomaré aquí, ahora, el caso de Winnicott para pensar esto más despacio.

Winnicott, al que se le echa en cara no haberse ocupado de la figura del padre en sus teorizaciones. Y que siendo esto cierto no lo es en su última etapa de sus trabajos, aunque sí en sus primeros y siguientes escritos durante los primeros 20 años de su producción.

La pregunta que me guía es esta: ¿qué pudo llevar a Winnicott a este olvido de la figura del padre en sus 20 primeros años de producción?

1. Trabajo presentado en el marco del VIII Simposio de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de FAEP desarrollado en Sevilla, en el mes de Octubre de 2018.

Lo que propongo es que frente a un padre que remite a la biblia, como hizo el padre de Winnicott, cuando se le pregunta directamente sobre algo, o que envía a un inter-nado, cuando uno dice un taco, también ese fue el caso de Winnicott, y que deja de acompañar, de permitir una intimidad compartida que propicie identificaciones que permitan una identidad lograda, cabe una posible identidad en hueco, en vacío, en negativo que diría Green.

En lugar de darle su respuesta o su compañía en intimidad compartida, frente a un padre así, quizás solo valga como respuesta unirse a sus iguales y transitar con ellos en aras de una fraternidad que le protegiera del desvalimiento de semejante trato paterno, con un pensamiento propio, pero ello no sin un coste.

Winnicott siempre se consideró un privilegiado al no haber fallecido en la guerra como tantos de sus compañeros de edad y siempre se consideró en deuda con ellos. Su pensamiento no está entonces en deuda con el padre sino con aquellos que dieron su vida en lugar de él.

Pues bien, frente a ese padre que lo remite a la biblia para que responda a sus preguntas, Winnicott reconocerá no poder leer a otros que tengan autoridad, dado que cuando lo hace enseguida le sobreviene la idea de decir él lo que piensa sobre lo que el que escribe dice.

Otra muestra de esta dificultad de lectura, y de reconocimiento de un otro con saber, la tenemos en la anécdota, contada por el mismo Winnicott, en el modo en que se enfadó con su analista, James Strachey (a la sazón traductor al inglés de las obras de Freud, la "biblia" psicoanalítica) cuando este le animó a leer al maestro Freud diciéndole que no era tan complicado.

Es, en este momento, cuando Winnicott reclama una interpretación que, reconoce en su carta, no llegó.

Lo que aquí nos interesa señalar es ese síntoma que Winnicott desarrolló de no poder leer ni siquiera al mismo Freud, está en serie entonces con aquella biblia a la que el padre remite a Winnicott en su infancia cuando este le pide compartir preguntas y dudas.

Remitido al libro de los libros desarrolló una identidad en hueco con un síntoma claro, no poder leer a otros con autoridad, y, como él mismo nos dejó dicho, cuando lo hacía se dispersaba al poco en sus propias ideas, como rebeldía ante esa tener que seguir los pasos de otro en resonancia con la relación con su padre.

Si no me acompañas en el camino no me des sesudos libros de viaje a los que seguir, ya me ocuparé yo de pensar y recorrer el camino sin tu ayuda y sin la de todos aquellos que, como tú, pongan biblias a mi paso.

Liberado por síntoma de esa obligación se dedica a pensar por sí mismo y construir una teoría que redonda aspectos dejados de lado hasta ese momento y que deja

fuera durante 20 años... al padre.

¿Enviado al limbo de los libros de otros durante todo ese tiempo, podríamos decir que Winnicott es ahora el que, identificado con su agresor, su propio padre, envía a este a los libros de autoridad de otros que no leerá?

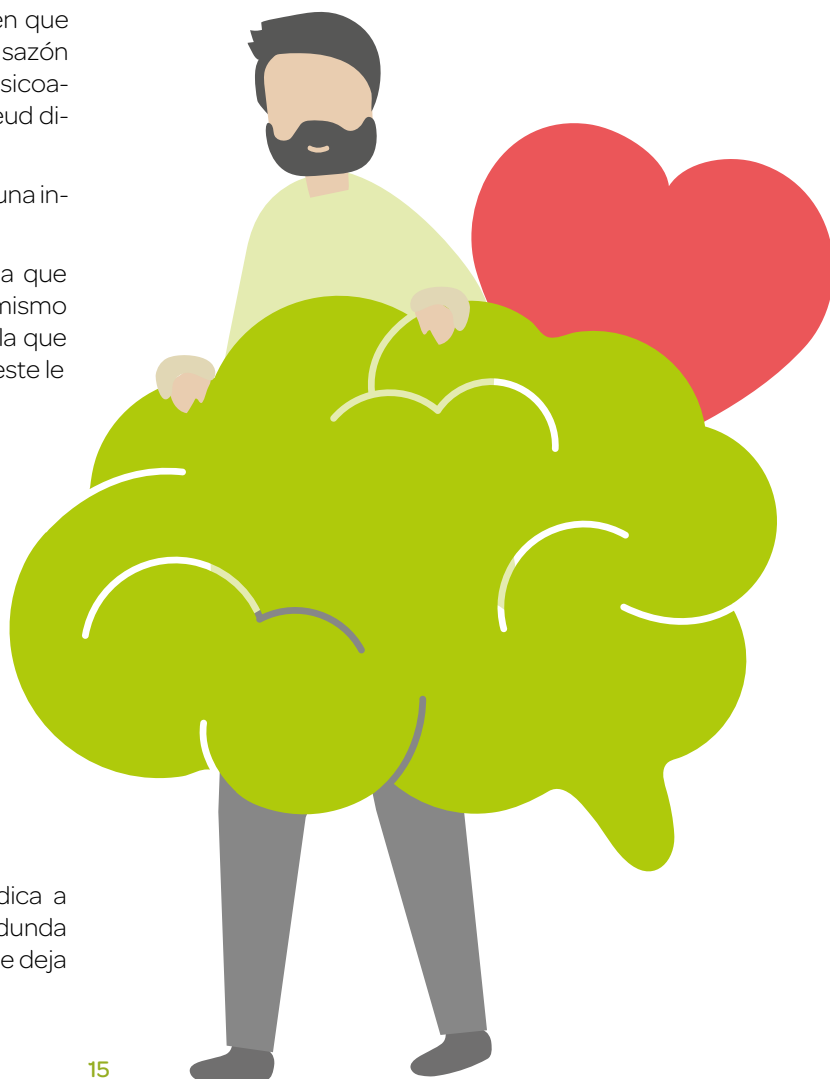
Tenemos entonces razones para creer que la identidad psicoanalítica de Winnicott, durante al menos los primeros 20 años de su producción, se vio constituida tanto por las identificaciones al uso, pero también, y esto es lo que quiero proponer y resaltar, de una identificación no posible, en vacío, en negro, en hueco, con una figura paterna que no le supo reconocer ni dar la posibilidad de tener una intimidad compartida.

En este mismo sentido cabe también recordar que Winnicott acudió a Ernest Jones (a la sazón en aquel momento "padre" del análisis en Inglaterra) para analizarse con él y este lo derivó a James Strachy. Otro que no le permite esa intimidad buscada para una deseada identificación.

De nuevo, podríamos decir, un padre que no lo atiende, Jones, y que como el otro, Strachy después, cuando le habla de su dificultad le remite a otro lugar.

Podríamos decir que Winnicott tuvo poca suerte con los padres que se fue encontrando en el camino.

Y por si esto fuera poco cabe recordar como, en otro



momento, animado por su analista de nuevo, en lugar de ser interpretado, y no siendo acompañado a pensar en su interés por el análisis de niños, es enviado a Melanie Klein, mujer ella pero el otro "padre" del psicoanálisis del momento en Inglaterra, cuando él quería dedicarse a niños fundamentalmente. Llegado allí, al cabo de un tiempo, le pide análisis a Klein y esta, de nuevo!, lo deriva a una de sus alumnas. De la que Winnicott dice que le seguía analizando incluso cuando ya no concurría a verla.

Otra vez se repite la misma historia, él pide y el padre en lugar de acompañarle y permitirle una intimidad compartida lo manda a otro lugar, a los libros, a otro analista, a otro analista que le guíe con los niños y, por último, a una discípula suya.

Winnicott nunca fue atendido, ni reconocido como le hubiera gustado o necesitado, por los padres a los que acudió.

Es más, Klein le pide, cuando lo estaba supervisando que vea a uno de sus hijos, reconocimiento al fin debió pensar Donald Winnicott, y Winnicott accede, pero luego Klein termina por pedirle que supervise el caso con ella.

Y es aquí donde Winnicott, se planta, no retrocede y ocupa la posición que debe negándose al pedido de esa madre.

Él no remitirá a su paciente al libro de nadie y ocupará la posición de analista (¿padre?) que le corresponde, qui-

zás como le hubiera gustado que alguien hiciera con él, en lugar de derivarlo siempre a otro libro o lugar.

Como ven Winnicott tuvo sus trasiegos con las figuras paternas y con el saber establecido, llámese este religioso, freudiano o kleiniano y busco su modo particular de hacer las cosas sin apartarse ni remitirse a otros.

Ya en 1919 cuando había empezado a leer a Pfister y a Freud le dice a su hermana que es su deseo transmitir el psicoanálisis a los ingleses en el lenguaje más simple posible, extremadamente simple le dice.

Ahora bien, ¿es esto una dificultad?

¿Los problemas con el padre lo son siempre?

Pues depende.

En algunos casos creará zonas abocadas a dar como consecuencia síntomas y trastornos que apunten a "hablar" de aquello no constituido, pero también en otros casos o en los mismos casos si el paciente, lease Winnicott, no cesa en su búsqueda, dará como resultado creaciones singulares (Horstein) que posibilitarán zonas de luz que, si bien no puedan alumbrar del todo el aspecto ensombrecido, sí iluminarán lo suficiente como para permitir un ensanchamiento en la identidad que le permita al sujeto ocupar un lugar entre sus iguales, sosteniéndose en un sí mismo que hizo verdadero self a costa de esa falsa/fallida identificación/identidad.

La propuesta de Winnicott que les propongo es sublime como ven, a mi entender.

Frente a la falta, hueco, vacío, negro, en su identidad, fruto de una fallida intimidad compartida, él nos propone justamente volver a crear ese espacio compartido y posibilitar, a través de una intimidad compartida renovada, la posibilidad del cierre de una herida en el núcleo de la íntima identidad mente cuerpo

Crean ustedes, nos dice, espacios de intimidad compartida, en los que sea posible desarrollar creaciones propias que permitan suturar la herida de la faltante identidad.

De esta manera creo y propongo descubrir el espacio transicional.



Si no es posible dar el salto de la madre al padre porque este no extiende sus brazos, permítanse conformar espacios de seguridad, con paracaídas, con pañito, osito, frazada en los que sin soltarse del todo sean ustedes capaces de conferir a su propia vida sentido y sensibilidad, frente al poco sentido dado y la poca sensibilidad tenida por un padre tal, procúrense espacios conjuntos de libertad en los que construir y construirse como iguales y diferentes otros. Qué sino es el espacio cultural heredero de ese espacio transicional que nos proponía Winnicott.

Un espacio en el que nutrirnos y compartir, en el que compartir y escuchar a otros iguales.

Pasa así la cultura a, en lugar de ser un lugar de malestar, un lugar de creación compartida, disfrute y hermandad.

Frente al malestar en la cultura de Freud, que les recuerdo que en realidad se escribía malestar en la civilización, pero bueno, del malestar de Freud se pasa al bienestar logrado en la cultura de Winnicott.

Y si se fijan, no se trata solo de bienestar, se trata de crear espacios de expresión en los que el sujeto, el individuo, el verdadero self diría Winnicott se pueda mostrar.

Bacon, el pintor, no es agradable de mirar y sin embargo es por todos reconocido como una parte de nosotros. Joyce nos lleva a lugares extraños y sin embargo nos reconocemos allí, Ionesco, Beckett, y tantos otros tienen cabida en el espacio de la cultura y ensanchan nuestros límites, no son padres, no toman de la mano, abren brecha y nos permiten acompañarlos, Winnicott también.

George Bernard Shaw es otro ejemplo de uno que toma lo negativo del padre y con ello construye mundo: yo trabajaba en la misma forma que mi padre bebía, dice. Y también: "si uno no puede librarse de la estructura familiar más vale reírse de ella, (...) haciendo bagatelas de las tragedias".

Winnicott abre la brecha y nos deja colarnos con él en un psicoanálisis más allá del establecido hasta ese momento, no se queda en lo interno, porque a veces lo interno no está del todo constituido sino por construir, y nos anima a construir, a crear, a inventar, a no dejarnos adocenar por las propuestas paternalistas.

Otro dato histórico nos puede traer luz sobre su posición y determinación.

Presionado a elegir entre la escuela inglesa capitaneada por Klein y los suyos y la escuela de psicología del yo apadrinada por Ana Freud él decide ... no seguir a ningún padre y seguir su propia senda.

Para ello propone abrir un grupo, el grupo intermedio que dé cobijo a todo aquel que quiera pensar por sí mismo sin el acatamiento de ninguna biblia ni corán.

Pero claro, me dirán ustedes, si es así como usted dice la obra de Winnicott es un síntoma y por tanto no merece nuestra lectura y se equivocan, no es lo mismo hacer síntoma que hacer una creación original, Winnicott pudo ha-

cer síntoma de ese agujero paterno pero no se quedó en él, trabajó para crear con ello algo distinto y nos permite a los demás seguirlo en esta labor que es la más analítica que existe: transformar síntomas anquilosantes en creaciones a compartir.

Creo sí, que hay una relación de exclusión entre identidad e intimidad, la identidad es como las anclas que nos ponemos para no dejarnos ir, la intimidad compartida, el espacio transicional permite un dejarse ir con otros. Permite estar solo en presencia de otros, desnudo sí, pero vivo y activo, resonando en la confianza que esos otros, nuestros iguales y compañeros en lo cultural nos permiten darnos.

¿Y la identidad psicoanalítica?

También ella se conforma sobre negros y blancos, sobre agujeros, ausencias y presencias? naturalmente.

Y del mismo modo que tener una fuerte identidad, impide a veces ser capaz de compartir.

Ya he hablado en otro lugar del deseo de Freud de ser como el Moisés de Miguel Ángel, capaz de contener su ira y no expulsar a los diferentes, a sus amigos que no le siguieron como a él le hubiera gustado.

Del mismo modo que el carácter es aquella parte de nosotros que adoptamos cuando necesitamos agarrarnos a rasgos que nos den seguridad, del mismo modo, una identidad psicoanalítica anclada en la paternidad de otros impedirá tanto el desarrollo personal como el compartir en común con los iguales de nuestra generación.

Ninguno de nosotros escapa de esas zonas oscuras que nos conforman, la cuestión está en no hacer de ella signos caracteriales, ni síntomas anquilosantes, sino continuar trabajando para crear espacios donde compartir y seguir creciendo juntos.

Y hasta de Descartes se sabe hizo su creación del pensamiento luego existo a raíz de un conflicto inconsciente como muestra Julio Moreno y otros.

Y es que la teoría surge del fondo de nuestros conflictos como decía Harry Guntrip, conflictos que portan nuestra fuerza y, o bien hacen síntoma, o hacen creación.

¿De qué depende?

Pues seguramente del "desarrollo de los acontecimientos" decía Freud, de que la balanza se incline a uno u otro lado y Eros tomé la delantera, pero Eros requiere de un empujón a veces y nosotros empujamos con él.

Doy un paso más allá.

La cuestión es ¿qué hacer con lo familiar?, con lo que nos conforma sí, pero también con aquello que nos ata, nos encadena, nos retiene.

¿O es que la cuestión es no salir de lo familiar?

Lo incestuoso resuena en más desde aquí, quedarse en la familia no es a veces lo mejor sino todo lo contrario, se

trata entonces de conformar una familia propia y compartir con otros de nuestra generación el tránsito realizado.

El incesto no es solo un camino de abajo arriba.

Edipo no es el único culpable, de arriba hacia abajo este también cursa; padres que no dejan escapar a sus hijos o que si se alejan los desheredan.

Padres así no conforman una línea en la cadena de las generaciones sino que producen rupturas incestuosas de la cadena que debería ser por el contrario liberadora del tiempo y la vida.

Lo familiar se puede trasladar a lo institucional y entonces tenemos el mismo problema: instituciones incestuosas que no dejan crecer a sus vástagos y los abandonan al libro de los libros o los mandan fuera cuando dicen palabrotas.

Instituciones que no sostienen el deseo de sus afiliados sino que lo enturbian y confunden, obligando entonces a un reagrupamiento generacional que les proteja de la violencia reinante.

¿Son éstos los tiempos modernos?

O estamos, como se dice ahora, más en la declinación de la figura paterna.

Pero saben, se declinan los verbos, los nombres no. Los nombres se transmiten, se donan, se heredan y si no es así se conquistan, se usurpan, se roban, concepto tan querido por Winnicott, se roban, como el fuego a los dioses.

¿Declinación o totemización?

El padre ha pasado a ser un tótem o mejor el tótem ha pasado a ser padre y este tiene un solo nombre, dinero, capitalismo salvaje si quieren o mejor éxito, éxito propio y que le den a los demás, colocado cada cual en su torre de cristal.

El hijo se propone entonces como el detentador del poder del padre, el único detentador. Con una fuerte identidad pretende dejarnos desnudos y desheredados a los demás.

O aparece, en una identificación totalizadora en identidad replicante, como lo que es, un padre autoritario que como Trump o Bolsonaro solo aceptan lo igual y preten-

den acabar con las diferencias.

Frente a ello solo cabe la creación de espacios de intimidad compartida, que permitan la construcción de un nosotros que finiquite con la aspiración de un YO único, hijo único entronizado, padre redivivo de la horda sectario, racista, homófono, machista y patriarcal.

Si lo fuimos, todo eso, y lo fuimos, trabajo nuestro es conseguir salir de esos síntomas y trastornos y convertirlos, con la intimidad compartida de nuestros divanes y colegas, en creaciones originales que nos sirvan para dar un paso más allá permitiendo a la vez que otros que vendrán continúen la senda abierta.

Winnicott pudo recuperar al padre en sus teorizaciones como bien lo muestra Duparc en su artículo del lugar del padre en la obra de Winnicott.

Le llevé 20 años salirse de aquella identidad de vacío, en hueco, pero no desperdicio esos años, gestó unas teorizaciones que vinieron a llenar el hueco tenido y dejado por otros.

La pregunta queda abierta para nosotros, ¿sabremos hacer creaciones originales o caeremos en síntomas anquilosantes, y al final, sabremos recuperar la figura del padre? ¿y de que modo?

Como en el juego de construcción y destrucción de torres, donde el placer aparece tanto en el logro de la una como en el sentimiento de dominio en la otra, la destrucción es paso necesario para la construcción y en ocasiones destruir escollos, como nos recuerda, Julio Moreno, es lo primero necesario para crear algo diferente.

En este sentido, creo que el concepto de espacio transicional y el del tercero moral de Jessica Benjamin apunta directamente, a esta recuperación por otros medios, y abre senda compartida para ello.

De Lacan tuve que desembarazarme como padre que pensaba por mí, pero le agradeceré por siempre haberme permitido ver a Freud como un compañero.

Pero de verdad a quien agradezco haberme ayudado a pensar por mí mismo es a Winnicott, contado con maestría no paternalista, en intimidad compartida, por Ricardo Rodolfo.

Muchas gracias. ✨

Creación, identidad y bisexualidad¹

Lola López Mondéjar



*¡Soy nadie! ¿Tú quién eres?
¿Eres -nadie- también?
¿Ya somos dos, entonces?
¡No lo digas! Podrían descubrirnos -ya sabes.*

*¡Qué fastidio -ser- alguien!
¡Qué impudicia -lo mismo que una rana-
Decir tu nombre - todo el santo junio-
A un pantano pasmado!*

*Emily Dickinson,
Yo no soy nadie, ¿quién eres tú?*

*¿Quién soy?
¿De dónde vengo?
Soy Antonin Artaud/ y si lo digo/ como sé decirlo/ inme-
diatamente/ veréis mi cuerpo actual/ saltar en peda-
zos/ y reunirse/ bajo mil aspectos notorios/ un cuerpo
nuevo/ con el que no podréis/ olvidarme/ nunca jamás.*

Antonin Artaud.

BISEXUALIDAD

Nos situamos en este trabajo en una perspectiva constructivista, por lo tanto no esencialista, de la sexualidad y de la identidad, entendidas ambas como fruto del interjuego entre fuerzas sociales, prescripciones y prohibiciones, discursos médicos, religiosos y jurídicos que, filtrados por el inconsciente de los progenitores, llegan al niño y a la niña, y a partir de los cuales se construirá una representación de sí mismo en relación con los otros. El cuerpo del psicoanálisis es una construcción imaginaria y simbólica.

La sexualidad humana no puede entenderse en términos puramente biológicos, si bien cuerpo, cerebro, genitales y lenguaje son necesarios para la experiencia sexual, ninguno determina sus contenidos ni sus formas². Incluso el sexo anatómico, en su cruda realidad, de ahí que sigamos a Laqueur, es producto de un discurso. Opinión que se encuentra en el eje de las teorías queer que se han ocupado de la relación entre identidad y sexualidad. Dice Javier Sáez³:

...el análisis queer va a cuestionar la aparente naturalidad del sexo y, lo que es más importante, va a señalar que el propio sexo es un producto del dispositivo discursivo del género (pag.130).

En el proceso de construcción del Cuerpo, Thomas Laqueur⁴ identifica dos modelos conceptualizantes del mismo: el modelo unisexo, vigente desde la Antigüedad, según el cual las mujeres, en esencia, son hombres, diferenciadas de ellos por la cantidad de calor vital que poseen sus cuerpos; y el modelo de los dos sexos que en gran medida determina la diferencia sexual y la concepción de sexo opuesto dominante en la actualidad. El interés de los hombres por conservar la concepción del sexo único radicaba en que éste mostraba lo que era ya evidente en la cultura: que el hombre era la medida de todas las cosas y la mujer no existía sino para compararse con él. Por eso –asevera Laqueur–, las representaciones simbólicas de la anatomía del cuerpo humano, por lo menos hasta el siglo XVII, son masculinas. Esta concepción de un solo sexo fue sostenida a pesar de los descubrimientos científicos que demostraban la realidad de los dos sexos anatómicos.

En la ruptura del modelo de un sexo y el establecimiento de los dos sexos, Laqueur observa que hay dos formas de explicar el proceso mediante el cual los dos sexos modernos, tal como los imaginamos hoy, fueron inventados y continúan siéndolo: una es epistemológica y la otra de carácter político, ambas por supuesto, están estrechamen-

te relacionadas. Situándose en el contexto político de los últimos años del siglo XVIII y primeros del XIX, explora la epistemología científica del momento: fue el empirismo el que provocó –siempre en el marco de una cultura que responde a necesidades políticas de jerarquización– el nacimiento del modelo de los dos sexos.

El mismo Freud en sus Tres ensayos para una teoría sexual, concebía la sexualidad de la niña desde un modelo androcéntrico: la niña sufría de envidia de pene, porque carecía de ese órgano y no tenía conciencia del suyo propio.

Sin embargo, hoy sabemos que las niñas tienen plena conciencia de la vagina desde muy temprana edad, y experimentan excitaciones provenientes de ella, como demostró en su tesis Emilce Dio Bleichmar⁵.

En la misma estela de Laqueur, esto es, la determinación que la cultura ejerce sobre lo biológico, la construcción llamada sexo estaría para Judith Butler tan culturalmente construida como el género; de hecho, tal vez siempre fue género, con la consecuencia de que la distinción entre sexo y género no existe como tal para la autora.

El cuerpo es la materia orgánica que nos constituye, pero en el ser humano es, sobre todo, su representación interna, la imagen inconsciente del cuerpo, sede del yo.

Para el psicoanálisis el cuerpo no es un dato dado, sino que se construye dinámicamente; y la construcción del cuerpo, a partir de una primera y fragmentaria representación, se realiza mediante la mirada del otro y la incorporación al lenguaje, que se encarna a su vez en ese mismo cuerpo.

La bisexualidad recorrió la obra freudiana desde Tres ensayos hasta Análisis terminable e interminable⁶, así como en Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad,

...una disposición bisexual originaria, que en el curso de la evolución se ha ido orientando hacia la monosexualidad, pero conservando algunos restos atrofados del sexo contrario (pag. 1176).

y ha sido retomada por numerosos psicoanalistas que insisten en la convivencia en cada sujeto humano de las identificaciones “masculinas” o “femeninas”, procedentes de ambos padres y de los otros significativos.

Freud considera la bisexualidad psíquica un postulado esencial: en todo ser humano habría constitucionalmente disposiciones sexuales a la vez masculinas y femeninas

1. Esta ponencia, en su exposición oral, fue la contribución de mi conferencia al Simposio de la sección de psicoanálisis de la FEAP, en Sevilla, los días 23 y 24 de noviembre de 2018. Encuentro que se desarrolló bajo el título: Intimidad en identidad en la cultura de la inmediatez.

<https://www.psicoterapiaspsicoanaliticasfeap.info/simposio8/>

2. Rubin, Gayle, Reflexiones sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad, en línea.

3. Sáez, Javier, Teoría queer y psicoanálisis, Editorial Síntesis, Madrid, 2008.

4. Laqueur, Thomas, La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud, Ediciones Cátedra, Madrid, 1994.

5. Dio Bleichmar, Emilce, La sexualidad femenina, de la niña a la mujer. Paidós Ibérica, Madrid, 1998.

6. Freud, Sigmund, Obras Completas, Tomo II, Biblioteca Nueva, tercera edición, Madrid, 1984.

(bisexualidad originaria) que se evidencian en los conflictos que el sujeto experimenta para asumir su identidad sexual, que finalmente se instala como predominio sobre esa predisposición bisexual de la adscripción a un género.

Por otro lado, distingue una **bisexualidad secundaria**, que tiene que ver con las vicisitudes del Edipo, con las posiciones masculinas y femeninas que lo caracterizan, la elaboración de la sexualidad de los padres y de sus educadores, así como de su propia bisexualidad original.

Kenberg comparte con Freud la existencia de una bisexualidad psicológica original: tendencias de identificaciones masculinas y femeninas, así como interés homo o hetero sexual.

En el caso Dora, Freud describe cómo el conflicto de Dora tiene que ver con sus deseos hacia el hombre y los orientados hacia la mujer, tanto como entre sus identificaciones masculinas hacia su padre y las femeninas de la señora K., amada por el padre.

La identidad sexual, la convicción de pertenecer a un género u otro, es un efecto de la represión de la dimensión culturalmente inaceptable para la identidad de género esperada por los padres, y normalmente se ajusta a la asignación de sexo de parte de estos y se corresponde casi siempre con el sexo anatómico.

Es interesante la observación que hace Maurice Harber⁷ cuando afirma que **a mayor certeza íntima de que la asignación de sexo está sólidamente fundada, más dispone el sujeto de libertad potencial en la expresión de sus cualidades masculinas y femeninas**. Lo que nos interesará a la hora de explorar la frecuencia de la bisexualidad entre las personalidades creativas. Como ejemplo, pensemos en Cheever, Lord Byron, Anais Nin, Virginia Woolf o Edith Warton, Carmen Laforet, todos ellos y todas ellas tuvieron experiencias bisexuales a lo largo de su vida.

Para Harber la masculinidad y la feminidad son creencias que proceden de las actitudes parentales que filtran las formas adoptadas por la sociedad sobre lo que ha de ser un hombre o una mujer. Y como productos sociales son susceptibles de modificarse con el tiempo.

El nudo de la identidad de género es la convicción de que la asignación de su sexo ha sido anatómica y psicológicamente correcta, lo que tiene que ver con el sexo asignado por los padres, particularmente de la madre, según

Harber. Una construcción subjetiva que tiene lugar entre los 18 y los 24 meses de edad, y que no tiene que ver en principio con la anatomía. Aún en los casos de niños intersexuales (que nacen con características sexuales biológicas – cromosómicas o anatómicas- de ambos sexos), se ha observado que el sujeto desarrolla igualmente una identidad sexuada, cree firmemente ser un niño o una niña, si así se lo hace ver su entorno; los órganos genitales externos solo tienen un rol de confirmación de esta convicción⁸.

A partir de ahí:

En d` autre termes, una identité sexuée claire, autorise, en principe, un déploiement ample de la bisexualité psychique. (p. 58).⁹

Para Silvia Bleichmar¹⁰, la identidad sexual es una defensa de la multiplicidad de identificaciones que nos habitan, somos un magma de identificaciones cruzadas en constante movimiento, como diría Jessica Benjamin:

Al recuperar las identificaciones bisexuales de la posición preedípica se contrarresta la exclusión mutua de la posición edípica, en la cual solo podemos ser como uno mismo o como el otro. Esta recuperación de la temprana bisexualidad en la complementariedad postedípica pone en entredicho la aparente inmutabilidad de la polaridad actividad- pasividad, masculinidad-feminidad¹¹ (pag.128).

Somos un mosaico de identificaciones, un complicado interjuego de fantasías, al que da unidad una específica identidad o rol sexual nunca del todo estabilizado. En todos nosotros habita el niño perverso polimorfo y bisexual de nuestra primera infancia.

Desde las neurociencias, Cordelia Fine¹², demuestra que las supuestas pruebas que sostienen las diferencias biológicas innatas entre hombres y mujeres no responden a los resultados de una investigación seria. Lo que la ciencia demuestra es que hombres y mujeres poseen en su cerebro un complejo mosaico de características masculinas y femeninas asociadas, que no es homogéneo, sino en cada rasgo puede predominar una característica predominante de un género y en otro el del género distinto. Por lo tanto, las diferencias sexuales no dan lugar a cerebros masculinos y femeninos sino más bien a mosaicos únicos de 'hombre' y 'mujer' que no son hijos¹³. A pesar del sesgo, que llama **neurosexismo, que insiste en es-**

7. Maurice Harber, Identité, bisexualité psychique et narcissisme, in Alain Fine et al., Bisexualité, Presses Universitaires de France, Monographies de psychanalyse, 1997, p. 49-68

8. VV.AA, Sexe, sexuel sexué: Journal de la psychanalyse de l'enfant. Bayard, Paris, 2003.

9. En otros términos, una identidad sexual clara, autoriza, en principio un despliegue amplio de la bisexualidad psíquica (traducción de la autora).

10. Bleichmar, Silvia, La identidad sexual: entre la sexualidad, el sexo y el género. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados, n° 25, 1999

11. Citado por López Mondéjar, Lola, Psicoanálisis y literatura. Si digo agua, ¿beberé? Grupo 5, Madrid, 2018.

12. Fine, Cordelia, Cuestión de sexos, Roca Editorial, 2011. <https://mujeresconciencia.com/2018/05/22/el-sexo-del-cerebro-parece-tener-escasa-relevancia-la-combativa-obra-de-cordelia-fine/>

13. Fine, Cordelia, Tiranosaurio Rex, Paidós, Barcelona, 2018.

tas diferencias innatas entre cerebros, sostiene que tanto estas como el comportamiento individual varían a través del tiempo y en función del lugar, grupo y contexto cultural, y que son producto de un proceso de desarrollo dinámico que interactúa con la experiencia.

Podríamos decir, sin que podamos entrar a demostrar esta afirmación que es una evidencia para muchas teóricas feministas (historiadoras, antropólogas) que el patriarcado es un sistema de dominación basado en subrayar y acentuar la diferencia de los sexos para convertir posteriormente la diferencia en desigualdad.

Como bien señala Juan Carlos Pérez Jiménez¹⁴, **la inscripción de un lado u otro de la sexuación de forma determinante, plena y definitiva les es ajena a muchos sujetos**. A la tozudez binaria, hombre/mujer, se opone cada vez más el consenso entre pensadores y especialistas en que existe un continuum entre masculinidad y feminidad, tanto como entre heterosexualidad y homosexualidad.

Llegados a este punto, hemos de distinguir entre identidad sexual, la convicción de pertenecer a un género u otro, o de transitar entre ambos géneros (el tercer sexo, como llamó en el XIX Karl Heinrich Ulrichs a lo que hoy serían los actuales transexuales o personas queer¹⁵), y la orientación sexual, o la elección de objeto sexual, que es independiente de la identidad sexual, y desde la cual se clasifica a los sujetos como hetero-homo, bisexuales o queer, etc.

Sin embargo, a nuestro entender, identidad sexual y orientación sexual se entrecruzan, pues la orientación sexual, experimentar deseo homo, hetero o bi, interroga la identidad, sobre todo en el caso de los hombres, cuya masculinidad hegemónica se construye negando lo femenino (“no tener nada de mujer”), por lo que la atracción hacia otro hombre interroga su identidad genérica. En este sentido, hace unos años trabajamos con un grupo de mujeres trans ecuatorianas entre las que pudimos observar cómo un precocísimo deseo homosexual, experimentado entre los tres y los cinco años, pudo estar en el origen de una “identidad femenina” que les llevó a la reasignación hormonal. Parecería que, en un país dominado por un binarismo de género muy rígido, era más asumible para el inmaduro yo infantil aceptar una “supuesta” identidad femenina que la homosexualidad: puesto que deseo a un hombre, soy una mujer. La aparición del deseo homosexual en una época sensible a la identidad sexual pudo modificar el sentimiento de ser hombres todavía no bien establecido, de modo que experimentarse como mujeres en cuerpos masculinos pudo ser mucho más

aceptable para el yo frágil infantil que hacerlo como hombres homosexuales, cuyo rechazo social es mucho más explícito. Durante mi trabajo con ellas, dedicadas todas a la prostitución, observé cómo el uso del pronombre personal él/ella, femenino o masculino, se alternaba sin ningún problema al nombrarse.

Creemos que hay que ser muy prudentes a la hora de asignar el sustantivo “transgénero”, con un profundo carácter performativo, a los niños que dudan sobre su identidad, y que la reasignación quirúrgica debería demorarse hasta los dieciséis o dieciocho años, tolerando la familia y el entorno la exploración libre de sus identificaciones durante un periodo de tiempo suficiente para que la asignación sea elaborada por el/la joven. En este sentido, existe una profunda idealización y mistificación de “lo femenino” o “lo masculino” que no se corresponde en modo alguno con la experiencia de pertenecer a un género, siempre híbrida, confusa, dinámica. Nancy Chodorow, afirmó que nadie tiene una única orientación sexual, y la constatación sociológica y clínica de que muchas personas transitan de una orientación hetero a homosexual en diferentes momentos de su vida, nos acerca a la idea de la bisexualidad como impulso nunca del todo resuelto. En el fondo de todos nosotros late el niño perverso polimorfo. En la actualidad, con la libertad sexual y la liberalización de las costumbres, aumenta el porcentaje de quienes tienen experiencias bisexuales¹⁶ y declaran públicamente tenerlas. Hoy cada vez son más las personas célebres que hablan abiertamente de sus experiencias bisexuales, como hizo recientemente Ada Colau¹⁷.

Deleuze y Guattari, en su *Anti-Edipo*¹⁸ (1972), ya advirtieron del reduccionismo del psicoanálisis a la hora de enfrentar las infinitas posibilidades de la libido, concebida como flujo constante y maleable, y cómo la normatividad heterosexual-homosexual –y trans, añadiríamos nosotros– es una forma de coartar la plasticidad y maleabilidad de la libido, el incontenible desplazamiento del deseo. Foucault, ya advirtió también cómo la sexualidad era un terreno privilegiado para la coacción del poder sobre los cuerpos y las vidas de los sujetos, lo que llamó biopoder.

Para abundar en la idea de esta energía que fluye, los autores incorporaron el concepto de cuerpo sin órganos, que toman de Antonin Artaud. La represión primaria u originaria sería para Deleuze y Guattari, la repulsión de las máquinas deseantes por el cuerpo sin órganos. El Edipo (esto es, la adscripción a uno u otro sexo y la exogamia) supondría una fantástica represión de las máquinas deseantes.

El CsO es una metáfora para hablar de los cuerpos fue-

14. Pérez Jiménez, Juan Carlos, *De lo trans. Identidades de género y psicoanálisis*, Grama ediciones, Buenos Aires, 2013.

15. Missé Miquel, *Transexualidades. Otras miradas posibles*, Egales editorial, Barcelona, 2ª edición, 2014. 16. https://www.playgroundmag.net/now/bisexualidad-comportamiento-sexo_22664619.html

17. <https://www.msn.com/es-es/noticias/espana/ada-colau-confiesa-su-bisexualidad-%E2%80%99Cmi-relaci%C3%B3n-con-mi-novia-me-marc%C3%B3-durante-mucho-tiempo%E2%80%99D/ar-BBGrqBm>

18. Deleuze, Gilles, Guattari, Félix, *El Anti-Edipo*. Capitalismo y esquizofrenia. Paidós, Barcelona, 1985.

ra de la norma, de un proceso de autodescubrimiento del sujeto para reconstruir su cuerpo a partir de la desidentificación del cuerpo normativo moldeado según los estándares culturales como una determinada identidad (por ejemplo, hombre/mujer). La construcción de un CsO nos proporcionaría un potencial de energía y afectividad alternativas, se trata de una posibilidad, una apertura hacia un proceso reversible que interroga y se deshace del cuerpo normativo reglado, vivido como una cárcel. Hoy, sin embargo, podríamos interrogar esta profecía idealizada sobre la ausencia de represión, pues observamos cómo en las sociedades laicas, la represión ha abandonado el terreno de lo sexual y se ejerce sobre lo afectivo, sin que esta "libertad" haya incrementado la energía y el deseo, sino todo lo contrario. A nuestro parecer, la ausencia de represión ha producido una caída del deseo sexual, separado de lo afectivo, y no un incremento del mismo, si bien es esta una afirmación requeriría de una investigación más amplia que la derivada de la experiencia clínica.

El cuerpo sin órganos es la materia en estado puro, una materia que puede adquirir todas las formas de la existencia, por medio de la diferencia cualitativa que imprime la intensidad, como dice Artaud: el cuerpo humano es una pila eléctrica en la que se han castrado y reprimido las descargas. Pero definamos ese CsO, según sus creadores:

¿Por qué esta cohorte de cuerpos cosidos, vidriosos, catatonizados, aspirados, cuando el CsO está lleno de alegría, de éxtasis, de danza?

...

Sustituid la anamnesis por el olvido, la interpretación por la experimentación. Encontrad vuestro cuerpo sin órganos, sed capaces de hacerlo, es una cuestión de vida o muerte, de juventud o de vejez, de tristeza o de alegría. Todo se juega a ese nivel.

...

El cuerpo sin órganos es lo que queda cuando se ha suprimido todo. Y lo que se suprime es precisamente el fantasma, el conjunto de significancias y subjetivaciones. El psicoanálisis hace justo lo contrario: lo traduce todo en fantasmas, lo convierte todo en fantasma, conserva el fantasma, y se caracteriza por fallar lo real, puesto que falla el CsO.

...

El CsO es el campo de inmanencia del deseo, el plan de consistencia propio del deseo (justo donde el deseo se define como proceso de producción, sin referencia a ninguna instancia externa, carencia que vendría a socavarlo, placer que vendría a colmarlo.¹⁹

El Cuerpo sin órganos es la materia en estado puro, el material de lo que todo está hecho, que puede adquirir por tanto todas las modalidades de la existencia. La materia intensa y no formada ni estratificada.

Es lo *neutro* que buscaba G.H. en la novela *La pasión* según G.H. de Clarice Lispector, ese lugar por fuera de la cultura en el que se anhela experimentar la existencia de otros seres, en G.H. una cucaracha, y abolir la especificidad de lo humano. Pero esta búsqueda de lo neutro es imposible pues el Cuerpo sin órganos, la materia originaria, sin represión primaria dirán Deleuze y Guattari, precisa de organización para existir en los entes concretos que somos, aunque la diferencia sea meramente cualitativa. La energía forma parte de un cuerpo sin órganos universal, la libido y sus flujos constantes. El CsO es lo real, lo que queda cuando se ha suprimido todo, lo que queda cuando se suprime el fantasma, dirán²⁰ los autores, el conjunto de significaciones y subjetivaciones. Insisto:

El psicoanálisis hace justo lo contrario: lo traduce todo en fantasmas, lo convierte todo en fantasmas, conserva el fantasma, y se caracteriza por fallar lo real, puesto que falla el CsO.

Sin embargo, hemos asistido con sorpresa a un proceso distinto al que idealizaban Deleuze y Guattari: nuestra sociedad ha dejado de reprimir el deseo sexual, para ejercer represión sobre el afecto. Y esta falta de represión no ha traído una vitalidad nueva y gozosa, sino el desvitalizamiento del deseo. Cabe entonces preguntarse: ¿a menos represión menos deseo?

Si bien esta sería otra historia que no podemos abordar aquí. Continuemos, pues.

QUEER

Creemos que esta búsqueda de un cuerpo por fuera de la represión es lo que late en las teorías *queer*.

El campo de la identidad sexual se complejiza con la aparición a finales de la década de los 80 de la teoría *queer*, que significa raro, torcido, que denuncia los efectos normativos de toda formación identitaria y se plantea que la distinción binaria entre lo masculino y femenino no está inscrita en la naturaleza sino que son el fruto de una construcción sociocultural, que aplica normas y repeticiones que operan performativamente sobre los cuerpos. La teoría *queer* no pretende construir una identidad sino denunciar los distintos niveles de exclusión que generan los procesos de construcción de identidades en cada contexto cultural. Es pues un movimiento postidentitario, que nos interesa para abordar la cuestión que nos ocupa.

19. Deleuze, Gilles, Guattari, Félix, ¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos? [En línea]. [Visitado el 20 septiembre 2018] http://reflexionesmarginales.com/3_0/wp-content/uploads/2013/01/Como-hacerse-un-cuerpo-sin-organos-Gilles-Deleuze-y-Felix-Guattari.pdf

20. Deleuze, Gilles, Guattari, Félix, ¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos?, en línea.

La teoría *queer*, desde Judith Butler a Beatriz – Paul Preciado, explora la frontera de la indiferenciación de género en el espacio de lo trans, dice Preciado²¹:

“La identidad y la orientación sexual son plásticas, ficciones históricamente construidas, el problema es que hay ficciones legitimadas socialmente y otras que carecen de reconocimiento político”.

La ficción hegemónica, legitimada socialmente en el patriarcado es el binarismo masculino- femenino.

Como señala Juan Antonio Suárez²², Judith Butler, Lee Edelman y Diana Fuss, entre otros, caracterizaron lo *queer* como:

*... una no-identidad, una subjetividad inestable y precaria ligada, precisamente a lo que hay de inaprensible e indefinible en la sexualidad. La (anti)-identidad *queer* fue esgrimida como un término antipanóptico que buscaba frustrar los intentos de definición y etiquetado, la alianza entre el saber y el poder (en este caso en el terreno de la sexualidad), que, como propuso Michel Foucault, constituye uno de los principales mecanismos de control de la modernidad. (pag. 117).*

La construcción social y cultural de los cuerpos y de los deseos es una teoría compartida por la mayoría de los pensadores de hoy, a partir de Foucault. Como ya dijimos, Laqueur estudió la historia del cuerpo y propuso que hasta lo biológico no es dato en sí mismo sino que viene interpretado por un imaginario cultural que lo nombra y le da estatuto de existente. En Occidente, por ejemplo, el clítoris, órgano conocido ya por Hipócrates, fue reconocido anatómicamente por el médico Mateo Colón a finales siglo XVI, y su placer considerado por Freud un placer “inmaduro”, reflejo de una sexualidad fálica que había que abandonar para desplazar el placer a lo genital (coital), en una característica reducción de la sexualidad femenina al modelo androcéntrico freudiano.

La identidad ha sido cuestionada desde la filosofía desde hace varios siglos y hoy es un lugar a deconstruir. Como dice Deleuze²³:

...no se habla en nombre propio cuando uno se considera como un yo, una persona o sujeto. Al contrario, un individuo adquiere un auténtico nombre propio al término del más grave proceso de despersonalización, cuando se abre a las multiplicidades que lo atraviesan enteramente, a las intensidades que le recorren. (pag. 15).

Francesco Remotti²⁴, llama a su libro *La obsesión*

identitaria, y desmonta toda idea de estabilidad e inatismo identitario, que la concibe como una ilusión de sustancia. Desde Hume hasta Hegel, la identidad no forma parte de la existencia de las cosas, por el contrario, la identidad pertenece al nivel de las representaciones sociales, en cuanto se trata de un formidable instrumento ideológico de estabilización. En lo personal y en lo colectivo.

Desde Blas Pascal, que denuncia la ilusión óptica de la sustancia “yo”, a John Locke, quien desmorona la idea de sustancia que se encuentra en la base de la idea de identidad. Pero si se me pidiese que eligiera un texto filosófico como lectura prácticamente obligada para jóvenes antropólogos que intentan formarse sobre el tema de la identidad, quien escribe no dudaría en proponer las páginas de Hume sobre la identidad personal, donde el filósofo escocés concibe la identidad explícitamente como una “ficción” producto no solo de la memoria, sino sobre todo de la imaginación (pag. 119).

Sin embargo, tendemos a buscarla como estabilización, y forma parte de la íntima necesidad de reconocimiento²⁵.

Parte sustantiva de esta identidad es la identidad sexual, que hoy también está en crisis, al menos en lo que se conoce como masculinidad y feminidad hegemónica.

Vamos a intentar poner a trabajar estos dos conceptos Identidad y bisexualidad con el proceso creativo y el psiquismo del creador.

CREACIÓN

Desde hace un par de décadas vengo desarrollando una teoría sobre los procesos creativos que articula el concepto de André Green sobre el Complejo de la madre muerta, con Ferenzci y la disociación producto de lo traumático, con el espacio transicional de Winnicott y la capacidad autoreparadora que Cyrulnick ha llamada resiliencia. En el origen de los procesos creativos establezco la necesidad de una fuerte investidura del creador que le dote de fuerza psíquica suficiente como para que cuando se produzca la herida, el trauma de una separación brusca de la figura de apego (Complejo de la Madre muerta) que estimo que sucede a continuación, y que deja al niño sumido en una pérdida de sentido y de objeto, pueda recurrir a la salida creativa y no al síntoma. Durante el proceso traumático se produce en el psiquismo de este niño una división entre dos selves: uno cuidador, identificado con el Yo omnipotente infantil y con la omnipotencia atribuida a la figura de cuidado, y otro desvalido, abandonado, dañado por la separación. El futuro creador

21. https://elpais.com/elpais/2016/01/27/eps/1453910313_124066.html

22 Vera Rojas, María Teresa (ed.), Nuevas subjetividades, sexualidades literarias, Egales editorial, Barcelona, 2012.

23 Deleuze, Gilles, Conversaciones, Pre-textos, 5ª edición, Valencia, 2014.

24 Remotti, Francesco, L`ossesion identitaria, Editori Laterza, Bari, 2017.

25. No podemos ampliar aquí las precisiones de Ricoeur, que abordamos en el capítulo sobre reconocimiento de mi libro *Una espina en la carne. Psicoanálisis y creatividad*.

incrementará ante esta brusca separación la inversión en sus propias producciones, fantasías, incrementando el espacio transicional y de juego, de manera que esta autoproductión le previene de futuras amenazas de abandono. En lugar de una futura depresión, destino al que según Green estaría abocado, esta podrá convivir y ser sorteada por la propia obra.

El efecto de este proceso será la persistencia de la disociación como mecanismo de defensa y de funcionamiento prioritario, la división en múltiples self que el creador no pretenderá integrar defensivamente en una identidad. Solo a partir de la obra accederá a ser “nombrado” como autor, proceso que he llamado Función Autor cuyo beneficio es estabilizador, sino que explorará repetidamente para producir sus diferentes ficciones. Así lo afirman Cannetti, Cixous, y la mayoría de los creadores en sus diarios y en sus declaraciones, tal y como he recogido más extensamente en mis ensayos sobre el tema²⁶.

Fruto de esta disociación funcional, no necesariamente patológica, resulta una particular relación con la bisexualidad, si no siempre actuada, sí como transición entre las identificaciones masculinas y femeninas que nos constituyen. La novela Orlando, de Virginia Woolf apunta en esta dirección, con un protagonista que transita entre un género y otro a lo largo de varios siglos, como también transita Tiresias en la mitología, que fue hombre y mujer, y conocía los secretos sexuales de uno y otro género.

La bisexualidad ha sido, no obstante, una constante entre las vanguardias artísticas cuando la represión todavía regulaba la economía sexual de los cuerpos. Ejemplos famosos los encontramos en Virginia Woolf, Simone de Beauvoir²⁷, Carmen Laforet, Elena Fortún, Lord Byron, Anaïs Nin, James Bowles, Allen Ginsberg²⁸, John Cheever²⁹, Vicente Aleixandre, Carson McCullers, Annemarie Schwarzenbach, Edith Warton, Roxana Gay, Jaime Bayly, Dora Carrington, Caravaggio, Lord Byron, Shakespeare, Frida Kahlo, Colette³⁰, quienes vivieron abierta o reprimidamente su bisexualidad³¹.

Joyce Mc Dougall, afirmaba que las actividades creativas y profesionales están impregnadas de fantasmas narcisistas y homosexuales, en la medida en que, en el proceso creativo, se es al mismo tiempo, hombre y mujer. Opinión que compartía Woolf, quien en su famoso ensa-

yo, Una habitación propia³², afirma:

Quizás una mente puramente masculina no pueda crear, pensé, ni tampoco una mente puramente femenina...

Desde luego, Coleridge no se refería, cuando dijo que las grandes mentes son andróginas... quiso decir quizá que la mente andrógina es sonora y porosa; que transmite la emoción sin obstáculos; que es creadora por naturaleza, incandescente e indivisa (pag. 162-163).

El placer que procuran las actividades artísticas y profesionales está impregnado de fantasías narcisistas y homosexuales, según Olga Montero³³.

Gauguin³⁴, durante su estancia en Tahití, conoce a un joven nativo y realiza una excursión con él al encuentro de un trozo de madera de palo de rosa para esculpir. Durante el trayecto observa la belleza andrógina del chico y describe sin pudor sus deseos hacia él y de experimentar cómo siente la “débil mujer”, frente a la fortaleza exigida siempre a los hombres.

De esa amistad que surge del simple al complejo surgía el amor en mí [...] Después del hastío del papel de macho que debe ser fuerte siempre, protector, una dura carga a soportar. Ser por unos momentos el débil que ama y obedece [...] Deseo de ser, por unos momentos, débil mujer.

Ser al mismo tiempo hombre y mujer durante el acto creativo, no implica siempre actuar la elección de objeto homo u heterosexual, o transitar entre una y otra, aunque sea una experiencia común a muchos artistas. Se trata de investir características atribuidas a lo femenino o a lo masculino que forman parte del mosaico identitario y que no han sido reprimidas, como en el común de los hombres y mujeres, sino disociadas para ser retomadas durante los procesos creativos y elaboradas en la obra, integrándolas.

Michel Foucault pretendía servirse de lo sexual para desestructurar y para eliminar, o por lo menos exceder las identidades y las subjetividades que, según él, siempre son invariablemente los submarinos de la normalización³⁵.

26. López Mondéjar, Lola, El Factor Munchausen, Psicoanálisis y creatividad, Cendeac, Murcia 2009; Una espina en la carne. Psicoanálisis y creatividad, Psimática, Madrid, 2016; Si digo agua, ¿beberé?, Grupo5 editorial, Madrid, 2018.

27. Simone de Beauvoir, cuando termina a los cincuenta años su relación con Claude Lanzman, de veinticuatro años, vivió una historia de amor con una joven estudiante.

28. Poeta norteamericano (1926-1997), tuvo relaciones hetero y homo, y tomó posición por la opción homo.

29. Atormentado por su homosexualidad, que vivió clandestinamente, Cheever estuvo casado y hasta el final de su vida mantuvo también relaciones heterosexuales. John Cheever, Diarios, Penguin Random House, España, 2018. 30 La reciente película sobre su vida, el biopic Colette, de Wash Westmoreland (2018), explora esta faceta de su vida.

31. https://es.wikipedia.org/wiki/Categoría:Ezzzscritores_bisexuales

32. Woolf, Virginia, Una habitación propia, Booket, España, 1997.

33. Olga Montero, Aproximaciones a la bisexualidad. Freud y los debates actuales. <http://fepal.org/images/2006otrogenero/montero.pdf>

34. Gauguin, Paul, Escritos de un salvaje, en Noa Noa, Editorial Debate, Madrid, 1989.

35 Citado por Christophe Dejours en Les sexes indifférents, Petite Bibliothèque de psychanalyse, Puf, París, 2005.

Les techniques modernes de pouvoir utilisent la sexualité afin de nous attacher à une identité personnelle définie en partie par l'identité sexuelle, et en nous attachant une telle identité, elle nous attache à elle (pag. 58).

(Las técnicas modernas de poder utilizan la sexualidad a fin de atarnos a una identidad personal definida en parte por la identidad sexual y atándonos a esa identidad, ella nos ata a nosotros).

La identidad sexual aparece aquí como un mecanismo de prohibición y de prescripción de la conducta y de los roles, como mecanismo de dominación.

Y de hecho, el binarismo masculino-femenino, la imposición de la heterosexualidad, se percibe hoy para las teorías de género, que tienen en Foucault su inspirador, como un corsé normalizador que elimina la pluralidad de lo que serían otras posibles conductas u orientaciones que son reprimidas al quedar por fuera de estas identidades binarias coercitivas.

A menudo, **el creador huye de esta adscripción tiránica a la norma** y explora distintas opciones del amplio abanico de la subjetividad. Podríamos decir que a menor asunción de este binarismo menos subjetividad, más adaptación a una identidad monolítica y menos creatividad.

Y es aquí donde el proceso creador se asemeja más al análisis como ideal de reconquista, de ruptura de la identidad defensiva hacia una subjetividad reflexiva y lúdica, que soporte mejor la angustia de cierta incertidumbre identitaria a favor de una mayor flexibilidad.

Para Foucault

Pour parvenir à l'indifférence des sexes, il faut, pour Foucault, chercher la abolition de l'identité et de la sexualité, d'une part, et pour cela en passer d'autre part par une politique du plaisir, qu'il s'agirait d'utiliser comme une machine de guerre contre le désir (pag. 59)³⁶.

(Para llegar a la indiferencia de los sexos, hace falta, para Foucault, buscar la abolición de la identidad y de la sexualidad, de una parte, y para esto, pasar, por otra parte, por una política del placer, que él trataría de utilizar como una máquina de guerra contra el deseo).

La oposición deseo/placer estaría en consonancia aquí con el cuerpo sin órganos y el cuerpo organizado por el fantasma, al que aludían Deleuze y Guattari.

En el origen, la sexualidad infantil es anterior a la conciencia de la diferencia anatómica de los sexos, por lo

tanto es estructuralmente andrógina y bisexual. Solo posteriormente, la identidad de género, ser hombre o mujer, suprimirá o reprimirá características del género opuesto.

¿Hay un goce omnipotente en la repulsa a cualquier identidad sexual?, podríamos preguntarnos. La respuesta del psicoanálisis más ortodoxo así lo afirmaría. Sin embargo, ¿no es extremadamente patriarcal el subrayado insistente del binarismo sexual?, ¿no podríamos acercarnos hacia una androginia flexible que transita entre identidades cruzadas como modelo de una humanidad futura, no-patriarcal?

La lógica binaria oposicional es la definición del sí-mismo en contraposición al otro, e identificarse contra otro, decía Nietzsche, es de seres débiles que reaccionan, no que crean. Si salimos de esa lógica binaria hacia una lógica arborescente, rizomática, un caosmos, un devenir siempre, sin jerarquías sino con relaciones que se crean en un movimiento vivo y en proceso, la diferencia sexual tal y como la conocemos no existiría.

Ahora bien, ¿hasta dónde podemos deconstruir la identidad sin enloquecer o enfermar? Como afirma Judith Butler respecto a lo trans:

Se puede dar una búsqueda de la identidad como un ejercicio de transformación, como un ejemplo del deseo como actividad transformadora. Aunque en todos estos casos se den deseos de una identidad estable, es crucial darse cuenta de que una vida habitable requiere varios grados de estabilidad (pag. 23)

El creador lo hace y comporta sus riesgos. Como también comporta riesgo de patología y estereotipa el recurso a una identidad cristalizada o normopática.

La teoría queer realiza una crítica radical de las identidades sexuales como inmutables o trascendentales, reivindicando las identidades y no la identidad. La identidad como apariencia de sustancia es una realidad construida performativamente. Dice Butler en *El género en disputa*.

...el efecto fantasmático de la identidad constante es una construcción políticamente endeble [...] El hecho de que la realidad de género se cree mediante actuaciones sociales continuas significa que los conceptos de un sexo esencial y una masculinidad o una femineidad verdadera o constante también se constituyen como parte de la estrategia que oculta el carácter performativo del género y las posibilidades preformativas de que proliferen las configuraciones de género fuera de los marcos restrictivos de dominación masculinista y la heterosexualidad obligatoria (pag. 172)

Sin embargo, el nomadismo queer se ve interrumpido por la asunción de los modos de conducta queer como

36. Idem 35.

identidad misma, en un nuevo efecto performativo del concepto y de la política reivindicativa del activismo queer que, paradójicamente, lejos de rechazar la identidad, crea una nueva.

TEORÍA QUEER, IDENTIDAD

Y mientras estas cosas por las tierras, según fatal ley, pasan, y seguros del dos veces nacido están los paños de cuña, de Baco, por azar que Júpiter, recuerdan, disipado él por el néctar, sus cuidados había apartado graves, y con la desocupada Juno agitaba

320. *remisos juegos, y: "Mayor el vuestro en efecto es, que el que toca a los varones", dijo, "el placer."*

Ella lo niega; les pareció bien cuál fuera la sentencia preguntar del docto Tiresias: Venus para él era, una y otra, conocida, pues de unas grandes serpientes, uniéndose en la verde

325. *espesura, sus dos cuerpos a golpe de su báculo había violentado, y, de varón, cosa admirable, hecho hembra, siete otoños pasó; al octavo de nuevo las mismas vio y: "Es si tanta la potencia de vuestra llaga", dijo, "que de su autor la suerte en lo contrario muda:*

330. *ahora también os heriré." Golpeadas las culebras mismas, su forma anterior regresa y nativa vuelve su imagen.*

El árbitro este, pues, tomado sobre la lid jocosa, las palabras de Júpiter afirma; más gravemente la Saturnia de lo justo, y no en razón de la materia, cuéntase que se dolió,

335. *y de su juez con una eterna noche dañó las luces.*

Mas el padre omnipotente -puesto que no es lícito vanos a ningún dios los hechos hacer de un dios-, por la luz arrebatada, saber el futuro le dio y un castigo alivió con un honor. Ovidio, Las metamorfosis.

Tiresias.

Ello funciona en todas partes, bien sin parar, bien discontinuo. Ello respira, ello se calienta, ello come. Ello caga, ello besa. Qué error haber dicho, el ello.

El Anti-Edipo, Deleuze y Guattari.

En mi artículo de 2003 Masculino, femenino, neutro³⁷, ya anticipé el giro que sobre la identidad sexual se estaba realizando hacia otros lugares que podrían servir de ejes identitarios nuevos. Lugares que hoy se han ido progresivamente perdiendo en la modernidad que Bauman califi-

có de líquida, esto es, en el capitalismo caníbal del neoliberalismo financiarizado.

Judith Butler³⁸, una de las principales teóricas queer, insiste como viene siendo habitual en la modernidad, en que no existe un sujeto unitario, sino múltiple.

El sujeto unitario es el que ya sabe quién es, el que entra en la conversación de la misma forma que sale de ella... no arriesga sus propias certezas epistemológicas; así pues se queda en su lugar, guarda su lugar y se convierte en un emblema de la propiedad y del territorio e, irónicamente, rehúsa la autotransformación en nombre del sujeto (pag.322)

Por su parte, Spivak adopta una posición similar, pero su noción es el de sujeto fracturado.

Las principales teóricas del feminismo, Mónica Witig, Adrienne Rich y Gayle Rubin, así como de la teoría Judith Butler, Teresa de Lauretis, tanto como ya lo hiciera Foucault, cuestionan el dispositivo de poder que consigue definir el "ser" de una persona a partir de una categoría parcial, "el sexo". Como afirma Javier Sáez³⁹:

Mientras que los estudios gays y lesbianos de los años setenta y ochenta habían asumido estos conceptos (se defendían los derechos de los "hombres" y de las "mujeres" homosexuales), las nuevas corrientes queer desconfían incluso de estas categorías de sexo (pag. 105)

Los activistas queer insisten en el carácter performativo de la identidad de género. Los actos performativos son actos de lenguaje que producen los acontecimientos a los que se refieren, como la adscripción a un género u otro. John L. Austin los definió como actos del habla que producen efectos sobre el oyente. El enunciado performativo es el que no se limita a describir un hecho sino que por el mismo hecho de ser expresado realiza el hecho, transformando a la persona a quien se dirige. Un ejemplo claro es el enunciado: Es una niña; o Hagan fuego.

Jacques Derrida, cuyo concepto (Derrida duda en llamarlo teoría) de deconstrucción está en la base de las propuestas de la *queer theory*, concibe también la diferencia sexual como una interpretación que nos llega desde el otro, en un acto performativo, no habría marca sexual originaria, no hay una esencia masculina ni femenina, como se esforzaron en demostrar las teorías post-estructuralistas de los ochenta al cuestionar la identidad personal, el sí mismo, y pensar el sujeto como una ficción, una narración ficticia que crea la realidad que reivindica para sí. La persona queer no se identifica a sí misma como hombre ni como mujer, sino más bien como en una cons-

37. López Mondéjar, Lola, Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en la adolescencia. [En línea] <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000268&a=Masculinofemeninoneutro-Vicisitudes-ed-la-identidad-sexual-y-de-genero-en-la-adolescencia>

38. Butler, Judith, *Deshacer el género*, Paidós Studio, 2006, Barcelona, 3ª edición.

39. Saez, Javier, *Teoría Queer y psicoanálisis*, Editorial Síntesis, Madrid, 2008.

tante transición antinormativa⁴⁰.

Ahora bien, ¿qué porcentaje de fluidez somos capaces de soportar sin enloquecer?

Nathalie Heinich⁴¹ cita a Norbet Elias para subrayar la condición procesual de la identidad, que no es una sustancia, sino la continuidad de transformaciones, una continuidad rememorada, dirá Elias. La identidad no es solo algo que se transmite a través de una filiación colectiva, sino algo que se construye en un proceso preformativo individual. Subraya Heinich el constante equilibrio entre los procesos que se transforman a lo largo del tiempo y cierta continuidad, remitiendo a los trabajos de Paul Ricoeur entre identidad ipse e idem, para concluir con una definición de identidad como:

L'identité, c'est la résultante de l'ensemble des opérations par lesquelles un prédicta est affecté à un sujet. (pag 104)

Resultante porque se trata de un proceso, un fenómeno abierto y en proceso; conjunto porque tiene un carácter multidimensional, una realidad compleja, plural y articulada; de operaciones porque no se trata de algo dado sino creado, donde el reconocimiento del otro y la inscripción institucional y familiar se encarnan en un sujeto emocional que los articula; un predicado porque la identidad se estructura como un lenguaje; un predicado que afecta a un sujeto en su relación con los otros, con la imagen que estos otros tienen de él y que él reenvía a los otros.

Por lo tanto, concluye, Heinich, la identidad no es una ilusión ni una noción inconsistente, sino que es constitutiva de la existencia humana, siempre que la definamos correctamente.

En la clínica vemos cómo el diagnóstico se convierte en identidad en sujetos deficitarios (anorexias, alcohólicos, psicóticos), y cómo las personas trans adoptan la identidad trans tal y como se describe y se representa para los otros.

Es en este mismo sentido que Miquel Missé⁴² afirma lo siguiente:

... a base de repetir una y mil veces cómo tiene y no tiene que ser una persona transexual, muchas de ellas, sobre todo las más jóvenes, han incorporado los discursos médicos, para definirse y explicarse a sí mismas (pag. 55).

Numerosos artículos especializados en “disforia de gé-

nero”, referidos al peligro de que se autorice la reasignación de sexo en niños que afirman ser trans, insisten en que esta afirmación, cada vez más frecuente al parecer, surge después de que los adolescentes transiten por las redes sociales y descubran el término trans, que parece sintetizar su incomodidad con su identidad de género. Lo que sería una prueba más de la labilidad de las identificaciones, de su performatividad a través del discurso, y la capacidad performativa del concepto a la que ya aludimos.

Sin embargo, y en lo que respecta a la identidad sexual hegemónica, negando la multiplicidad de las experiencias vividas de cada uno de los sujetos singulares, el imperativo binario heteropatriarcal exige que hagamos una elección definitiva fabricando una heterosexualidad obligatoria que nada tiene que ver con “lo natural”, puesto que las diferencias entre hombres y mujeres no son las determinantes, sino que se subrayan por la división sexual del trabajo que crea los géneros, según Gayle Rubin, y por el patriarcado.

En la modernidad líquida que Bauman caracterizó, la identidad es líquida, somos seres invertebrados, que dirá Richard Sennett. También Elizabeth Badinter ve en la uniformización sexual un proceso ineluctable y consustancial a la democracia. Como señala Camille Froidevaux-Metterie⁴³, asistimos a una doble dinámica de masculinización de la esfera privada y de feminización de la esfera pública que afecta a una profunda reestructuración de las condiciones de compromiso de los individuos con el espacio, evolucionando las posturas físicas de hombres y mujeres, y concluye:

Un nouvel individu générique se profile à l'horizon, libre de choisir les modalités de son implication physique dans le monde à distance des stéréotypes et des injonctions sociales. Mais ses contours sont tellement flous qu'on peine encore à le distinguer (pag. 43)

En su libro, La sociología del cuerpo, David Le Breton⁴⁴ cita a Pat Califia, hombre trans bisexual, nacido de sexo femenino, quien se pregunta si el género es tan importante y se imagina un mundo donde el género fuese irrelevante o provisional, imagina una sociedad donde fuera posible “zonas libres de género”. Como apunta Le Breton,

El género ya no se considera como dualidad, sino en términos de una acumulación de posibilidades que dependen del discurso del individuo acerca de sí mismo y del estilo de su relación con el mundo. El cuerpo es solamente el habitáculo provisional de una identidad que rechaza toda fijación y que elige el noma-

40. Una de las activistas queer más conocidas es Beatriz Preciado, cuya identidad femenina ha ido modificando hasta el actual Paul B. Preciado. Formada con Derrida, ha trabajado desde sus primeros libros a favor de una sexualidad por fuera del binarismo normativo. Interesante esta metamorfosis que puede verse, explicada también por él mismo, en: <https://www.youtube.com/watch?v=rhKP9dAhBn4>, como Beatriz; y en <https://www.youtube.com/watch?v=04UibmsgOzc> como Paul B. Preciado.

41. Heinich, Nathalie, Ce que n'est pas l'identité, Le débat Gallimard, París, 2018

42. Missé, Miquel, Transexualidades. Otras miradas posibles, Editorial Egales, Barcelona, 2014, 2ª edición.

43. Froidevaux-Metterie, Camille, Philosophie magazine éditeur, París, 2018.

44. Le Breton, David, La sociología del cuerpo, Siruela, Biblioteca de ensayo, Madrid, 2018.

dismo como forma de estar en el mundo. Es la herramienta para crearse personajes; es un recurso y no el lugar donde se es uno mismo, pues lo uno ahora es múltiple. Hoy, en realidad, cuerpo no puede escribirse más que en plural (pag. 103).

Las identidades sexuales se multiplican, pues, y, tal y como señala Kate Bornstein, performer norteamericana, hay hombres y mujeres y otros, inclasificables, entre los que ella se encuentra. Las iniciales del movimiento LGBTQI no cesan de incrementarse con nuevas opciones sexuales, de forma que se ha añadido un + para insistir en ese constante añadido de experiencias nuevas: Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer/questioning, y otros a añadir.

Sin embargo, el cuerpo, construido, creado, es un factor de individuación, marca el límite temporal y espacial de lo que quiera que seamos, y nos representa para los otros, por lo que sigue siendo esencial nuestra relación con él.

INTERSECCIONES

Poner a trabajar juntos los conceptos de Identidad/Bisexualidad/Creación, nos lleva a afirmar que las personas creativas necesitan menos sostén en la identidad sexual convencional al poder explorar su mundo interno con mayor flexibilidad, acercándose a la multiplicidad de la experiencia desde la articulación conjuntiva de la multiplicidad de self, sin necesidad de reprimir ninguno de ellos. Si bien esta apertura a la fragilidad y volubilidad del sí mismo, puede comportar malestar psíquico, al sostener la identidad en la creación de una obra y de una vida, el eje identitario se desplaza del género a otras cuestiones, entre las que se prioriza la obra. La identidad narrativa a la que alude Ricoeur es uno de los vectores más sólidos para sostener la experiencia múltiple del sí mismo que exploran los creadores.

De cualquier manera, la pregunta sobre el sí mismo es más frecuente y la respuesta menos rígida, más dinámica y contradictoria entre las personas creativas que en quienes basan su identidad en una adhesión a las normas sociales (normópatas), sujetos unitarios que, como dice Judith Butler⁴⁵.

El sujeto unitario es el que ya sabe quién es, el que entra en la conversación de la misma forma que sale de ella; aqul que, cuando se encuentra con el otro, no arriesga sus propias certezas epistemológicas; así pues, se queda en su lugar, guarda su lugar y se convierte en un emblema de la propiedad y del territorio e, irónicamente, rehúsa la autotransformación en nombre del sujeto (pag. 322)

Para terminar, incluyendo en estas intersecciones el término que hoy nos une en las jornadas: intimidad, no puedo dejar pasar por alto cómo esa intimidad exige también desdoblamiento, disociación funcional, autoexploración, conciencia de una multiplicidad contradictoria que siempre arrojará un saldo negativo de identidad, una conciencia de la falta de la misma tal y como se concibe convencionalmente.

A este respecto, José Luis Pardo⁴⁶ afirma que **la falta de identidad es el nombre propio de la intimidad**, puesto que la intimidad exige desdoblamiento autoexploración, y este desdoblamiento, esta autoconciencia, arroja un saldo negativo de identidad:

La intimidad es hacerse cargo de la verdad sobre uno mismo. Aparece en el lenguaje como lo que el lenguaje no puede (sino que quiere) decir.

Pardo diferencia la intimidad de lo más profundo, e insiste en que se trata de un efecto del lenguaje, como un pliegue en el yo marcado por la escisión:

Digo "yo". Mi voz viaja por el interior sin que yo me aperciba de ello, choca contra algo que hay ahí dentro... y resuena. En ese momento, además de decir "yo", ocurre que me oigo decirlo, ocurre que el mensaje que yo he emitido se graba en mi propia sensibilidad, en mi propio Yo, añadiendo al Yo activo, que habla y emite, una marca, una huella que lo convierte en Yo pasivo que recibe y escucha, que siente y padece (pag. 177).

Antes de cerrar estas reflexiones me gustaría insistir en su carácter abierto, en su dinámica siempre en proceso, tanto o más que la identidad misma, cuyo cierre, en forma de cristalización rígida, de estabilización defensiva, considero fuente de malestar en lo personal y en lo teórico. ✨

45. Butler, Judith, El género en disputa, Paidós, Barcelona, 2006.

46. Pardo, José Luis, La intimidad, Pre-textos, Valencia, 2013.

Un recorrido por las psicosis en Freud

Francisco Rosagro Escámez

1. Introducción: conceptos de la metapsicología freudiana.
2. Autoerotismo y Narcisismo.
3. La psicosis en los textos de Freud.
4. El caso Schreber.
5. La paranoia y la esquizofrenia.
6. Bibliografía.

Recordemos que el síntoma es una mezcla de placer y poder que puede conducir al psicótico a perseguir la crisis desesperadamente, porque la crisis es su verdad y su gozo. Su única verdad. Desde Freud, el delirio es una tentativa de curación, y la persecución, la única compañía del paranoico. Los síntomas son un refugio imprescindible (“La invención de las enfermedades mentales”)⁽¹⁾.

“La idea de que los enfermos mentales sufren mucho no es tan sencilla. La locura también es un modo de huir” (John Forbes Nash, premio Nobel de Economía y psicótico célebre).

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTOS DE LA METAPSICOLOGÍA FREUDIANA

En la metapsicología freudiana diferenciamos tres registros diferentes o tres puntos de vista ⁽²⁾:

- **Registro tópico:** existen dos tópicos o “lugares psíquicos” donde acontecen los fenómenos psíquicos, hablamos de sistemas en la primera tópica (modelo espacial: consciente, preconscious e inconsciente) e instancias en la segunda (modelo estructural: yo, ello y superyo). Freud utiliza un modelo de aparato psíquico que le sirve desde 1900 hasta 1915, e incluso lo sigue utilizando cuando crea la segunda tópica, que surge cuando se va encontrando con dificultades en la práctica clínica.
- **Registro dinámico:** se refiere al conflicto entre las tres instancias. Aquí toman importancia la represión y el Complejo de Edipo.

Registro económico: se usa una energía psíquica especial, la **Pulsión** como la fuente energética del pensamiento psíquico, fundamental para entender el inconsciente y la formación de la subjetividad, se trata de una fuerza endógena y continua que no se termina nunca. Tiene dos partes o dos representantes, el ideativo y el afectivo. Freud la coloca como algo endógeno (para otros como Lacan la pulsión surge en el encuentro con el exterior). La capacidad mental de un sujeto es fruto de la renuncia pulsional, que se satisface de manera indirecta a través de derivados (por ej. sublimación) y eso constituirá masa psíquica (representación psíquica). Lo que nace pulsión en el hombre termina siendo cultura: “nacemos pulsiona-



les y devenimos seres culturales en una especie de movimiento hacia fuera". El término "catexis" ⁽³⁾ se refiere a la cantidad de energía ligada a cualquier estructura intrapsíquica o representación de objeto, y "libido" es la cantidad o quantum energético para relacionarnos con el mundo, el componente sexual de la pulsión.

Otros conceptos importantes ⁽²⁾:

Idea o Representación "significado" y Afecto "significante". Se distinguen entre sí cuando hay represión.

- La **representación** es la transformación de ideas abstractas en imágenes, va más allá de lo consciente, es algo estable inscrito en la psique, fijo.
- El **afecto** es móvil, va cambiando, es lo que uno siente, un estado interno con doble polaridad placer / displacer, proviene del cuerpo y es del orden del acontecimiento "hay afecto cuando algo sucede en la vida psíquica" (a mayor desarrollo psíquico existe una mejor modulación de los afectos, siendo las patologías más graves las que se manejan peor con los afectos).

Se reprimen las ideas o representaciones y no los afectos, los afectos quedan libres y son un problema (por ejemplo quedan en forma de sensaciones que no sabemos a qué atribuir; ese afecto libre también es llamado angustia por Freud "*nadie puede soportar el afecto libre, hay que buscarle una explicación*"). Los afectos se pueden transformar (ej. odio en amor) o sofocarse, apagarse (no sentir, puede ir directamente al cuerpo); "*El afecto o se siente, o se transforma o se sofoca*".

Deseo como cara visible de la pulsión, motor que lo mueve. Cuestión psíquica que nace de la falta.

Investidura: sentido que el afecto le confiere a la representación ocupada.

Experiencia traumática: en ella la Representación está fuera de la conciencia y es el Afecto el que tiene diversos caminos; en el caso de la psicosis se encuentra fuera de la conciencia, predomina el deseo sobre la realidad, que se reprime.

Dualismos pulsionales:

- **Sexuales** (satisfacción inmediata y placer) **versus del yo o de autoconservación** (necesidad de comer, supervivencia) (ambas pulsiones del yo, 1894 - 1911).
- **Libido del yo o narcisista** (como objeto la propia persona) **versus libido del objeto** (como objeto, un objeto exterior) ("*Introducción al Narcisismo*" -1914-, cambia el modelo teórico). Según Freud, existe un equilibrio energético entre estos dos modos de catexis, disminuyendo la libido objetual cuando aumenta la libido del yo, y a la inversa. La libido es buscadora de placer, placer que nos produce una representación. Al relacionarme con un objeto queda libidinizado, la representación de

ese objeto da placer, la libido busca satisfacerse con el objeto, pero cuando ese objeto frustra (el primer objeto que se construye es el de la *frustración / satisfacción*) el sujeto retira la libido del objeto, ocurre una retracción libidinal, y vuelve al psiquismo, pudiendo ir a dos lugares: vuelve al yo por las frustraciones (narcisismo secundario), en el psicótico pasa esto; o se restituye a objetos internos, impregnándolos y empezando a fantasear, como ocurre en el neurótico. En la **psicosis**, por tanto, no hay libido objetual y todo queda en el yo, la satisfacción en el propio yo "no hay una relación verdadera con el objeto, el objeto real no existe, lo construye con su yo".

- **Pulsión de vida, eros o amor** (buscador de placer, capacidad de representación y de dar sentido ligando representaciones) **versus pulsión de muerte o tanatos** (tendencia a la inercia, estado de no tensión, quietud, compulsión de repetición que imposibilita nuevas ligazones ni representaciones) ("Más allá del principio del placer", 1920). En el **psicótico** existe una desintrinización entre la pulsión de vida y de muerte, predominando ésta última; de hecho, el delirio es un intento de ligarse a algo, un intento de curación. Existe una pulsión de muerte hacia lo exterior y otra hacia lo interior, el delirio de persecución se dirige hacia lo exterior.

Constitución del psiquismo

Existen tres tiempos en su constitución ⁽²⁾:

- **Instauración de la pulsión**: existe una necesidad en el bebé al nacer, la pulsión se pone en marcha con el encuentro con el otro, la madre.
- **Represión originaria**: la pulsión se reprime y se crea el inconsciente estructural del sujeto. Se renuncia por la cultura, por el otro, y por una realidad que no siempre satisface (segundo momento de diferenciación yo - no yo).
- **Momento del Edipo** (constitución de Ideales morales): renuncia como un concepto interno, se instaura el superyo (códigos y normas internas en uno mismo).

Si no se renuncia a la pulsión o no existen buenas maneras de derivar la pulsión aparecen los síntomas, la enfermedad y la destructividad.

En el primer dualismo pulsional ("*Introducción al Narcisismo*", 1914) existen tres estados, todos ellos inscritos en el psiquismo:

Estado de necesidad
Objeto externo (los calma) y vínculo con el objeto
Estado de satisfacción

En el psiquismo siempre hay una renuncia a abandonar la satisfacción.

Existen dos ideales del yo:

- **Yo ideal:** basado en un estado primero en el que el niño vinculado con el objeto vuelve al estado de necesidad, a ese estado de bienestar / plenitud, preocupación por una sensación de plenitud permanente (pacientes más cercanos a la psicosis, más regresivos y arcaicos). Surge de una **identificación primaria**. La representación de nosotros mismos o de otros que es completa (Lagache) *“Uno vale por ser eso, per sé”*. Pero esto es algo defensivo, es imposible que se mantenga, uno necesita a otro y hacer el esfuerzo de identificarse con otro que le ayuda (ej. los padres) y entonces tomará importancia el ideal de yo.
- **Ideal del yo:** reconstrucción de lo perdido en forma de representación, término más evolutivo que en el niño es equivalente al yo (narcisismo primario, ideal primario) pero que según avanza se va separando y construyéndose otro que tiene más que ver con el **Edipo y el padre**, ya no tanto con la madre, preocupación por cumplir unas **normas** (en el paciente neurótico la problemática gira en torno a ideales, hace referencia a valores).

2. AUTOEROTISMO Y NARCISISMO

A) Etapa autoerótica

Cuando el ser humano nace, lo hace en un estado de indiferenciación, de no integración para Winnicott (diferente al estado de desintegración en las psicosis), no hay conciencia ni self sino un mundo sensorio-perceptivo. El niño está abocado a una **dependencia absoluta** de otro ser humano. Pero el niño en las primeras fases tiene una omnipotencia, no tiene conciencia de que sin el otro él puede desaparecer (supondría un trauma muy temprano si tuviera conciencia de esto).

El “niño de Freud” es un amasijo pulsional anárquico en un principio (perverso polimorfo “cualquier cosa le viene bien”), por tanto va a satisfacer sus necesidades orales, anales, etc, de forma anárquica (**pulsiones parciales**).

El autoerotismo tiene que ver con estas pulsiones primarias mientras que el narcisismo implica la unificación del sujeto (de libido fragmentada a unificada).

Las primeras conductas autoeróticas aparecen durante la fase de fusión. El niño descubre que una parte de su cuerpo (por ejemplo, el pulgar) le da placer (le puede satisfacer) y representa a la madre, ese Otro que viene a calmar. El chupeteo del pulgar es la forma más predominante, mediante este el niño se consuela temporalmente a la espera del pecho (que le supuso una experiencia de satisfacción dada por la madre en lo real), así el niño se puede desprender del objeto real, el pecho, para tener una actividad fantasmática, representacional (imagina a la madre cuando se chupa el dedo), alucina momentáneamente

qué es el pecho (alucinación satisfactoria del deseo para Freud). *“Usa algo de su cuerpo (parcial) para quitarse la angustia de separación, para recordar la vida fantasmática, pasa de un sujeto pasivo a activo, se trata de una maniobra subjetivante”*.

El autoerotismo sería el sustituto de la relación primitiva madre – hijo, y sería por tanto la primera defensa ante la pérdida del objeto (el pecho), es la primera autonomía que el niño logra desprendiéndose de la madre e iniciando un mecanismo propio. A partir de ahí, el niño va a poder reproducir esa experiencia de satisfacción ya no sólo por necesidad sino también por placer.

El autoerotismo sería por tanto la fase intermedia entre la fusión y la separación, a partir de ahí comienza la separación – individuación. Termina por apuntalar el cuerpo erógeno del niño, primero libidinizado por la madre, y ahora fuente de placer. A mayor calidad de satisfacción en la relación madre – hijo, mayor riqueza de elementos autoeróticos generará el niño y viceversa. Algunos ejemplos clínicos como los niños abandonados y sobre todo los autistas, se caracterizan porque estos elementos autoeróticos persisten de forma automatizada y repetitiva pero sin nada imaginario o representacional (elementos como el balanceo, cabezazos y masturbaciones compulsivas son típicos).

B) Narcisismo

Es necesario un acto psíquico para que se unifiquen las pulsiones, ese acto (estadio del espejo para Lacan) es el que constituye el yo (es necesario por tanto para la constitución del yo).

Etapa Autoerótica	Sujeto fragmentado
Narcisismo (primario)	Etapa de formación o constitución del yo
Elección de objeto	Etapa de relación de objeto (madurez) (vínculo con un objeto total, relación del yo total con un objeto total que da cuenta de las relaciones amor / odio)

El Narcisismo es un acto psíquico que se añade al autoerotismo, unifica el mundo pulsional, pasando de una **pulsión parcial a una total** y el niño se reconoce en el espejo (en patologías como la dismorfofobia por ejemplo predominaría pulsión parcial), uno se ve completo, siente que tiene una unidad corporal, y así descubre que tiene un lenguaje, se dirigirá a otro.

El sujeto comienza por tomarse a sí mismo, su propio cuerpo, como *objeto de amor*, y surge así el Narcisismo (Schreber, 1910), un amor dirigido a la propia imagen.

Posteriormente hablamos de *amor de objeto (libido del mundo exterior o libido de objeto)*. A partir de aquí el yo catecti-

za a los objetos (la representación del objeto produce placer).

En “*Tótem y tabú*” Freud subraya las etapas evolutivas del sujeto y señala el Narcisismo como una fase intermedia entre el autoerotismo y la elección de objeto.

Diferenciamos varios tipos de narcisismo:

- **Narcisismo absoluto:** tendencia a lo fusional, a volver a un estado atarácico, de no tensión, eliminar todo estímulo molesto, pretende prescindir del entorno. La pulsión de muerte sería la expresión de este narcisismo.
- **Narcisismo primario:** constitutivo de la condición de objeto del deseo del otro, que nos rinde y nos da. Relacionado con el Yo ideal.
- **Narcisismo secundario:** propio de la condición de sujeto deseante ya habiendo atravesado la normativa, el superyo, el Edipo. Relacionado con el Ideal del yo.

El **Narcisismo primario** sería el paso del **autoerotismo a la constitución del yo**. La libido queda en el yo (*libido narcisista*). El narcisismo primario sería ese período de dependencia absoluta, esa fase simbiótica o estado de diferenciación donde sólo existe la relación madre – bebé, son dos en uno (no es así para Klein). Es el de la omnipotencia infantil, el narcisismo de los padres, aparece en el bebé por las investiduras que los padres ponen en él.

El **objeto primario** será el que ejerce la función de madre, que debe poseer determinadas cualidades psíquicas para ocuparse de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, hace de **yo auxiliar** para que surja un yo que pueda aprovecharse de su cuerpo (en la clínica pacientes más deficitarios precisarán de mayor contención por parte del terapeuta, que realiza esta función). La madre debe salvaguardar que ningún estado de sufrimiento sobrepase un umbral o permanezca demasiado tiempo, tiene que devolverlo a la calma. A medida que la madre va cumpliendo y se ajusta a las necesidades del hijo se va **integrando un yo**, el niño va adquiriendo pensamientos y se relaciona de forma más consciente. Cobra gran importancia el rostro materno, ya que la madre es el primer espejo en el que se refleja el niño, se ve reflejado en su mirada, que muestra una corriente de erotismo entre ambos, el niño es el doble de la madre y no puede comenzar a existir subjetivamente sino hay tal reflejo.

El niño ocupa el lugar privilegiado de deseo y placer por el otro, que se convierte en deseo y placer por uno mismo (falización para Lacan). La madre pone al inicio todo en el hijo, luego debe asumir que no es como ella se imaginaba.

En la **psicosis** falla esta ocupación de un lugar privilegiado, la madre busca una relación fusional, no da autonomía al niño ni deja que se separe (“solían ser niños buenos, donde los dejabas ahí se quedaban”) y lo hace sin cuestionarse, representa el universal de madre, el psicótico se relaciona sólo con la madre, los demás objetos son indiferentes.

En los pacientes **paranoicos** falla la construcción de esa operación y del cuerpo erótico, de ahí que adquieran una posición altanera, como defensa hipomaníaca para intentar libidinizar un cuerpo insuficientemente libidinizado. Falla el equilibrio armonioso entre mirar – ser mirado – mirarse que se da ante una función exitosamente cumplida. Existe un fallo en la organización autoerótica, en el logro de ese mirarse autoerótico. En él fracasa el deseo de ser mirado y es sustituido por el deseo de ser espiado. Sucumbe al narcisismo y es sustituido por el delirio. Dicho de otro modo, no ha logrado mirarse al no ser un cuerpo suficientemente erogenizado o investido, mirarse es consecuencia de ser mirado por la madre y así no puede encontrar el placer narcisista de investir su cuerpo como objeto de deseo. La exhibición es el antídoto de la paranoia, como ha fracasado en la operación de constituirse, está abocado a ir en busca de un objeto que haga función de doble, está abocado a perseguir a otro, va a necesitar engancharse a un objeto que haga o cumpla esa función (lo hará mejor alguien del mismo sexo que represente mejor los atributos identificatorios que a él le faltan), como encadenado a él. Pero tiene que mantener las distancias porque existe una pérdida de límites si hay fusión narcisística; eso sí, sin perderlo de vista ya que lo necesita narcisísticamente, de ahí que proyecta “*me odias, me persigues*”.

Cada vez que hay frustración con el mundo exterior el individuo se retrae, vuelve con su carga libidinal directamente al yo (repliegue y vuelta sobre el yo, libidinización del yo), lo que se denominaría **Narcisismo secundario**. Dicho de otra manera, la retirada de la libido objetal hacia el yo constituye el narcisismo secundario, esto se observa por ejemplo en casos de hipocondría o en delirios de grandeza).

El narcisismo secundario es el que aparece en las Neurosis, es una defensa (Narcisismo defensivo), resultado de la introversión de la libido en el yo, la vuelta sobre el yo, la invaginación como consecuencia de cualquier herida narcisista que la vida da. Las heridas narcisistas generan conflictos en los que el yo recupera libido que estaba puesta en otras cosas (*por ejemplo cuando ocurre algo que te sienta mal, se produce una herida, eso hace que dejes de tocar el piano; o en el caso de adolescentes que se quedan en casa y se retiran como una huida de algo exterior, de un fracaso o una herida que se ha producido*). Mientras que el neurótico tiene altas dosis de narcisismo (en el obsesivo se invierte el pensamiento, en la fobia una parte de lo social que queda fuera, etc), en la psicosis la retirada es mucho mayor.

Lo señalado anteriormente, en el caso de una entrevista clínica equivaldría al ejemplo siguiente: el sujeto se silencia tras una intervención del terapeuta, que se da cuenta de que ha pasado algo, se ha roto la relación, siente la distancia que pone el paciente que se retrae. En el psicótico se vuelve al Narcisismo primario (el yo está mal o no está), al no haber libido no puede haber transferencia

según Freud, no aparece el tercero, el padre, no hay triangulación, necesaria para el desarrollo simbólico.

En la **psicosis** ocurre una catástrofe narcisista, el sujeto retira la atención del mundo volviéndola sobre sí. Existe una muerte de lo psíquico en la medida que triunfa el narcisismo. Dicho de otra manera, existe una desinversión de los objetos en beneficio del yo. Freud habla de Neurosis Narcisistas (frente a Neurosis de transferencia), estas no analizables; para él no existe psicosis de transferencia.

El yo en Freud

Al principio no hay diferencia entre yo (sujeto) y no yo (objeto) y a medida que se va desarrollando, el yo pasa por varios momentos:

Yo placer purificado: Es el primer yo, alrededor de todo lo placentero *“todo lo que me da placer soy yo”* (manta que me arropa, pecho que me alimenta...), más allá del cuerpo, mientras que el objeto es depositario de lo displacentero *“todo lo odioso es el mundo externo, y se convierte en lo odiado”*. Se incorpora lo bueno *“la imagen ideal de uno”* y se proyecta lo malo, hacia fuera (*“echo la culpa al otro”*) mediante un mecanismo de proyección / introyección.

Como describimos anteriormente, tras una primera experiencia de satisfacción en la que el bebé que siente hambre se alimenta del pecho, hay una segunda sensación de hambre en el bebé, que alucina el pecho (concepto inaugural del deseo), inaugurando así al **sujeto psíquico** *“yo soy yo y tú eres diferente”* (inicio de diferenciación yo – no yo), a partir del cual surgirá la capacidad de simbolizar.

Este yo definitivo, **Yo función**, es un yo capaz de discriminar el mundo interno del externo, se instaura el principio de realidad. Es un reservorio de funciones psíquicas (intelecto, memoria, capacidad de control), como una cualidad (*ejemplo: niño identificado con cualidad del alquien “come como el padre”*).

En estos inicios (antes de Introducción al Narcisismo) Freud considera al yo como una parte del Ello modificada, a través del contacto con la realidad.

A partir de 1914 va a hablar del Yo del narcisismo. Se trata de un yo de origen psicológico, **Yo representación**, formado por identificaciones *“es la suma de las identificaciones”* (algo más total, por ejemplo representación del padre en general *“un padre muy bondadoso y se identifica con él no en un sólo aspecto sino con esa representación más total como bondadoso”*), en los enlaces afectivos (se toman cosas de las personas queridas, de las relaciones amorosas perdidas nos quedamos con algo de ese amor, es el conjunto de pérdidas libidinales catectizadas, el yo hecho de identificaciones con el objeto perdido *“somos historia de nuestras pérdidas, a veces somos más pérdidas que adquisiciones, por ejemplo el recuerdo del primer amor”*... Surge la neurosis cuando

sólo hay identificación con la pérdida, la identificación con la pérdida es constitutiva de identidad *“la sombra del objeto cae sobre el yo”*). Esto es engañoso porque no es una unidad sino un apaño de diferentes identificaciones.

Ambos coexisten en Freud (Yo función y Yo representación).

El yo también es la instancia que media en los conflictos. Es quien maneja los conflictos con la realidad, con el superyo y el ello, está al servicio del superyo y de las prohibiciones morales y de la realidad. Sirve como agente y gestor de la libido, mantiene un equilibrio entre la libido del yo (narcisista) y la libido de objeto.

Posteriormente a Freud surgirá una corriente, la psicología del yo (liderada por Ana Freud), que se ocupa de la región del yo libre de conflicto, que es la que habrá que trabajar para que el individuo se adapte.

3. LA PSICOSIS EN LOS TEXTOS DE FREUD

Las contribuciones de Freud a la esquizofrenia pueden dividirse en cuatro períodos⁽¹⁾:

1. Desinterés radical por la demencia precoz y frecuentes referencias al escaso beneficio que este tipo de pacientes pueden obtener del tratamiento psicoanalítico.
2. Entre 1906 y 1911 modelo freudiano de la paranoia frente al paradigma de la esquizofrenia defendido por los suizos.
3. Ensayos sobre Paul Schreber (1911) y el narcisismo (1914): articulación de la esquizofrenia y la paranoia bajo la rúbrica “parafrenia” y la introducción del narcisismo para fundamentar la psicogénesis de la psicosis.
4. Referencias a la esquizofrenia destinadas a afianzar algunos conceptos de la metapsicología del sueño y de lo inconsciente.

En el ensayo de Schreber, como ya comentaremos, se vislumbra la demarcación entre **paranoia y esquizofrenia**, ocurre lo siguiente⁽¹⁾:

- Éxito de la represión, regresión autoerótica y patogenia principalmente alucinatoria en la esquizofrenia.
- Éxito de la reconstrucción delirante, regresión narcisista y mecanismo de la formación del síntoma esencialmente proyectivo en la paranoia.

Al mismo tiempo que Freud propone estas diferencias, se muestra proclive a una concepción unitaria, resalta ante todo los vínculos de la paranoia y la demencia precoz (parafrenia). Por ejemplo en Schreber se observa una parte esquizofrénica de la paranoia, el magistrado conjuga las alucinaciones y el mecanismo proyectivo que posibilita la edificación delirante. La proliferación de “hombre-

cillos” u “homúnculos” que pueblan su mundo muestran con suma nitidez el desgarramiento y la atomización de la identidad de Schreber, puesto que no son otra cosa que imágenes de sí mismo; sin embargo el magistrado es esencialmente paranoico dado que su locura se enmarca dentro de la referencia continua a la presencia de un Otro (Dios) malvado y el conjunto de su delirio es un intento de sostener una relación con ese Otro caprichoso, al que pretende completar desde su posición de objeto⁽¹⁾.

Con “**Introducción al Narcisismo**” (1914) Freud marca sus diferencias con otros autores como Jung. En las afecciones narcisistas o psicosis la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surge una conducta llamada narcisismo (secundario). Paranoia y esquizofrenia – demencia precoz coinciden ambas en el mismo mecanismo patológico represivo (retirada de la libido de las personas y cosas del mundo) pero se diferencian en que la primera evidencia una regresión a un tipo de elección de objeto narcisista mientras que la segunda la regresión consiste en una identificación más arcaica con el objeto autoerótico, es decir, exclusivamente con el propio cuerpo. Separados así el narcisismo (imagen unificada del cuerpo) y el autoerotismo (el cuerpo como tal fragmentado y habitado por las pulsiones parciales), Freud está en condiciones de proseguir sus pesquisas para caracterizar a la esquizofrenia en relación al cuerpo.

Algunos autores (Arlow y Brenner, Grotstein, Pao) hablan de que hasta el mismo Freud, a medida que su propia conceptualización evolucionaba, vacila entre un **modelo de conflicto y un modelo de déficit** en la comprensión de la esquizofrenia. Otros (London, Wexler) pensaban que la teoría de Freud implicaba un modelo de déficit de la esquizofrenia, aunque Freud intentó claramente tomar en cuenta también el conflicto⁽³⁾.

Manuscrito H (1895)

Se trata del primer estudio de Freud sobre la paranoia.

La psicosis en Freud se remite también al igual que en las neurosis a un **conflicto psíquico** “la representación delirante cae bajo la misma concepción que la representación obsesiva; también es la consecuencia de unas perturbaciones afectivas y debe su intensidad a un proceso psicológico”.

Distingue dos entidades:

- Confusión alucinatoria: La representación inconciliable íntegra (afecto y contenido) es mantenida apartada del yo, lo cual sólo es posible a expensas de un desasimiento parcial del mundo exterior. Se llega a unas alucinaciones que son amistosas para con el yo y que sostienen la defensa.
- Paranoia: Contenido y afecto de la representación inconciliable se conservan, en total oposición a la confusión alucinatoria, pero son proyectados al mundo exterior. Alucinaciones que se generan en variadas formas; son hostiles al yo, pero sostienen la defensa.

Nuevas observaciones sobre las Neuropsicosis de defensa (1896)

Es el segundo texto tras el de las Neuropsicosis de defensa (1894).

Freud da importancia a la proyección y alteración del yo (yo disociado, forcluido).

Describe su primer caso clínico de psicosis esquizofrénica, y empieza a investigar la paranoia. Se trata de una mujer de 32 años que diagnostica de paranoia crónica.

“En la neurosis obsesiva el reproche inicial ha sido reprimido por la formación del síntoma primario de la defensa, o sea, por la desconfianza en sí mismo. Con ello queda reconocida la justicia del reproche. En la paranoia, el reproche es reprimido por un procedimiento al que podemos dar el nombre de proyección, transfiriéndose la desconfianza sobre otras personas”.

Concluye que los reproches internos de la mujer son lo que se proyecta. En la paranoia lo que se proyecta es la agresividad y la hostilidad del sujeto.

El mecanismo de defensa es diferente, en la psicosis hay una forclusión o repudio (se saca una representación de la cabeza y se expulsa fuera).

La actualización de la historia infantil en estos sujetos no se produce, la libido se repliega sobre el yo de forma narcisista, no se produce transferencia sobre el analista y se reedita la historia infantil. Con los pacientes psicóticos por tanto es necesario realizar un trabajo de ligar y establecer un vínculo.

Lo inconsciente (1915)

En la sección VII de este escrito metapsicológico desgrana sus conclusiones acerca de los trastornos del lenguaje tan llamativos en los estados iniciales de la esquizofrenia. Aquí resalta las continuas referencias del lenguaje de los esquizofrénicos a órganos o inervaciones del cuerpo (**lenguaje de órgano**): “El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano”. En la esquizofrenia las palabras son sometidas al mismo proceso primario que rige la creación de las imágenes del sueño a partir de los pensamientos oníricos. El esquizofrénico trata las palabras como si fueran cosas.

El fragmento clínico del **caso de Emma A** (paciente de Victor Tausk), que se queja de que “*los ojos no están derechos, están torcidos*” “*es un hipócrita, un torcedor de ojos*” contiene los elementos más significativos del llamado lenguaje de órgano: la permanente referencia al órgano, en este caso al ojo, y el hecho notable de que *las palabras son tratadas en toda su literalidad como cosas* (Lacan retomará y traducirá a sus términos diciendo que para el esquizofrénico todo lo simbólico es real), perdiendo su valor metafórico y experimentándose como real. Así también este caso le ratifica a Freud la relación con-

sustancial que liga el inconsciente y el lenguaje ⁽⁴⁾.

El ejemplo clínico de la joven paciente ilustra asimismo cómo el sujeto esquizofrénico expresa a cielo abierto lo que el neurótico habría reprimido. Freud observa con gran agudeza clínica que un sujeto histérico en el mismo caso habría torcido real y convulsivamente los ojos, es decir que su cuerpo habría encarnado el contenido de la representación por mediación de la metáfora sin que el sujeto pudiera establecer conscientemente el vínculo en cuestión. Por el contrario, en el caso del esquizofrénico no es la cosa (el cuerpo) la que está contaminada por la palabra (eso es la conversión) sino la palabra la que está contaminada por la cosa (lenguaje de órgano) ⁽⁴⁾.

Se distinguen así **representaciones de cosa** (sistema inconsciente, imágenes) **y de palabra** (preconsciente, acústicas). Hablamos de representaciones cosa para referirnos a lo relacionado con la memoria implícita, las cosas automáticas (lo que se formó antes del lenguaje, lo que no se puede expresar), lo inconsciente que nunca ha sido consciente, experiencias que no podemos dar cuenta los seres humanos mediante la palabra porque no existía, “lo sabido no pensado” (Bollas), algo que nunca vamos a saber. Mediante las representaciones palabra traemos a la conciencia lo situado en el preconsciente, con las palabras ligaríamos cosa ⁽²⁾.

En su comentario, Freud explica que el síntoma esquizofrénico muestra un predominio de la representación de palabra sobre la representación de cosa. La representación de palabra no logra reprimir la representación de cosa, la cual está investida libidinalmente. La cosa retorna entonces a nivel de la palabra, operando una intrusión a nivel de la palabra. En términos lacanianos, se podría decir que el síntoma muestra que la combinación significativa no produce un significado nuevo (metáfora), sino que se transforma en lenguaje de órgano ⁽⁴⁾.

En el **caso Marie N de Karl Landauer** subraya que mientras en la melancolía la identificación se establece con el objeto narcisista (perdido) y en la esquizofrenia la identificación se produce con el objeto autoerótico, en la paranoia, más que la referencia permanente al objeto hallamos siempre la presencia de un Otro perfectamente constituido (el perseguidor, el amador, etc).

El yo y el ello (1923)

A partir de 1923, en este texto, desarrolla la segunda tónica del aparato psíquico, la cual conlleva modificaciones a la explicación de las psicosis.

Ocurre un conflicto entre instancias (el yo busca defenderse de otras fuerzas). El yo debe responder ante las exigencias de tres amos: el ello, el superyo y el mundo exterior. Destaca la alteración de los lazos del yo con cualquiera de los tres vasallajes como causa de los padecimientos psíquicos ⁽⁵⁾.

Después de desarrollar el modelo estructural, revisó su

visión de la psicosis (1924-1961). A pesar de esta revisión, Freud continuaba hablando del retiro de la catexis y de su reinversión en el yo. Usaba el retiro de la catexis de objeto para explicar su observación de que los pacientes esquizofrénicos eran incapaces de establecer transferencias ⁽³⁾.

El hecho de que afirmara que estos pacientes no establecen relaciones transferenciales está relacionado con que no intentó esfuerzos terapéuticos intensos con tales pacientes ⁽³⁾.

Neurosis y Psicosis (1924)

Refiere aquí que la etiopatogenia de ambas es la misma, ambas se desencadenan por una **frustración de la realidad** aunque en el caso de la psicosis el conflicto es con la realidad, entre el yo y el mundo exterior o la realidad (el psicótico se alía con el deseo, el yo se alía, desmintiendo la realidad “deseo algo pero la realidad no me lo da”) y no entre el ello y el superyo como en la neurosis (el neurótico reprime el deseo y se adhiere a la realidad).

En el psicótico hay un trozo de la realidad que es arrancado, quedando un agujero en que se rellena con una **neorrealidad**, algo que le da sentido (el delirio supone un intento de salir de ese agujero “*tengo que contarme algo para que me rellene algo que no sé explicarme*”).

Primero existe un repliegue (parecido a los síntomas negativos, más difícil de tratar) y después aparece el delirio, como intento de reconectarse con la realidad creando una nueva realidad. Un paciente con un delirio está mejor que sin él, por lo menos reconecta. El delirio supone un relleno para Freud, en la génesis de los delirios existe una solución de continuidad en la relación del yo con el mundo exterior.

Destaca la imposibilidad de cumplir los deseos pulsionales durante la infancia (frustración) como etiología de los tipos de psiconeurosis. El establecimiento de una psicosis o una neurosis depende de la forma en que el yo responda ante la tensión conflictiva con cualquiera de sus tres vasallajes ⁽⁵⁾.

- **Neurosis:** conflicto del yo con el ello (el yo, al servicio del superyo, reprime unas fuerzas pulsionales incompatibles con la demanda del mundo exterior).
- **Psicosis:** conflicto del yo con la realidad o mundo exterior (el yo es avasallado por el ello, las fuerzas pulsionales, y cancela su vínculo con la realidad).

El delirio: colocado allí donde la realidad fue dolorosa, como si fuese un parche, y tiene una función de reconstrucción.

Mecanismo propio de la psicosis (para desasirse del mundo exterior): **la desmentida**. La psicosis comprendía una desmentida y una posterior remodelación de la realidad.

El papel del superyo aquí aún no es sabido ⁽⁵⁾.

La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis (1924)

Existe una hiperpotencia del ello en la psicosis versus hiperpotencia del influjo objetivo en la neurosis.

El intento de reparación del nexo con la realidad no es exitoso *“la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla”*⁽⁵⁾.

La realidad es reconstruida a partir de los fragmentos del vínculo que el sujeto había tenido con la realidad hasta el momento (huellas mnémicas, representaciones, juicios obtenidos)⁽⁵⁾.

Inhibición, síntoma y angustia (1926)

Aparece el concepto de el **repudio** (Verwerfung). Refleja que no hay objetos, no hay representaciones, por contra sólo hay cosas, se produce la exclusión de cualquier objeto externo (forclusión para Lacan).

La fantasía en el psicótico tiene que ver con la fantasía específica de la fragmentación, de desintegrarse, desestructurarse. El psicótico se queda en un nivel preedípico, por eso no reprime el inconsciente. Esta fantasía aparecerá en la transferencia.

La escisión del yo en el proceso defensivo (1938)

No hay una descripción clara de cuál es la escisión, en *Esquema del psicoanálisis* clarifica que la escisión psíquica en la paranoia (una forma de psicosis) consiste en que el yo acoge la realidad objetiva por un lado y por el otro, bajo el influjo del ello, se deshace de ella.

La última concepción del conflicto subyacente a la psicosis es el conflicto entre instancias que incluye al **superyo** como otra fuerza hiperexigente que obliga al yo a alterar (y cancelar) su vínculo con la realidad.

Para el **estallido de la psicosis**, es necesario que la realidad se vuelva insoportablemente dolorosa, o bien que el ello avasalle al yo con la demanda pulsional.

Existe un conflicto en el sujeto entre su libido y su yo.

Para Freud en las psicosis la libido está sustraída de los objetos y no circula, queda confinada en el interior del sujeto. Esto las convierte en patologías prácticamente inaccesibles a la terapia psicoanalítica. La esencia en la psicosis es el fracaso de la represión: incapaces de olvidar, negación de la realidad y aparición de otra realidad (alucinación), fracaso de la metáfora paterna y de la represión original.

4. EL CASO SCHREBER (1911)

“Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera o el delirio más verdad de lo que otros hallan hoy creíble” (Freud, *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*

descrito autobiográficamente. Caso Schreber, 1911).

Este capítulo está extraído casi en su totalidad, a modo de resumen personal, del libro de José María Álvarez *“La invención de las enfermedades mentales”*.

Freud publica *Puntualizaciones psicoanalíticas* en un caso de paranoia descrito autobiográficamente en otro libro que publica el propio Schreber a los 60 años después de varios ingresos (*“Memorias de un neurópata”*). En sus memorias cuenta todo su delirio y su historia.

El caso Schreber (Daniel Paul Schreber) es el **prototipo de las psicosis** al igual que Dora lo es en la histeria, Juanito en la Neurosis de angustia, el hombre de los lobos en el trastorno borderline y el hombre de las ratas en la neurosis obsesiva. Freud en realidad nunca lo vio, el trabajo no fue clínico sino hermenéutico en torno a la decodificación simbólica de las causas.

Se trata de un testimonio de primera mano que contiene prácticamente el conjunto de la **psicopatología psicótica** desde el punto de vista fenomenológico, siendo sus principales méritos la precisión exquisita y el rigor inigualable con que detalla las coyunturas precipitantes de las crisis, los pormenores del trágico desmoronamiento del universo subjetivo de Schreber y, sobre todo, la lógica que preside la estabilización de su locura merced al trabajo delirante (estabilización que puede procurar el trabajo delirante).

Schreber y Freud

El libro *“Hechos dignos de ser recordados de un enfermo de los nervios”* le dio pie a Freud a reformular parte de su doctrina y a elaborar su **teoría de la psicosis**.

A partir de Freud el conocimiento de la psicosis y el trato con el alineado implican el respeto y la atenta escucha de su palabra.

Paul Schreber

Nació en Leipzig en 1842 en el seno de una familia acomodada (1842 - 1911). Era el tercero de cinco hermanos, el pequeño de los varones.

En su juventud eran manifiestas sus simpatías nacionalistas y pro-prusianas.

Concluyó sus estudios de Derecho con calificación de Excelente. Con 23 años comienza el ejercicio judicial ascendiendo gradualmente en los cargos e instancias (secretario judicial, Juez pasante, Juez asesor, Juez suplente, etc). Con 28 años consiguió el nombramiento de Juez con categoría de consejero en la Corte de apelación en Leipzig.

Contrae matrimonio con 36 años. Con 42 años se impulsó a la candidatura para las elecciones al Reichstag por la Unión de Conservadores y nacional – liberales, salvaguardaba la fidelidad al Káiser y al Imperio, pero fue derrotado por el candidato socialista.

El padre (Moritz)

Médico de profesión, especializado en ortopedia y rehabilitación de enfermedades de la columna vertebral. Dirigía una clínica ortopédica y también se extendía al terreno educativo de niños y jóvenes. Perseveró en su empeño de fortalecer la salud física y mental por medio de la disciplina gimnástica, creó la Sociedad Gimnástica.

Muchos de sus escritos transmiten su convencimiento de que numerosas enfermedades y vicios que padecía la sociedad alemana se debían a la escasa robustez del cuerpo, consecuencia de la falta de actividad en la primera infancia y del quietismo de la vida burguesa. Escribió *“Guía de la educación”* donde dice *“hay que tomar la iniciativa de forma positiva, castigos corporales suaves, repetidos de forma intermitente, así uno se convierte en el dueño del niño para siempre”*. El padre ocupa el rol paterno y el materno y todos los sustitutos, incluso daba órdenes a los cuidadores.

En *“El asesinato del alma”* (Schatzman, 1973) se revisa el vínculo con el padre, y se describe un *“sadismo ejercido sobre su hijo, un vínculo de sometimiento masoquista sin posibilidad de salida, un sometimiento de la madre hacia el padre, vaciamiento de la función materna, convertirse en mujer para suplir esto...”*.

Se dice de él que era enfermizo, de pequeña estatura y enjuto. En 1851 tuvo un accidente en el gimnasio, con consecuencias anímicas devastadoras. Al poco tiempo comenzó con fuertes dolores de cabeza que se convertirían en cefalea crónica y determinarían un cambio de comportamiento notable a partir de ahí. Fue dimitiendo de sus funciones oficiales y apartándose de la vida social, aislándose días enteros en una de sus habitaciones. Su encierro le sirvió para intensificar su actividad intelectual y literaria, escribiendo la mayor parte de su obra.

Se le ha descrito como una figura tiránica, trastornada y represiva. Se ha relacionado sus métodos terapéuticos, coercitivos, como la máquina de comprimir cabezas, con las posteriores alucinaciones de Paul (reminiscencias alucinatorias de lo que experimentó en la infancia), acusándole de haberlos usado con sus propios hijos.

Falleció en 1861 con 53 años de una apendicitis aguda. Paul tenía 19 años y cursaba el segundo año de sus estudios universitarios.

La madre (Pauline) era hija del rector de la Universidad de Leipzig. Provenía de una familia cultivada y de larga tradición melómana.

Tras fallecer el marido, usó el apellido Schreber para nombrar a las asociaciones que se fueron creando (uso del nombre del padre).

Se le acusaba de ser una mujer pasiva y de sufrir una grave depresión, de hallarse completamente oprimida por su esposo *“alguien sin existencia propia”* (Chasseguet).

Los hermanos (Gustav, Anna, Sidonie y Klara). Sólo Anna y su marido (Carl Jung) tuvieron 6 hijos.

Gustav, el primogénito, se suicidó con 38 años con un tiro en la cabeza. Era doctor en Derecho y Juez Real. Había sido nombrado para un puesto muy elevado en Berlín cuando se suicidó, similar a lo que ocurrió en la tercera crisis de Paul, que coincide con un nombramiento para una instancia judicial superior. También Paul intentó en varias ocasiones suicidarse y se le diagnosticó al principio una parálisis general como a Gustav, aunque este pudo elaborar un delirio y reducir así la furia del paso al acto.

Su esposa (Sabine) era 16 años más joven que Paul y provenía de una familia bien distinta. Padre cantante y director artístico de teatro, abuelo materno afamado dramaturgo.

Otras personas importantes eran su hija adoptiva (Fridoline) y sus médicos (Paul Flechsig y Guido Weber).

Las crisis

La primera: fue durante la candidatura al Reichstag, siendo presidente del Tribunal de Primera Instancia.

Tras las elecciones fue a un balneario en Thuringia para recuperarse del malestar, él habla de agotamiento intelectual, aunque en 40 días no encontró alivio. Mostraba retardo al hablar, humor depresivo, labilidad emocional, disforia, hiperfagia, astenia, había intentado suicidarse dos veces, padecía una grave hipocondría (estaba convencido de que moriría de un ataque al corazón). Su esposa había sufrido dos abortos.

Al no mejorar del insomnio y persistir las ideas hipocondríacas la familia consulta con Flechsig, neurólogo y neuroanatomista. Fue su *“primera enfermedad nerviosa”*.

La crisis se inició con 42 años, en otoño de 1884 hasta finales de 1885, retomando sus funciones de presidente en enero de 1886. Además se reflejaba en la historia hipocondría auditiva y deseaba fotografiarse 6 veces, se creía incurable, creía haber perdido unos 20 kg cuando había ganado dos y se quejaba de estar siendo engañado intencionadamente. Fue diagnosticado de hipocondría crónica, siendo controvertido este en posteriores análisis de diversos autores que hablan de una fase prepsicótica o inicio clínico de la psicosis frente a un episodio depresivo con síntomas hipocondríacos o estado depresivo – melancólico (por las ideas de ruina corporal, la negación de órganos y las tentativas suicidas).

En esta crisis existieron únicamente algunos fenómenos sutiles que conciernen al desmembramiento de la imagen del cuerpo: la convicción relativa a una irreal pérdida de peso y las súplicas de hacerse fotografiar, indicativo de una experiencia de fragmentación corporal ante la cual buscaba algún tipo de completitud o unidad mediante las imágenes que podrían procurarles las instantáneas.

La segunda: gran locura de octubre de 1893, con 51 años,

diferenciación con respecto a la primera. Poco antes, en julio de ese mismo año, el Ministerio de Justicia en persona le anunció su inminente nombramiento de Presidente de la Cámara en la Corte Suprema del Land de Dresde, la instancia judicial más alta del país. Después de tener algunos sueños en los que recomenzaba su enfermedad, tuvo una sensación estando dormido o ya despierto que le perturbó extrañamente y surgió la idea de que sería algo muy hermoso el hecho de *ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre*. Esa **fantasía hipnopómpica fue la matriz primordial** de todos sus desarrollos delirantes y sus vivencias xenopáticas.

Tras asumir las funciones de presidente el 1º de octubre, se vio inmerso en un trabajo desbordante, con altas exigencias en la medida que los miembros del Consejo eran bastante mayores que él y más familiarizados. Habla de que a las semanas volvió a sentir los síntomas del agotamiento mental, primero insomnio, luego solicitó la baja y en noviembre fue ingresado en la clínica de Flechsig.

Manifestaba ideas hipocondríacas *“un reblandecimiento cerebral”*, ideas de persecución (habían conseguido volverlo loco), alucinaciones aterradoras e hiperestesia. Permaneció *“en medio de una tristeza infinita”* y volvió a intentar ahorcarse con una sábana colgada de la cabecera de la cama *“el suicidio era lo único que quedaba a un hombre que jamás podría recuperar el sueño”*. Estuvo ingresado durante seis meses, fue el período más esquizofrénico de su psicosis.

A partir de febrero de 1894, cuando su mujer viaja unos días a Berlín por descanso, esta pasa a convertirse al igual que el resto de los mortales en una *“de esas formas humanas enviadas allí por un milagro”*. Comienza lo que él define como un derrumbe espiritual, a partir de una noche que tiene varias poluciones comienzan las primeras manifestaciones *“de choques con fuerzas sobrenaturales y una conexión de nervios que había establecido en mí el profesor Flechsig, de forma que él hablaba por medio de mis nervios sin estar presente y sus intenciones no eran puras”*.

Aquí arranca la edificación del **gran delirio** que relata en su libro *“Hechos dignos de ser recordados”*, una vez que emergen los dos elementos básicos e imprescindibles:

- La certeza de ser objeto de manipulación en su cuerpo y en su pensamiento.
- La localización del Otro malvado.

Se trata de un delirio explicativo y a la postre estabilizador ya que a la par que se construye la perplejidad enigmática inicial se atenúa.

Es trasladado al manicomio por considerarlo incurable, donde estuvo 8 años. Dirigido por Guido Weber, que emite un informe por Noviembre de 1894 donde refiere que: *“se consideraba muerto y en estado de putrefacción, se figuraba que su cuerpo era objeto de toda suerte de*

abominables manipulaciones que lo habían transformado en mujer; pasaba las horas inmóvil, en estado de estupor, perplejo y petrificado, progresivamente el delirio fue adquiriendo un carácter místico y religioso (estaba en continua relación con Dios, oía música celestial, tenía visiones milagrosas)”.

Un cambio se produjo a finales de ese año y principios de 1895, cuando accedió a la reconciliación con Dios para procurarle el goce que le exigía, esa aceptación le conduciría a la estabilización. En noviembre de 1895 ya no pone impedimentos y se hace a la idea de **ser transformado en mujer** para ser fecundado por los rayos divinos y **crear una nueva raza** (establece el nexo entre la danza en mujer y el delirio de redención generando una nueva raza). Este trabajo de formación del delirio le saca del período de mayor estupor y más esquizofrénico.

La tercera y última: tiene lugar a finales de 1907, con 65 años. Se produjo tras la muerte de su madre en mayo y la grave enfermedad de su esposa (ataque de apoplejía en noviembre). Lo llevó al asilo.

Es un período que requiere urgente ocupación en las disquisiciones del legado familiar. Ocurrió en el marco de disputas entre las asociaciones por la legitimidad del uso del nombre de su mentor.

Ya en el asilo, él se mostraba inaccesible, tendido en la cama y recogido sobre sí mismo, bajo la influencia de sus delirios, *“no puede ingerir comida porque no tiene estómago y no puede digerir”*, pronuncia escasas palabras, escribe de tanto en tanto garabatos, gime incesantemente... hasta morir con síntomas de disnea e insuficiencia cardíaca.

El delirio

Gira en relación con la certeza de tener que ser transformado en mujer con el correr de los años.

Schreber está bajo el dominio de un delirio. Se considera llamado a redimir el mundo y a devolverle la beatitud perdida. Pero esto no podrá hacerlo a menos que se transforme de hombre en mujer. Sobre esta **metamorfosis sexual** delira y se figura que es el objeto continuo de milagros divinos que lo transformarán *“en decenas de años sino en siglos”*. Él es el objeto exclusivo de los milagros divinos *“los rayos”* lo que le convierte en el hombre más singular que jamás haya vivido sobre la Tierra. Tiene la sensación de que muchos nervios femeninos han penetrado en masa en su cuerpo, fecundado por Dios para engendrar un nuevo linaje de seres humanos, sólo entonces podrá morir de muerte natural y habrá recuperado la beatitud perdida.

Su psiquiatra Weber habla de un **delirio megalomaniaco de redención y un delirio de transformación en mujer**, en este orden. El delirio primario según Freud sería este último y sobre él se añade el de redención. El delirio de mudanza en mujer queda ensartado a aquella representación hipnopómpica ya comentada (la revela-

ción del fantasma de ser la mujer de Dios) que asaltó a Paul en los momentos de incubación de la psicosis. Una vez que dicho fantasma irrumpió en la conciencia, la existencia de Paul no volvería a ser jamás igual, su identidad se desgarró por completo y su pequeño mundo se transformó en un universo milagroso. Esa identidad desgarrada (esquizofrénica) sólo lograría su reunificación mediante el delirio, pues en éste se sitúa como único y exclusivo objeto del goce divino (el polo paranoico se caracteriza por identificar el goce en ese Otro y posicionarse como su objeto de goce).

Schreber encontró una salida al período esquizofrénico mediante una paranoización.

Inicialmente hacía el papel de perseguidor el médico que lo trató, Flechsig, más tarde Dios ocupó ese lugar.

El nexo entre ambas ideas delirantes se establecía en la problemática de la sexualidad (Freud) y de la filiación / paternidad.

- Schreber mantiene una posición común respecto a ambas ideas delirantes (actitud femenina frente a Dios, causalidad homosexual para Freud).
- Problemática de la filiación y la paternidad en Paul, que lo trata delirantemente (metamorfosis sexual para procrear una nueva raza, sino fecundación su propio nombre se inmortalizaría).

La **certeza inaugural** es la revelación hipnopómpica del fantasma en la que se sitúa como objeto femenino del goce del Otro. Sobre esta edifica el delirio y las dos posiciones delirantes (rechazo inicial a la transformación en mujer y aceptación mediante la idea delirante de ser la mujer con la que Dios procreará una nueva raza).

Freud sienta las bases de una nueva concepción del delirio al definirlo esencialmente por su función y no como mero signo de enfermedad psicótica *“Y el paranoico lo reconstruye (el mundo), claro que más espléndidamente, pero al menos de tal suerte que pueda volver a vivir dentro de él. Lo edifica de nuevo mediante el trabajo de su delirio. Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción”*.

5. LA PARANOIA Y LA ESQUIZOFRENIA

Para cada una de las estructuras clínicas, hay un mecanismo psíquico específico que cristaliza y encausa el retorno de lo reprimido: por ejemplo la conversión en la histeria, el desplazamiento en la neurosis obsesiva o la proyección en la paranoia.

En la **paranoia**, la libido es reprimida y retorna a continuación a nivel del **estadio narcisista** del desarrollo libidinal, en el cual **la relación al objeto se mantiene**. El sujeto paranoico testimonia de ello mediante la recons-

trucción de una nueva relación con el objeto realizada gracias a la proyección y al delirio, que es el intento de curación que lo caracteriza ⁽⁴⁾.

En la **demencia precoz**, en cambio, la libido es reprimida y retorna a un nivel más precoz del desarrollo libidinal, en el cual **la relación al objeto ha sido abolida**, a saber: **el autoerotismo**. El intento de reconstrucción de un vínculo con el objeto tiene lugar en este caso mediante el *mecanismo alucinatorio*, pero el proceso resulta menos exitoso porque el registro especular del narcisismo no es operante en la esquizofrenia ⁽⁴⁾.

El autoerotismo es pues, como ya explicamos al inicio, un estadio del desarrollo libidinal previo a la formación del yo y por tanto al funcionamiento de la fantasía (el repliegue en el mundo de la fantasía o la introversión caracterizan a la relación de objeto mantenida por el neurótico tras la operación de la represión). El neurótico retira la investidura libidinal de los objetos en la realidad (reprime), pero la conserva en el mundo de la fantasía. En el caso de la esquizofrenia, la relación al objeto está abolida: el registro de la fantasía o la introversión no son operantes y son remplazados por el retorno del goce a nivel del cuerpo fragmentado.

La paranoia

Freud **antes de Schreber** habla de la paranoia crónica en su forma clásica como **modo patológico de la defensa** como la histeria, neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria: uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera, suponiendo que posea la predisposición psíquica para ello (*Manuscrito H*). En este primer período la considera como una forma de defensa frente a una representación sexual inconciliable con el yo, defensa que se vale de una estrategia consistente en una proyección *“hacia el mundo exterior”*.

Esto lo amplía en 1896 en el artículo *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Relata el caso de la Sra P. de 32 años con un cuadro persecutorio con alucinaciones conspicuas.

Con el **caso Schreber** (1911) Freud llega a conclusiones desconcertantes:

- La paranoia como defensa ante la homosexualidad.
- El objeto de deseo sexual se transforma en el objeto persecutorio.

Formas de la paranoia

En la paranoia existe un **rechazo del paciente de su homosexualidad**, la homosexualidad reprimida es la causa de la paranoia (este enunciado, punto de partida, es inaceptable: *“yo –hombre– le ama a él –otro hombre–”*).

El sujeto la rechaza mediante cuatro formas, cuatro opciones que puede haber en la paranoia según la relación del sujeto con su Otro.

El individuo es incapaz de reconocer sus pulsiones sexuales, el paranoico reniega e invierte su sentido. Al inicio se activa una defensa, la **negación**, y posteriormente la negación se convierte en lo contrario (**transformación en lo contrario**), y aparece la **proyección**:

- “Yo no le amo, le odio” “él me odia, me persigue” “es él el que me odia y por eso me persigue” (**delirio de persecución**).
- “No es a él a quien yo amo, es a ella a la que amo, le amo porque ella me ama” “ella me ama” (**delirio erotomaniaco**).
- “Es ella la que ama al otro hombre” “yo no lo amo, es ella la que lo ama” (**delirio de celos o envidia**).
- “Yo no amo a nadie, sólo me amo a mí mismo” (**delirio megalomaniaco o de grandeza**).

Dicho de otra manera:

- El perseguidor niega el verbo: “no lo amo, lo odio” y lo proyecta en su Otro “él me persigue”.
- El erotómano transforma el enunciado configurando un semblante de heterosexualidad, pero al precio de ser objeto de un amor - goce inquebrantable “el Otro (siempre del sexo opuesto)” me ama.
- El celoso delirante borra su empuje homosexual endosándose por proyección a su cónyuge “es ella quien lo ama y no yo”.
- El megalómano contraviene el conjunto del enunciado “no amo a nadie, sólo me amo a mí”.

Observamos que el paranoico restablece un semblante de heterosexualidad mediante la contradicción del enunciado: el celoso contradice al sujeto, el perseguido al verbo, el erotómano al objeto y el megalómano al enunciado completo.

Por tanto, el paranoico elimina de su interior las representaciones de estas pulsiones y proyecta todo hacia el exterior, con lo que nace el **delirio**. El sentimiento de odio es dirigido hacia el exterior, esa focalización en el odio le permite desconocer su amor homosexual. Freud explica el delirio como una **defensa frente a la homosexualidad** y también como **forma de restitución o de curación**.

También señala que detrás de la agresividad está la homosexualidad.

Posterior a Schreber, en 1915, publica un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. Se trata de una mujer con un vínculo heterosexual que cree que le han fotografiado con el amante. En ella, es la imago materna la que se vuelve perseguidora (vínculo homosexual con la madre con la que perseguidora).

Para él, el punto débil del paranoico está en algún lugar entre la fase del autoerotismo, el narcisismo y la homose-

xualidad. Otros autores como los Botella concluyen que existe una grieta del autoerotismo en el paranoico “*la carencia autoerótica del paranoico*” (César y Sara Botella. “La figurabilidad psíquica”).

Homosexualidad

Freud trata de identificar el perseguidor originario en la trama delirante. Sitúa a Flechsig en ese papel, sustituido después por Dios. A partir de este dato Freud dice que la persona ahora odiada y temida a causa de su persecución es alguien que alguna vez fue amado y venerado, de manera que el delirio sirve para justificar la transformación afectiva en el interior del enfermo. Así sostiene la paranoia como **defensa ante un empuje homosexual inconsciente**: el rechazo a tal empuje homosexual se lleva a cabo al precio del delirio de transformación en mujer.

En realidad no se trata de una elección homosexual sino una fantasía homosexual.

La sexualidad en el ser humano está conectada con unas fantasías, en ausencia de su mujer él se conectó a diversas fantasías (ser mujer en el coito, homosexualidad). De una posición rebelde pasa a una posición de devoción / sometimiento cuando el padre ya ha fallecido. La nostalgia eróticamente intensificada de su padre y su hermano es la raíz de todo. Su estructura es frágil en relación a lo ocurrido en la niñez, con unas defensas muy arcaicas, sobre todo de escisión.

Freud defiende esta teoría férreamente: la persona antes amada es siempre del mismo sexo que el delirante, cuya defensa consiste en transformar en perseguidor al amado para ocultar así la inclinación homosexual inicial. En “*Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica*” (1915) y “*Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad*” (1922) también va a localizar un perseguidor originario del mismo sexo.

Otro pilar que explica su teoría lo encontramos en la noción de Narcisismo. En *Introducción al Narcisismo* (1914) nombra el estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor objetal. Para acceder a un objeto de amor, el sujeto se toma previamente a sí mismo como tal objeto (cualquier forma de acceso a la heterosexualidad pasaría primeramente por una elección homosexual de objeto).

El mecanismo paranoico

El mecanismo de producción de síntomas es la **proyección** y la **transformación del afecto** en la persecución.

En Schreber se da una proyección de una catástrofe interna, el paranoico reconstruye el mundo a través de su delirio como curación.

Lo característico de la paranoia es que la libido es acumulada al yo y usada para engrandecerlo (delirio de grandeza), aunque como hemos visto la retracción de la libido

no es exclusiva de la paranoia.

En Schreber hay dos tipos de retracción de la libido:

- Parcial: centrada en Flechsig.
- General: fantasía del fin del mundo.

El mecanismo paranoico tiene que ver con el estadio del narcisismo. Schreber se encuentra en un **estadio de narcisismo patológico**, ni siquiera Dios es superior a él. Además iguala a Flechsig con Dios. Él se tiene que convertir en mujer, como mezcla de adoración / rebelión contra Dios, disfrutar del coito como una mujer y así mantener contento a Dios. Y el motivo o la motivación de esto es un impulso homosexual reprimido, avanza la libido homosexual, orientado hacia Flechsig frente a una resistencia que ocasiona conflicto y da lugar a la patología psicótica. La causa es la lucha contra tales impulsos homosexuales.

- La base del estadio de la enfermedad es la libido homosexual.
- El motivo es el avance de esa libido homosexual hacia Flechsig como objeto erótico.
- La causa es el complejo paterno.
- La fantasía originaria es el temor a la castración, la fantasía específica el ser mujer en el coito.
- Schreber aumenta su debilidad al ser nombrado en el puesto del tribunal superior e influye que la mujer no puede tener hijos (supone una restricción ya que no vuelca emocionalmente sus instintos en ello).

Delirios y perseguidores: La **transformación en mujer** es un delirio más extraño, de tipo persecutorio, sexual, y es el primero (las voces se mofan de su virilidad); el segundo delirio fue la misión redentora, con un fin bueno, delirio de tipo místico redentor, la posición ante Dios. El primer perseguidor es el Dr Flechsig y el segundo Dios *“hay una orden universal por encima de Dios”*.

Las **disociaciones** son también características de la paranoia: Schreber funcionaba a modo de escisión donde hay un Dios superior y uno inferior así como un Flechsig superior y uno medio.

Explicación y conclusiones del caso Schreber

El padre es visto como objeto sádico, que introyecta al niño en un momento de gran fragilidad. Así el niño para sobrevivir a esta barbarie usa un mecanismo de defensa, la escisión, patológica, y empieza a estructurarse de forma psicótica (escisión para el sadismo). Encima, los demás objetos están eclipsados por este objeto sádico. Se da una relación muy dual padre – hijo, con la madre sin casi presencia y no existe triangularidad (no Edipo).

En Schreber se produce una retirada masiva del mundo

y cae sobre el yo, resultando una egolatría y megalomanía intensa. Su delirio es que todo el mundo de alrededor son sombras, espíritus, de reales sólo quedan Dios y él, su tarea es junto a Dios repoblar el mundo de personas y para eso tiene que convertirse en la novia de Dios, que ha de dejarlo embarazado de todo el mundo. Si todos los de alrededor son sombras es porque no hay ninguna libido, catexia, repliegue sobre el sí mismo tras retirada masiva del mundo, no para dejarse morir (como Narciso) sino para crear un delirio.

En la introducción del libro, Schreber decía que su testimonio resultaría útil a la ciencia futura. No se equivocó. Freud no conoció a Schreber pero leyó su libro ⁽⁶⁾.

Por un lado, entonces, Freud confiesa disponer de escasos medios terapéuticos para tratar la psicosis, pero, por otro lado, se interesa en ella concienzudamente. ¿Por qué? Pues bien, porque va a darse cuenta de que la psicosis desvela, pone al desnudo de cierta manera, las bases sobre las que él fundaba el descubrimiento mismo del psicoanálisis, a saber, el inconsciente ⁽⁶⁾.

Lo que asombra a Freud es que los psicóticos tienen la particularidad de revelar lo que los neuróticos guardan en secreto.

Ellos enseñan algo sobre la **estructura del psiquismo**. Los neuróticos enseñan a Freud el modo de funcionamiento, la dinámica del inconsciente. Los psicóticos, por su parte, le enseñan lo que el inconsciente es realmente, es decir, su estructura ⁽⁶⁾.

Freud observa que el psicótico, el paranoico en particular, *dice siempre lo que quiere*. Esto quiere decir que el paranoico no se somete a la regla fundamental del dispositivo analítico: la asociación libre, la cual es también su condición de posibilidad. Se trata del hecho de que uno se pone a hablar, se deja llevar por lo que dice y a partir de un momento dado uno pierde el control de lo que dice: es la lógica interna del inconsciente la que toma el control sobre la voluntad consciente del sujeto. Pues bien, el paranoico no pierde el control, sino que permanece dueño de la situación: él es el amo del lenguaje, dice Lacan ⁽⁶⁾.

Con el sujeto neurótico, el psicoanalista se pone a escuchar, a escuchar la queja, claro, pero también a escuchar y deducir el sujeto que se enuncia en la queja misma. Sin embargo, lo que viene al primer plano con el psicótico es la vertiente de la lectura, a saber que el inconsciente se presenta como una lógica que se puede leer de entrada (el psicótico testimonia, en cierto sentido) ⁽⁶⁾.

Freud deduce de la lectura del caso Schreber una confirmación de la teoría psicoanalítica. Por una parte, el psicótico es el amo del lenguaje, y por otra es, de un modo natural, un profesor del saber inconsciente ⁽⁶⁾.

El caso Schreber por tanto es un trabajo que permite empezar a tratar los psicóticos, que se caracterizan por:

- Megalomanía: creencia en sus propias ideas inamovibles en lo que cuentan.
- Indiferencia ante el mundo exterior: mundo exterior decaetizado, la libido vuelve al yo y produce este efecto de indiferencia (estado contrario al enamoramiento, donde toda la libido en el objeto externo, también aquí empobrecimiento).

El tratamiento irá enfocado a que catectizen al mundo exterior.

La esquizofrenia

La paranoia y la esquizofrenia tienen en común la retracción de la libido y acumulada al yo pero se diferencian en que:

- En la paranoia hay un regreso al narcisismo, toma importancia la proyección y el pronóstico es mejor.
- En la esquizofrenia hay un regreso al autoerotismo infantil, con lo alucinatorio (es un período evolutivo anterior) y tiene peor pronóstico (no reconstrucción).

El delirio, como ya hemos repetido, como vuelta hacia el mundo exterior, una tentativa de reconciliarse con los otros, una tentativa de curación.

La esquizofrenia para Freud se caracteriza por una decaetización de los objetos (proceso de desinvestimiento emocional o libidinal de las representaciones intrapsíquicas de objeto; o bien retracción social con respecto a las personas reales del ambiente).

Se define para él como una **regresión** en respuesta a intensas frustraciones y conflictos con los otros. Esta regresión desde las relaciones de objeto a un **estadio autoerótico del desarrollo** estaba acompañada por un **retiro de la investidura emocional** de las representaciones de objeto y de las figuras externas, lo que explicaba la aparición del retraimiento autístico en los pacientes esquizofrénicos. Postula que la catexis del paciente era entonces reinvestida en el self o en el yo.

6. BIBLIOGRAFÍA

(1) José María Álvarez. La invención de las enfermedades mentales. Editorial Gredos, Madrid, 2008.

(2) Apuntes personales sobre psicoanálisis. Tomados de la formación básica en psicoanálisis organizada por el Centro Psicoanalítico de Madrid.

(3) Glen O. Gabbard. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica (3ª Edición). Capítulo 7: Esquizofrenia; pp 185-186. Editorial Médica Panamericana, 2002.

(4) Nicolás Landriscini Marín. Bleuler and Freud: chronicle of a split foretold. París, 2013.

(5) Tabares Velásquez, JI; Vera Quiceno, Y. El concepto de psicosis en Freud. Revista electrónica Psyconex (vol 2 nº3). Grupo de investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones. Colombia, 2010.

(6) Nicolás Landriscini Marín. Introducción a la problemática de la psicosis en psicoanálisis. Interabide-París. París, 2013. <https://interabide.wordpress.com/2013/08/26/introduccion-a-la-problematika-de-la-psicosis-en-psicoanalisis/>

(7) Freud, S.:

- Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896).
- Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1912).
- Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico (1914).
- Introducción al narcisismo (1914).
- Lo inconsciente (1915).
- El yo y el ello (1923).
- Neurosis y psicosis (1923).
- La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis (1924)
- Inhibición, síntoma y angustia (1926).
- La escisión del yo en el proceso defensivo (1938).

COMENTARIOS

En el trabajo trato de realizar una selección de los conceptos considerados más relevantes por mí para entender la psicosis en Freud así como reflejar el recorrido que hace Freud en sus textos, haciendo una parada en el caso Schreber.

En él reúno diferente bibliografía así como apuntes personales de mi formación e intento dar un sentido coherente a dicho material.

Lo personal del trabajo tiene que ver con el orden del contenido, la selección personal de la bibliografía, los apuntes tomados, y la estructura global.

Es importante tener esto en cuenta, ya que la mayoría del contenido no pertenece como propio al autor y se debe ir a la fuente bibliográfica citada.

Agradezco a los profesores del Centro psicoanalítico de Madrid por la formación impartida. ✨

Apuntes psicoanalíticos sobre las psicosis: una mirada desde Piera Aulagnier

Francisco Rosagro Escámez

1. Introducción.
 - a. Teorías psicodinámicas de las psicosis.
 - b. Un recorrido por diferentes autores.
 - Lacan.
 - c. La estructura psicótica.
2. Aulagnier.
 - a. Introducción.
 - b. Metapsicología.
 - c. Proceso originario, primario y secundario.
 - d. El yo.
 - i. La capacidad yoica.
 - ii. Yo y autoestima.
 - e. La familia del paciente psicótico.
 - i. La relación madre – hijo.
 - ii. La madre.
 - iii. El hijo.
 - iv. Objetos e investiduras.
 - f. La terapia con el paciente psicótico.
 - i. Dificultad para la relación con el paciente.
 - ii. El terapeuta.
 - iii. Las sesiones.
 - iv. El paciente.
 - g. La paranoia.
 - i. Imagos parentales.
3. Casos clínicos.
4. Algunas claves del abordaje.
5. Bibliografía.

“Cuando aparece el delirio, la psicosis ya es vieja.”

G. Clèrambault

1. INTRODUCCIÓN

A. Teorías psicodinámicas de la psicosis⁽¹⁾

Establecer un modelo de conflicto versus modelo déficit es una característica importante acerca de las teorías de la esquizofrenia.

• Teorías interpersonales

Para *Sullivan* (1962) la etiología de la esquizofrenia era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente en la relación niño – progenitor. Conceptualizó el tratamiento como un proceso interpersonal a largo plazo que intentaba llegar a aquellos problemas tempranos. La maternidad defectuosa produce un self cargado de ansiedad en el infante y le impide a éste tener sus necesidades satisfechas. Este aspecto de la experiencia del self era entonces disociado, pero el daño a la autoestima era profundo. El inicio de la enfermedad esquizofrénica era un resurgimiento del self disociado, que conducía a un estado de pánico y a la desorganización psicótica.

Frieda Fromm-Reichmann (1950) remarcó que las personas con esquizofrenia no están contentas con su estado de retraimiento. Ellas son fundamentalmente personas solitarias que no pueden vencer su miedo y desconfianza hacia los otros a causa de las experiencias adversas que vivieron en la infancia. Se dedicó al estudio de una psicoterapia intensiva en la psicosis.

• Psicología del yo

Los primeros psicólogos del yo observaron que uno de los déficits principales en los pacientes esquizofrénicos es la existencia de un límite defectuoso del yo. Para *Federn* (1952) en la esquizofrenia la catexis se retiraba del límite del yo (en desacuerdo con Freud que afirmaba que la catexis de objeto era retirada). Observó que los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por no tener barrera entre el interior y el exterior, porque el límite del yo no está investido psicológicamente (como ocurre en los neuróticos).

• Hipótesis psicológicas y neurobiológicas

La hipersensibilidad a la estimulación y las dificultades en la atención y concentración son rasgos comunes de personalidad preesquizofrénica, así como el rechazo de las relaciones de objeto (de ahí la dificultad de establecer vínculos con ellos).

Son características de la esquizofrenia las pérdidas regionalmente difusas de la barrera sensorial normal en el SNC (Freedman, 1996), de ahí que encuentren dificultades para descartar estímulos irrelevantes y sientan una sensación crónica de sobrecarga sensorial.

Otros autores (Robbins, 1992) sugieren una correlación entre estados emocionales del olvido mental y hallazgos de atrofia cortical y actividad disminuida en el lóbulo frontal de pacientes esquizofrénicos, que a su vez conducirían a formas patológicas de simbiosis con los cuidadores que son incapaces de adaptarse a las demandas de tales niños.

B. Un recorrido por diferentes autores⁽²⁾

J. Bleger

Describe dos partes de la personalidad, siendo la parte psicótica la que tiene que ver con la no discriminación de los objetos y con la fusión (habría como una simbiosis), y la neurótica la que es capaz de la triangulación, ha accedido a la genitalidad, al Edipo, y por tanto, a la simbolización (posición depresiva para Klein).

Dicho de otra manera, con parte psicótica de la personalidad se refiere a aquel estrato u organización de la personalidad que ha permanecido (fijado) o ha regresado a una organización sincrética (estado o estructura en el cual no existe discriminación entre sujeto y objeto, entre Yo y no-Yo, entre las distintas zonas corporales, etc). Hace una distinción entre esta parte psicótica de la personalidad y la personalidad psicótica introducida por Bion⁽³⁾.

Para él siempre aparece en el paciente neurótico en algún momento la parte psicótica, aunque suele manejarse sin descompensaciones. En el paciente psicótico no existe conflicto ni interpretación porque no tiene capacidad de lenguaje ni simbolización.

D. Winnicott

Habla de una parte psicótica de la personalidad neurótica y viceversa, pudiéndose pasar de un lado al otro.

Para él primero se desarrolla un self más básico donde ya el niño es algo diferente a la madre, hay un sí mismo, y después se constituirá el yo.

Ante numerosos fracasos de adaptación el yo no se va a constituir ni desarrollar porque existe un fallo en el medio ambiente, la madre y el padre fallan al niño (por abandono, enfermedad, etc.), se desarrollará un **Pseudo-self o falso self**. Esto es típico de los pacientes borderline o psicóticos, en los que hay un falso self enorme con un

self verdadero minúsculo que no evoluciona.

Self verdadero	Falso self
"ser"	"deber ser" "búsqueda continua de caer bien" (capa externa, lo superficial)

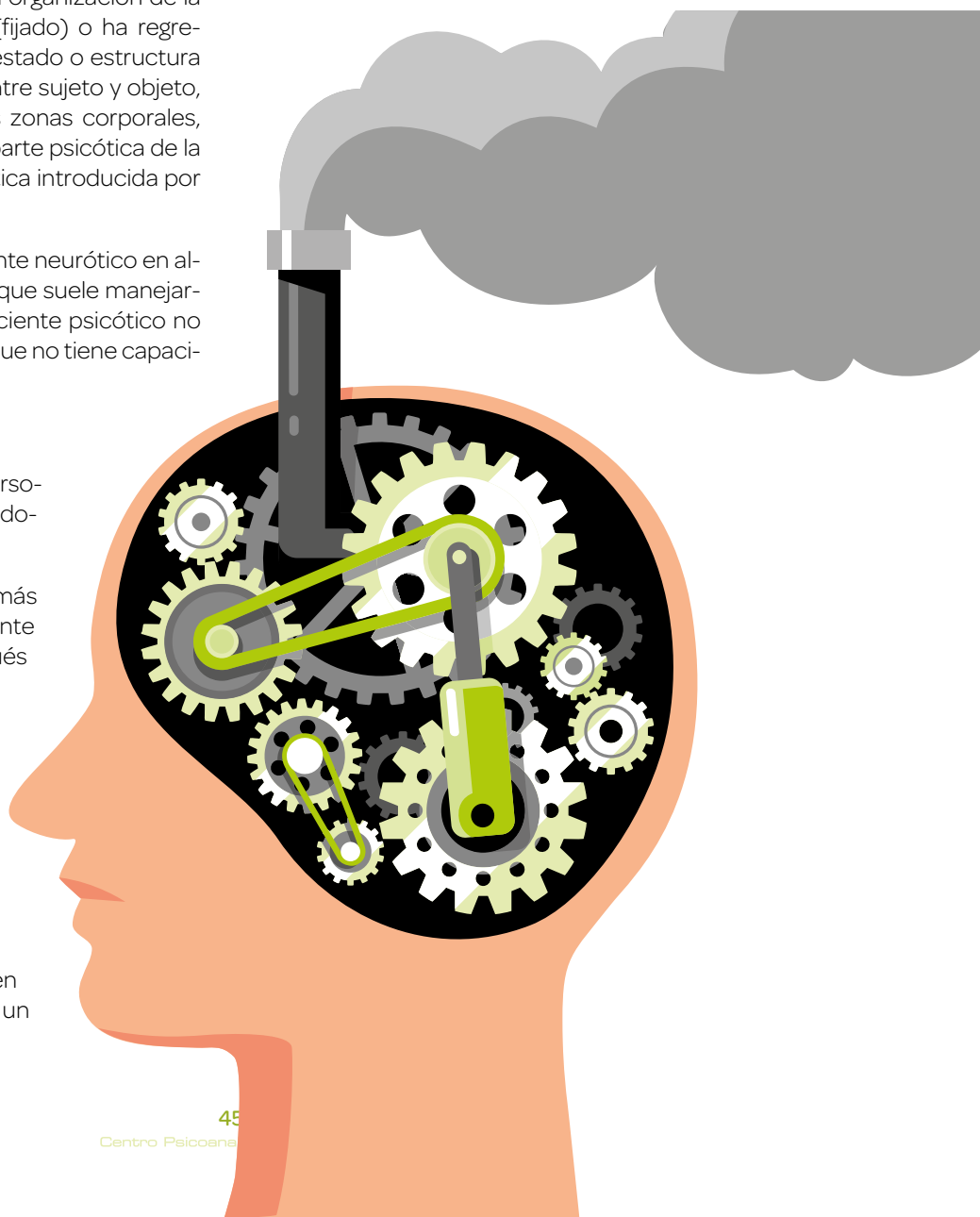
Winnicott habla de mala identidad en el paciente psicótico o borderline frente a mala identificación en el neurótico.

Según él, en terapia se debe intentar que el paciente se vaya desprendiendo del falso self y vaya entregando el verdadero al terapeuta, y esto será posible si existe un entorno previsible y confiable.

J. Szpilka

Describe dos funciones del yo: inhibir la función inhibitoria (inhibir la alucinación) e inhibir el dolor de catectizar la huella mnémica (inhibir el recuerdo, que produciría el dolor de la ausencia).

Refiere que el bebé tiene que hacer esas dos inhibiciones. Según este autor, los pacientes psicóticos sufren de



no inhibir la alucinación (sufren de alucinar) y los neuróticos de no inhibir el recuerdo.

W. Bion

Afirma que sobre la capacidad de la madre de salvaguardar que ningún estado de sufrimiento del niño sobrepase un umbral, se apuntala un estado de pensar en el niño. En las psicosis el niño no llega a legitimar un pensamiento propio.

Para él existe una cadena que va desde lo más primario a lo más complejo y abstracto. Llama elementos beta a lo más primario, que mediante la reverie (capacidad de la madre de convertir elementos beta en alfa) se convierten en elementos alfa.

Subraya que durante la psicosis hay dos elementos innatos:

- **Tolerancia a la frustración:** lo constitucional (problemas genéticos, del neurodesarrollo), la capacidad de un niño para aguantar o no la frustración.
- **Reverie de la madre:** capacidad de la madre para metabolizar las angustias del bebé.

Según Bion, si esas dos condiciones se cumplen, el niño funciona bien. Si existe una sola, habrán dificultades para la adaptación pero si fallan las dos existirán problemas de mayor gravedad.

Los **elementos beta** serían aquellas cosas que uno le pone a un bebé, se crean en la relación con otro, pensamientos que lo piensa al bebé *"mi hijo es agradable"*. Son sensaciones muy sensoriales y primitivas (hambre, angustia, muerte, etc), cosas que necesitan ser expulsadas y son proyectadas hacia la madre, que va a coger los objetos beta y los transforma en alfa, que regresarán por reintroyección y formarán en espacio emocional.

Los **elementos alfa** serían las cosas genuinas de un bebé, como el gesto espontáneo, experiencias corporales propias del bebé. La madre tiene la capacidad de captar elementos alfa del bebé mediante la reverie. La madre metaboliza angustias y convierte elementos beta en alfa *"hijo mío tienes hambre"* (traduce elementos beta en experiencia emocional, todo preverbal, mucho antes de la palabra).

Para **Antonino Ferro**, de la escuela bioniana, el delirio es una capacidad de reconectarse y generar elementos alfa, los llama *batalfa*. El delirio como capacidad evacuativa, que hace la función de la madre pero de forma artificial, es un intento de construir elementos alfa por uno mismo o de descargar elementos beta.

B. Killingmo

Refiere que hay una transacción entre el conflicto y el déficit.

Afirma que hay pacientes muy estructurados que funcionan a nivel de conflicto, donde los objetos están bien diferenciados. Pero que mientras que no haya identidad o cohesión del self no puede aparecer la patología de conflicto y hablaremos de **patología por déficit** (4).

En el déficit existen fallos estructurales, los sujetos necesitan de un objeto externo para mantenerse cohesionados. Es característica la ansiedad de fragmentación (necesidad de objeto para vencer esta ansiedad) frente a la de castración del conflicto.

Conflicto y déficit se van entrelazando y combinando y pueden aparecer situaciones de uno u otro en un mismo paciente.

Existe una transferencia de déficit, se trata de pacientes que no responden, están en una onda diferente a la del terapeuta, en una necesidad diferente, impenetrables, hacen de pantalla y nada les llega. Son muy reiterativos, siempre presentan el mismo discurso, y son infranqueables. El terapeuta tiene que afectar la neutralidad y actuar como dador de significado de aspectos deficitarios, haciendo de objeto del self.

C. y S. Botella

Difieren de Aulagnier y relacionan la paranoia con el **narcisismo / odio** en lugar de con la conflictiva parental / odio (en Freud recordamos que la relaciona con la homosexualidad / odio).

M. Klein

Describe ansiedades en torno al objeto temprano que es el cuerpo de la madre:

- Las primeras de tipo persecutorias (esquizoparanoides), las proyecta.
- Las segundas de tipo depresivo, las introyecta, apareciendo la culpa.

Existe una escisión en el bebé entre pecho bueno (cuando aparece) – pecho malo (cuando desaparece y tiene hambre). A los 4 – 6 meses se da cuenta el niño que ambos pechos son el mismo, lo empieza a ver como objeto total, ya no parcial, y aparece la preocupación en torno a la posibilidad de haberlo dañado, haber dañado al objeto, y el miedo a perderlo (angustia de aniquilación, amenaza de pérdida del objeto).

El punto de fijación o clavaje de las enfermedades psicóticas yace en la **posición esquizo-paranoide** y en los comienzos de la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos del desarrollo, el sentido de la realidad se enajena y el individuo se psicotiza. Pero si se alcanzó la posición depresiva y se la elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior no son de carácter psicótico, sino neurótico.

Para Klein, a diferencia de Freud, los pacientes psicóticos sí tienen capacidad de hacer transferencia.

F. Dolto

Pone más énfasis en los pacientes psicóticos en la cuestión transgeneracional (neurosis de los padres) que en el inconsciente de los padres (Aulagnier).

Refiere que hacen falta dos generaciones de neuróticos para que aparezca un paciente psicótico *“las primeras palabras de un paciente psicótico son como el sueño de un neurótico”*. Afirma que el trabajo con los pacientes psicóticos es de desciframiento.

El paciente psicótico actualiza su historia en lugar de simbolizarla. Destaca la gran importancia de conocer a niños menores de tres años para atender a los pacientes psicóticos, ya que su yo es un “yo mamá” “yo papá”, y hace hincapié en observarlos y entender lo que quieren decir como si de un niño se tratasen.

A. Green

Describe la **psicosis blanca** ⁽⁶⁾ para referirse a la estructura psicótica en negativo, en estado latente e invisible. Es el núcleo de una psicosis antes de una deriva delirante, una psicosis no manifiesta. *“Yo soy el hijo de eso”* (mi madre se acostó con uno y yo soy el hijo de eso).

En estos pacientes las imagos parentales están representadas, pero no las distingue el sexo sino que se diferencian en base a:

- Lo bueno frente a lo malo.
- La ausencia frente a la intrusión.

El objeto bueno es inaccesible y apenas perdura, siempre idealizado e inalcanzable, mientras que el objeto malo es intrusivo y apenas desaparece. Son dos objetos simétricos, tanto que se trata de un mismo objeto escindido.

La presencia del objeto bueno inaccesible conduce a depresión y la del objeto malo intrusivo a delirio de influencia paranoide. En ninguno de los dos casos es posible pensar la ausencia, no se han llegado a cumplir las condiciones de estabilidad (para que aparezca el primer pensamiento del niño tiene que estar ausente el objeto pero antes tienen que ocurrir estas condiciones de estabilidad).

Estos pacientes se mueven permanentemente entre lo depresivo y lo paranoide, entre la angustia de separación y la de intrusión, lo que provocará una hipocondría negativa de la cabeza con fallos en el funcionamiento mental, parálisis del pensamiento, dificultades de concentración, pseudorumiación obsesiva.

El terapeuta debe hacer pensable aquello que estos pacientes no pueden pensar, dotar de figurabilidad, mediante pseudotransferencia, sin ser intrusivo ni distante y pasivo.

H. Kohut

En la psicosis existe una patología en el autoerotismo, antes de la etapa del narcisismo primario que describe Freud, ocurre una reconstrucción (del self) delirante.

Jacques Lacan

Parece pertinente dedicar a Lacan un espacio ampliado en nuestro recorrido por varias razones. En primer lugar para recordar el hecho de que fue un referente y fuente para el desarrollo de las elaboraciones conceptuales de P. Aulagnier, que asistió a su seminario en París y se analizó con él en el periodo de 1955 hasta 1961, aunque posteriormente se distanciaron conceptualmente debido sobre todo a las distintas visiones que mantuvieron sobre las garantías en la formación del analista tal como veremos más adelante; y en segundo lugar, por el avance que las aportaciones de Lacan han supuesto en el terreno de la intervención psicoanalítica con pacientes psicóticos así como el reconocimiento alcanzado.

El interés de Lacan por estos pacientes se hace presente desde su inicio de la actividad clínica y teórica ya que su formación previa era como psiquiatra, siendo en su tesis doctoral desarrollada sobre la paranoia de autopunición, caso Aime, la que da cuenta de su interés inicial y el encuentro con el psicoanálisis. En su aportación al trabajo clínico hay un concepto que sirve como emblema de su aportación teórica: la **forclusión**. Con ella hace referencia a que en el caso del sujeto psicótico no se produjo a su debido tiempo psíquico una operación fundante para el funcionamiento psíquico normal y por tanto quedó abolida en el sujeto.

Lacan deja de lado el Edipo como mito y pasa a ocuparse del mismo en otro nivel, el estructural. Se trata de una estructura en tanto es una organización con funciones y donde cada personaje se define en relación al otro y al lugar que ocupa. Lacan remarca que Freud quiso basarse en un mito y no en un hecho para sustentar la experiencia infantil, por tanto, el Edipo no está en el terreno de lo real sino en el ámbito de lo simbólico, es decir, es algo que sucede en el ámbito del lenguaje. Edipo entonces no es algo natural, es un hecho cultural ⁽⁷⁾, es el efecto de la entrada de la palabra en el cuerpo.

Edipo no se enfrenta a una verdad ya sabida sino a una verdad que como en psicoanálisis el protagonista debe ir construyendo paulatinamente. En el desarrollo de la trama que parte de una pregunta y que despliega un misterio al igual que un síntoma, se va construyendo esa verdad. En este sentido, al inicio de la obra de Sófocles, Edipo es la arrogancia narcisista de quien supone un saber, al enigma de la esfinge, y sobre el final y a través de la verdad se enfrenta a la castración.

En Lacan ⁽⁸⁾ lo que determina la evolución del Complejo de Edipo es la actitud hacia el padre y no hacia la madre como en Freud (el deseo materno es desplazado por el

nombre del padre). Lacan plantea el **Complejo de Edipo** en tres tiempos, esos tiempos son lógicos en tanto tienen determinada sucesión.

En el **primer tiempo** del Edipo hay una relación imaginaria entre el niño y la madre (fase del espejo), la madre como fuente de toda plenitud y el niño el que completa a la madre, la falta de ella (que quedará inscrita en el tercer tiempo). Se produce el acto psíquico que lleva a la estructuración del yo. En este tiempo tiene lugar la patología de la carencia, la apatía (pacientes que nunca han sido el falo de la madre).

En el **segundo tiempo** el padre interviene como privador de la madre: priva al hijo del deseo, frustra al niño en sus deseos y lo aparta del vínculo con la madre y también priva a la madre del objeto fálico. El niño no quiere perder su posición fálica por lo que es un tiempo de rivalidad, el niño se enfrenta a la figura de autoridad, al padre. Hay una experiencia de intrusión / exclusión y uno ha de reaccionar ante ellas.

En el **tercer tiempo** el padre interviene como aquel que tiene el falo, aparece el Otro, la alteridad. Se forma el ideal del yo o un vacío. Se concluye la castración y se instaura la metáfora paterna, el niño tiene que perder la posición fálica y queda inscrita la falta en el psiquismo, el niño acepta que el falo no es él ni el padre sino que es algo ausente, queda un agujero producido por esta metáfora paterna. El niño se identifica con los emblemas del padre, con algo de él.

Aún planteando al Edipo en este movimiento de tres tiempos, para Lacan el Edipo trata de un drama que es estructurante ya que permite asumir la propia falta y producir un límite propio. Asumirse como sujeto implica entonces el reconocimiento del propio deseo.

La operación mediante la cual se estructura el aparato psíquico es llamada por Lacan la **metáfora paterna** (MP). La metáfora paterna ocupa el lugar de lo simbólico, el tercero (el padre u otra figura), y hace que aparezca un corte, que se entre en conflicto, desilusiona y abre los ojos a la madre para que vea esa ilusión fusional. Lo plantea como un operador lógico, y trata de poner el énfasis en el hecho de que la importancia está en la función y no en la figura. El **Nombre del Padre** no es la figura del padre, sino la función que interpreta el deseo de la madre⁽⁹⁾.

A partir de ahí va a quedar siempre una falta. Esa **falta es estructural**, está en todos los seres humanos y habla de que hay límites, uno no es omnipotente y tiene que pedir ayuda. El neurótico acepta esta falta, este límite. La falta pone en marcha que exista un deseo.

Pero en el paciente deficitario hay una sensación de falta narcisista que no es sólo la estructural, hay partes no reconocidas y una insatisfacción mayor. En estas personas la falta es real, algo real que ha pasado, unas funciones que no ha tenido.

Con la **forclusión o repudio**, algo que no está inscrito en el psiquismo (ausencia de la inscripción de la falta que se traduce clínicamente en que no tienen deseo ni motivación) es echado hacia fuera por el paciente psicótico (forclusión como sacar hacia fuera). No hay simbolización ni metáfora paterna, la función paterna no ha quedado registrada. Hay una forclusión del Nombre del Padre, no existe una estructuración del psiquismo sobre la base de una autoridad simbólica.

Luego retorna eso que ha echado, lo persecutorio (al igual que en el neurótico retorna lo reprimido).

El paciente psicótico está bajo la ley caprichosa o arbitraria de la madre si falla la ley edípica. En él no está presente la MP, no hay mundo simbólico, porque los protagonistas, no se han separado de la relación fusional. Recordar lo paterno recuerda a la falta, la falta del padre que tuvo, se da cuenta de lo que no ha tenido, suficientes experiencias reguladoras de la función paterna.

En una primera fase Lacan considera que hay una psicogénesis. No hay reconocimiento de esa figura paterna, la forclusión es algo que no queda inscrito en el psiquismo pero es algo existente, existe fuera del padre pero no pasa dentro.

En una segunda etapa, el padre ha quedado forcluido (**estructura psicótica**) y posteriormente emergerán los síntomas psicóticos si se da un acontecimiento, es decir, cualquier llamada al nombre del padre en oposición simbólica al sujeto. Por ejemplo, para Lacan en Schreber el acontecimiento es cuando le demandan desde fuera que se coloque en el lugar del padre, ahí enferma, tiene la demanda de tener un hijo y de repente le nombran presidente, eclosionando la psicosis "uno tiene que colocarse en el lugar del padre". Para Lacan la problemática viene de fuera, es la realidad la que produce y lo lleva a esa posición.

Lacan distingue una **estructura** y un **acontecimiento**. Incide en que es importante localizar a los psicóticos antes del acontecimiento.

Las psicosis antes del acontecimiento nos lleva a pensar en la observación clínica frecuente de que los pacientes con psicosis no tienen por qué desencadenarse siempre y mucho menos en un delirio. Es lo que se denomina psicosis normalizadas o psicosis ordinarias, que apunta a la distinción entre psicosis débil y psicosis fuerte. Se trata de pacientes con una presentación nueva de su estructura diferente a la manera clásica.

La psicosis ordinaria, que sería la débil en contraposición a la clásica, no suele presentar puntos de desencadenamiento rotundos y determinantes, se trata más bien de encuentros con un real que enfrentan al sujeto a situaciones que lo perplejizan y lo desanudan. En ellas no se dan los grandes delirios psicóticos, no son delirios formados en la misma dimensión. Ya no se trata de rupturas

radicales, parece que estos sujetos en los momentos de crisis, se enfrentarán mejor a la forclusión, lo que permite avanzar un análisis de la importancia clínica de la “continuidad” en la forclusión del nombre del padre.

Las descompensaciones ocurren cuando la realidad les frustra. Muchos brotan cuando se tienen que hacer cargo ellos, reproducir la función paterna. Mejoran al llegar un tercero (por ejemplo el juez, garante de sus derechos), ya que les falta ese tercero y tienen miedo a que el sentido sea el que le da el otro (fantasías de no autonomía frente a un Otro que mueve los hilos y le lee el pensamiento). Hay una estabilidad si los tres anillos funcionan conjuntamente (simbólico, imaginario y real), mientras que en la psicosis se quita el simbólico y se separan los tres.

Las manifestaciones de la psicosis normalizadas se pueden distinguir de aquellas de una psicosis más “clásica” a través de varios aspectos como las características del delirio, los trastornos del lenguaje, los acontecimientos del cuerpo y la transferencia.

Los delirios no siempre están presentes o toman formas discretas. En esta psicosis discreta se mantiene un anudamiento de los tres registros pero el cuarto nudo que los sujeta no es el Nombre del Padre, no es el Edipo.

En cambio, los tres registros - real, simbólico e imaginario - funcionan anudados por otro tipo de respuesta, por una suplencia o nueva modalidad del síntoma que denominamos sinthome, que hace que un sujeto esté parcialmente compensado por esta formación sustitutiva al permitir un anclaje normativo con la realidad. El sinthome es la manifestación propia del ser en su relación particular con el goce, entendido éste como la satisfacción que hace tropezar o que imposibilita el desarrollo de la vida misma, y es a través de este tratamiento del goce lo que le permite al paciente psicótico sostenerse anudado en el mundo. Sinthome, a diferencia de síntoma, es un paso más que da Lacan en su última época llevando aún más allá la función y la importancia del síntoma, por eso se enfatiza el uso de este concepto para poder pensar lo que hace que un sujeto se mantenga estabilizado, por ejemplo a través de la escritura como se atestigua en el estudio sobre Joice.

Esto sirve para todos los sujetos, cada uno con su particular anudamiento. En el momento del desencanche en estas psicosis se produce algo más del orden de un desajuste, de una salida del patrón o de un cambio imprevisible, que los desencadenamientos psicóticos clásicos que se producen de forma radical donde los tres registros parecen haberse soltado completamente y la ruptura se presenta tan fuerte que sólo la irrupción delirante puede salvar al sujeto del pasaje al acto. Este nuevo modo de reordenamiento de la realidad que aporta el delirio requiere un gran esfuerzo subjetivo para poder volver a poner las cosas en su lugar, la metáfora delirante es también una de las posibilidades de abrochamiento.

Otra de las características de estas psicosis ordinarias es la ausencia de fenómenos del lenguaje habituales en las psicosis fuertes. No es el terreno representativo de neologismos, ni de lenguas fundamentales. Se trata más bien de sujetos psicóticos más discretos en lo referente a las cuestiones con el lenguaje, incluso se puede observar una pobreza discursiva importante. A través del acento y la singularidad que cada paciente le da a los términos que usa será la manera de orientarse en lo concerniente a los trastornos del lenguaje.

Para las psicosis normalizadas el síntoma corporal cumple la función de nominar al sujeto y permite que éste no se pierda en la deriva de un goce sin regulación. Se puede decir que la función de anclaje que aporta el sinthome se encarna en un síntoma somático, de ahí que estos fenómenos adquieran un componente de rigidez y plenitud. Similar en el paciente que siente que “una mujer me rompió el corazón con un disco de Shakira” donde no se presenta un cifrado o mensaje inconsciente dirigido al Otro como en el terreno de la neurosis sino que se organiza un delirio discreto entorno a los acontecimientos del cuerpo en su literalidad siendo eso justamente lo que le permite fijar los tres registros y seguir haciendo lazo social.

En el manejo de la transferencia se trata de colaborar de forma más activa y creativa en la búsqueda para restablecer las piezas del broche sinthomático que en un momento se desprendieron⁽⁷⁾, siempre a partir del ritmo y las orientaciones que proporcionan los pacientes ofreciéndonos para que éstos se sirvan de nosotros.

Para Lacan, la teoría de la psicosis tiene que ver con una problemática de reconocimiento, lugar que ocupa uno en el deseo del otro. El paciente psicótico pudo estar fuera del discurso pero no está fuera del lenguaje, fuera del sentido, únicamente manifiesta una dependencia del Otro en grado extremo⁽⁸⁾. El tratamiento de las psicosis supone un modo peculiar de conversación, una conversación que permite al sujeto nombrar aquello que excede o falta y donde ante la monotonía de los esquemas de tratamiento habituales se privilegia el trato con el paciente. Para Lacan, en cuanto que la naturaleza de las psicosis es estructural no son curables, sólo pueden estabilizarse.

C. La estructura psicótica

La psicótica es una de las tres grandes estructuras que existen junto con la Neurótica y la Perversa. Son estructuras de subjetivación o constitución de la subjetividad. Un sujeto con esta estructura puede no tener síntomas psicóticos. El diagnóstico por tanto debe ser estructural, no sintomático.

Se puede captar la estructura de un paciente observando la estructura defensiva que aparece en la relación transferencial.

Una estructura de otra difiere en la manera de percibir el mundo: *“El paciente neurótico es el sujeto de la duda*

mientras que el psicótico es el de la certeza". No hay preguntas para el paciente psicótico, no hay dudas, hay certeza. No hay síntomas sino **fenómenos elementales** (delirio, neologismos). El paciente psicótico se funda en la certeza, que a su vez funda su delirio.

Lacan designa el fenómeno elemental como el elemento central que da cuenta del desencadenamiento de una psicosis.

Los fenómenos elementales son los siguientes:

- Automatismo mental: aparición automática de una actividad involuntaria, consta de alucinaciones y sensaciones de estar poseído por otra persona (anticipación del pensamiento, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a fenómenos psicomotores); síndrome de pasividad: sensación de no poder controlar los recuerdos o los pensamientos.
- Fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con el cuerpo.
- Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad: testimonio de experiencias inefables o de certeza absoluta, con respecto a su identidad, hostilidad de un extraño (envenenamiento) o expresiones de sentido o significación personal (puede leer en el mundo signos dirigidos exclusivamente a él).

Característica de las estructuras según:

	Neurótica	Límite	Psicótica
Instancia dominante	Domina el superyo	Ideal del yo (parte del superyo)	Funciona el Ello , que se impone
Naturaleza del conflicto	Superyo – Ello	Ideal del yo – Ello / Realidad	Ello frente a Realidad
Naturaleza de la angustia	Angustia de castración	Angustia ante la pérdida de objeto	Angustia de fragmentación o aniquilación (temor a perder la vida frente a perder una parte que sería la castración).
Defensas	Represión	Denegación (escisión de los objetos)	Negación (forclusión: poner fuera de uno algo que ni siquiera se puede reprimir, lo que no se puede simbolizar sale en lo real según Lacan)
Vínculo o relación de objeto	Vínculo genital	Relación de objeto anaclítica (de protección, de autoconservación)	Relación fusional (no discriminación yo - tú)

Criterios estructurales importantes en la organización de la personalidad ⁽¹¹⁾:

	Neurótica	Límite	Psicótica
Integración de la identidad	Representación del self y objetos perfectamente delimitados	Delimitados	No delimitación
Difusión de identidad (aspectos contradictorios del sí mismo y los demás pobremente integrados)	No. Identidad integrada	Sí	Sí
Operaciones defensivas	Represión (alto nivel: formación reactiva, etc)	Escisión (bajo nivel: identificación proyectiva, omnipotencia, devaluación, negación, idealización primitiva)	Negación (defensas primitivas)
Prueba de realidad (diferenciación self – no self, capacidad de discriminar recuerdos de realidad, interior de exterior, lo mío / lo tuyo)	Conservada	Conservada	Ausente. Existe un juicio fino de realidad

Para Lacan, la estructura psicótica fuera de las crisis se caracteriza por:

- El paciente coloca al terapeuta contratransferencialmente en una posición en la que no sabe nada, no sabe a qué ha venido el paciente, deja un hueco y no se trata sólo de preguntar.
- Cumple perfectamente diferentes papeles sin tener en cuenta diferencias, lo hace bien y habla bien de lo que hace pero sin medir diferencias.
- Hay una psicosis sin manifestaciones delirantes. Si el nombre del padre no está inscrito, no hay una significación de la realidad y existe una posición de errancia hacia la realidad, el sujeto se mueve de cualquier manera y en cualquier lado.

Green describe la estructura psicótica en negativo, en estado latente e invisible (psicosis blanca). Se trata del núcleo de una psicosis antes de una deriva delirante, una psicosis no manifiesta ⁽⁶⁾.

Se caracteriza por:

- El vacío del pensamiento.

- La inhibición de las funciones de representación (dificultad para hacer ligazones).
- La bitriangulación (nos encontramos con los tres términos del Edipo y el sujeto se encuentra unido a sus dos genitores, unidos éstos por la diferencia de los sexos). La tripartición “sujeto / objeto bueno / objeto malo” desemboca en una relación dual, pues el objeto tercero no es más que el doble del objeto. El sujeto se une, entonces, a un único objeto (desdoblado).

2. P. AULAGNIER

A. Introducción

Piera Aulagnier es considerada una de las mayores exponentes del psicoanálisis en la actualidad. Nace en Milán y vive durante la guerra en Egipto, pasando posteriormente a estudiar psiquiatría en Roma. Realiza su formación en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis y se analiza con Jacques Lacan entre 1955 y 1961. Siguió la enseñanza de Lacan durante la segunda división de la historia del psicoanálisis en Francia, sin embargo, cuando Lacan propuso en 1967 el procedimiento del pase que autoriza al psicoanalista en su práctica, Aulagnier se opuso firmemente porque creyó que solo serviría para aumentar la hegemonía en la escuela. Recordemos que en el proceso del pase los pasadores necesitan escuchar al candidato referirse a su análisis personal.

Piera Aulagnier renunció junto con sus colegas Francois Perrier y Jean-Paul Valabrega, los tres crearon el llamado Cuarto Grupo y propusieron un nuevo procedimiento para la designación de psicoanalistas. Así mismo reconocía que aunque no estaba contra toda tentativa de matematización de la teoría psicoanalítica pensaba que al hacer esto se toma el riesgo de abandonar el campo clínico, el campo de los afectos y lo relacional.

Piera Aulagnier piensa que lo que persiste a lo largo de sus investigaciones es una manera de concebir la teoría analítica como la que busca esclarecer las condiciones necesarias para que el yo como una instancia que está directamente vinculada al lenguaje pueda existir y la actividad del pensamiento sea posible. Afirma que siempre ha privilegiado la problemática de la identificación desde el comienzo. Por los interrogantes que nos plantea la identificación podemos entender mejor la complejidad del aparato psíquico del cual el yo cree ser el único que lo habita, siendo esa una ilusión que él defiende contra viento y marea.

Es a partir de una teoría del yo que se puede dar cuenta de los obstáculos que debe enfrentar el sujeto para poder lograr ese mínimo de autonomía que es necesario para su funcionamiento psíquico. El proceso identificatorio es la cara oculta de ese trabajo de historización. El yo no puede advenir más que siendo su propio biógrafo y su historia es tanto libidinal como identificatoria⁽¹²⁾.

Se aleja al concebir al pensamiento psicótico como efecto de un déficit o de una represión que no se ha producido, y prioriza todo el trabajo a la construcción y reconstrucción de contenidos y causalidades que debe hacer el sujeto que ha girado hacia la psicosis para poder lograr una temporalidad, para intentar tener un proyecto identificatorio.

B. Metapsicología

Esta autora explora y trabaja la dimensión teórica, clínica y sobre todo la técnica, que trata de cómo crear un espacio donde poder construir y nombrar los afectos cuyas representaciones no fueron conectadas^(2,13,14).

Da importancia a la escucha del paciente psicótico, el discurso que trae, lo que oculta y enseña, el discurso que traen los padres, lo que ocultan y lo que informan (con pinzas). Refiere que existen prohibiciones de los padres a construir la historia del sujeto.

Afirma que la construcción delirante es el último recurso de poder metabolizar aquello que no ha podido serlo, y subraya la importancia de intentar adelantarse en el discurso de estos sujetos.

La metapsicología de Piera Aulagnier se ocupa de la construcción del psiquismo, va a investigar cuáles son los orígenes del psiquismo.

Para Aulagnier el yo se va construyendo a través de un **proceso de identificación** desde lo originario (antes de la formación del inconsciente) al proceso primario y secundario. La patología se formará según este proceso de identificación.

Refiere que existen tres modos de funcionamiento (también llamados de representación o de metabolización) que construyen la actividad psíquica y van a dar cuenta del encuentro con la madre.

Existe una violencia simbólica que la madre oferta al niño (oferta libidinal), oferta que a veces le cuesta metabolizar. Lo llama infans hasta que deviene el niño, y tiene que metabolizar todas las excitaciones que le llegan.

Hay una **realidad histórica**, que se refiere a la realidad interna y externa.

Se requiere un **trabajo de historización**, que consiste en la creación que va a ir haciendo el yo, que se encuentra en permanente construcción; al igual que lo que se hace en el trabajo analítico, aunque en el caso particular de los pacientes psicóticos se crea algo nuevo, se nombran esas lagunas que no fueron nombradas. En “*Un intérprete en busca de sentido*”⁽¹⁴⁾ refiere que la historización es con el yo del paciente, que está condenado a invertir. A Aulagnier le interesa rastrear toda la historia del sujeto.

Atribuye gran importancia a la madre, poco relevante para Freud y para Lacan. Desde la presencia de la madre

modela, significa, modifica, etc. La patología va a ser diferente según cómo sea la madre y cómo metabolice el infans.

El psiquismo se empieza a construir por tanto a través de un **encuentro con la madre**, existiendo:

- Yo activo (está desde el principio): **yo autoengendrado** (cuerpo y psique en potencia antes de un yo, se refiere al mundo interno).
- Otro primordial: la **madre o portavoz**, que preinvieste y preexiste al niño (mundo externo).

A ese primer encuentro se le llama encuentro inaugural, a partir del cual la madre le va dando significado al infans. Se trata de un encuentro asimétrico entre un niño desvalido, desamparado, cuya madre es todo para él; y una madre que invierte otras cosas, el niño no es todo para ella.

Lo que la madre oferta al niño, éste tiene que ir metabolizándolo. De ese encuentro nace la psique del infans y el mundo; incluso antes del embarazo influye el cuerpo imaginado, el deseo de maternidad de la madre, lo que espera la madre ya que ese niño ya está en la mente de la madre ("la sombra hablada"), y ellos dependerán de cómo la madre invista ese encuentro.

Posteriormente existirán dos encuentros más, que constituirán el yo.

C. Proceso originario, proceso primario y proceso secundario

El **proceso originario** da cuenta de los primerísimos tiempos, algo arcaico anterior al inconsciente, como unas huellas mnémicas grabadas en el psiquismo en construcción y que permanecen toda la vida como un psiquismo representativo, como un cuerpo extraño (partes no reprimidas). Se trata de algo del orden de lo sensorial, lo innombrable.

Llama **pictograma** a esa excitación en el cuerpo del bebé que da lugar a representaciones pulsionales (cuerpo sensorial) o ello para Freud. El pictograma sería un espacio o funcionamiento de signos perceptivos, huellas motrices o imágenes mnémicas que no van a llegar nunca a la conciencia, una figura que representa a lo innombrable.

El yo autoengendrado va a metabolizar (representar o investir) toda excitación o vivencia que llegue al cuerpo (excitación afectiva). La primera identificación será cuando pase ese proceso originario.

En el proceso originario se sitúan las psicosis. Clínicamente corresponde con las vivencias de pánico, angustias de despersonalización, vivencias de cuerpo fragmentado, mutilación, vacío (elementos beta para Bion, mundo loco arcaico psicótico). No existe un proceso identificatorio adecuado y el niño no puede metabolizar

esas moléculas que la madre le transmite, las producciones de la psique de la madre no las entiende.

La clínica se puede desencadenar (en realidad ya estaba la base) si hay algo de fuera que lleva al sujeto a ponerse en contacto con eso que no pudo ser metabolizado (como un duelo, un fracaso, una ruptura de pareja, etc).

En el **proceso primario** comienza a funcionar la represión. Se invierten las primeras vinculaciones afectivas (identificación primaria para Freud, la que se refiere al vínculo de amor con el objeto, la madre).

Toma importancia el **psiquismo de la madre** (omnipotencia del deseo de la madre) y el lugar que ocupa el padre en la madre (marca del padre).

Se representa una presencia / ausencia del pecho (primer representante del exterior), se representa por tanto la diferencia. Se trata de un pecho que habla, la madre le transmite sus propios deseos, porta la voz de un discurso social; y existe un traumatismo de ese primer encuentro en el que el niño todavía no diferencia un yo del no yo.

En la psicosis existirá tal traumatismo al ser la madre patológica.

La forma de representación es la escena fantasmática o la fantasía, lo que el niño puede empezar a fantasear (alucinación de la satisfacción en el niño).

El **primer encuentro** entonces es el producido entre la psique del infans y el portavoz (la madre, objeto primordial).

En el **proceso secundario** el yo adviene, se habilita un espacio hablante donde toma importancia el **discurso o deseo de la pareja parental**.

La psique adquiere un lenguaje, se construyen primero el pensamiento y las ideas, siendo la idea la forma de representación.

Para que advenga el yo tiene que haber un relato de antes de la existencia del sujeto, Aulagnier llama a esto **puntos de certeza**, que permiten el acceso a lo simbólico.

En este proceso se da el paso del infans a un niño.

El paciente psicótico no accede a lo simbólico porque llega con fallas que no se lo permiten, ocurren problemas en la constitución del psiquismo. Los sujetos psicóticos no tienen una historia que les han contado, construyen esto con un delirio, es difícilísimo que el paciente tenga un relato de su historia.

El yo tiene que ir invistiendo su propio cuerpo, el de otros (madre, padre, otros...) y seguir invistiendo toda la vida.

Tiene lugar el **segundo encuentro**, entre la psique del infans y el discurso parental (incorporación del padre).

Y finalmente el ocurre el **tercer encuentro**: la mirada

de los otros. Los otros ayudan a seguir con las identificaciones, que no terminan y se dan siempre a lo largo de la vida (con el profesor, terapeuta, etc).

A partir de aquí se miden las fuerzas de Eros (deseo de presencia, de ligar, de unir) y de Tanatos (ese antes de toda representación, lo originario, estado de quietud o nirvana, antes de todo, antes del deseo, eso que lo lleva al proceso originario, antes de existir).

Lo que busca el paciente psicótico frente a lo que no puede asumir no es la muerte sino ese estado de quietud, ese "antes de".

El paciente psicótico no ha podido con esas primeras excitaciones que recibe el infans, nadie se las traduce o significa, no ha podido sustituirlas, no ha podido poner esa idea o pensamiento en el proceso secundario, no se les han significado esas huellas (experiencias o excitaciones) y por tanto no las han podido ir sustituyendo por los siguientes pasos.

El paciente psicótico cuenta una vivencia de algo inabarcable, un horror.

D. El yo

Aúna el yo función y representación de Freud, afirma que las identificaciones han de ir estructurándose y existirá patología si existen problemas en el proceso identificatorio.

El yo se construye a través del discurso materno a través de procesos identificatorios; se van generando investiduras, primero auto y después a los otros y a la realidad con unas identificaciones que pueden ser metabolizadas.

Sólo a través del yo tenemos acceso a lo intrapsíquico y a la realidad externa.

El yo es la historia de las relaciones de objeto, la historia de los vínculos, que establece el niño con sus otros significativos. Desde la primera relación con la madre se va dejando una marca, un repertorio de relaciones, el yo es la marca de los significantes "*la sombra del objeto cae sobre el yo*"⁽¹⁵⁾, es sobre todo un yo corporal.

Con las primeras experiencias de insatisfacción (hambre, malestar), se va diferenciando y se va marcando la frontera de su yo corporal.

En las experiencias de insatisfacción son donde se subraya el **proceso de identidad**, son necesarias para que exista diferenciación. Además de esas experiencias de insatisfacción, para que el yo advenga es necesario un reconocimiento de la madre al niño, que interpreta lo que le pasa al niño, su incomodidad, y lo reconoce como un sujeto diferente a ella.

En la psicosis no hay una salida de la fusión, existen problemas en el reconocimiento por parte de la madre de esos niños.

i. La capacidad yoica

Las capacidades del yo son las siguientes:

- **Temporalidad:** el yo genera un nuevo proceso psíquico de elaboración, del principio del placer en el que la descarga es inmediata se pasa al principio de realidad, donde puede demorar (sede del principio de realidad).
- **Autoconservación:** el yo es su sede.
- En él tienen lugar los **conflictos psíquicos** (sede del conflicto y de la angustia), está constantemente tensionado entre la realidad (conflicto que se da en la psicosis), principio del placer (ello) e imperativos del superyo (ideal del yo) y tiene una función básicamente integradora. Un yo débil es el que sigue el instinto del ello, no puede demorar, pone el principio del placer por encima del de realidad.
- Es la sede de los **mecanismos de defensa**, que pone en marcha ante la angustia.
- **Pensamiento y lenguaje** (función verbalizadora): lo propio del yo es verbalizar, capaz de enunciar, hacer relatos, es un historizador, nunca termina, y así se dota a sí mismo de identidad, hace acopia de la memoria, la activa y basa en eso su identidad, relatos que surgen de identificación diferentes según momentos vitales diferentes.
- **Es la sede de la atención y de la percepción.** Percepción no pura, condicionada por los fantasmas que habitan en el propio sujeto. El yo sería la instancia psíquica y se diferenciaría del sujeto o sí mismo (self), que se refiere a todo el aparato psíquico en su conjunto, con las tres instancias psíquicas.
- **Juicio.** El yo emite juicios al regirse por las leyes de la lógica (proceso secundario), es afirmativo, aunque sean juicios dubitativos. La acción última la va a ejecutar el yo, un yo lastrado también por el inconsciente así que puede ser una acción no lógica o sintomática.
- **Mentalización** (capaz de pensar que hay otra mente parecida a la suya que puede pensar similar, principio de la simpatía).
- **Disociación** (capaz de observar, yo observador, autorreflexión o parte de la conciencia que observa el pensar).
- **Sublimación** (capaz de transformar energía sexualizada en desexualizada, poniéndose metas socialmente valoradas, el yo creativo o de la creatividad).
- **Es la sede de los roles.** El yo no es uno sino múltiple, estamos habitados por multitud de yoes (como terapeuta, amigo, padre, etc; habilidades diferentes en cada uno), el yo funciona con escisiones que son funcionales, adaptativas y progresivas. El yo puede regresar (regresión) y lo puede hacer de distintas formas

(de manera útil, funcional o patológica).

Existe un proceso de identificaciones y desidentificaciones que ayudan en la realidad y que con el tiempo se pueden sintetizar con todas las identificaciones lo que uno quiere ser y crear algo nuevo mediante un proceso de duelo, elaboración, descarte y apropiación.

ii. Yo y autoestima

El yo es la instancia que sostiene el amor propio y la autoestima se basa en la relación que uno mantiene con los ideales. Si uno se siente capaz de responder a sus ideales, la autoestima crecerá y viceversa.

La autoestima (sentimiento de sí) viene regida por un yo conforme, que se nutre del narcisismo infantil primero, y se forma por la historia de los logros, que la van conformando y haciendo un yo más fuerte, capaz de superar retos y de enfrentarse al superyo y dar un yo más autónomo. Autoestima y narcisismo se refieren a lo mismo, al amor propio.

El Narcisismo también tiene que ver con un yo próximo al ideal. Se distinguen:

- Yo ideal: formado por los restos de los primeros momentos de fusión con la madre en el que todo se puede (omnipotencia).
- Ideal del yo: heredero del yo ideal, son metas, impregnado del "deber ser" de los padres "tienes que estudiar..." que va configurando un ideal. El superyo serían los mandatos prohibitivos "no puedes hacer..."

E. La familia del paciente psicótico

El paciente psicótico como sujeto tiene dificultad para investir un objeto sustitutivo que no sea la madre.

En él está presente una angustia de desvalimiento, donde predominan los miedos a que sus padres mueran, a qué será de él. Existe fundamentalmente un problema de identidad.

i. La relación madre - hijo

Existe una investidura recíproca en exceso, incluso a veces es difícil reconocer los límites entre ellos.

El terapeuta tiene la sensación de que se trata de una obligación - necesidad pero no un vínculo por el placer.

ii. La madre

Amar al hijo no es una elección sino una obligación. No hay en ella un verdadero deseo de maternidad, ella reproduce la relación fusional indiferenciada con él.

El paciente psicótico sólo es objeto de deseo de la madre en tanto que queda fijado a una posición alineante en la que la madre se encuentra consigo misma, y esta se convencerá de ello por efecto racionalizador o sentido del deber.

Lo que más le va a aterrorizar a la madre es lo que ponga en riesgo eso, la espontaneidad del niño (lo que pone las diferencias) que amenaza la diferenciación; lo novedoso del niño, lo que la madre no tiene previsto.

Lo que tenga que ver con la presencia del padre también supone una amenaza narcisista que pone en riesgo lo que tenga que ver con la dupla madre - hijo (vínculo narcisista).

El paciente psicótico está indiferenciado de esa relación narcisista.

Se trata generalmente de madres que no se cuestionan, no están atravesadas por la castración, hay una captación del hijo y una negación de la terceridad del padre.

Al realizar la historia de la pequeña infancia del hijo a través de la madre, hay una concordancia entre lo que piensa la madre y lo que el hijo piensa, porque la madre no tolera un pensamiento de él propio, ella desinvieste el pensamiento del hijo y sobreinvieste el cuerpo del hijo (le preocupa el buen comer, el buen dormir, lo que aprende, lo que excreta "*mi hijo siempre fue un modelo de niño bueno, nunca protesta*").

Son frecuentes los síntomas psicósomáticos en el niño como una primera protesta.

Las madres no suelen ser pacientes psicóticas, con frecuencia presentan patología histérica grave o narcisista. Se angustian cuando se separan del hijo.

iii. El hijo

Amar a la madre tampoco es una elección, es una necesidad. El paciente psicótico siente que está condenado a investir únicamente a la madre, a ese objeto, y no puede dirigir qué demandas puede hacer, está desposeído de una doble capacidad de elección, una doble prohibición: sobre qué objetos investir y qué demandas puede dirigir (con quién vincularse, a quién amar más allá de la madre y qué derecho tiene a esperar de esa relación).

Para que exista libertad paradójicamente tiene que tener asegurado el amor / presencia de la madre o un objeto sustitutivo que privilegie a la madre, sino delira cuando intenta buscar otro objeto al que amar, siente que el amor materno se pone en riesgo, siente la respuesta de la madre a ese intento, la pérdida del amor materno y da marcha atrás para asegurar ese amor materno; después realizará otros intentos, movimientos de fluctuación intentos de desvestimiento / retirada.

El yo es una organización, no puede permitir desorganizarse, antes de eso lo que hace es organizar la realidad de otra manera y delirar.

iv. Objetos e investiduras

Los padres son el primer objeto que invierte el yo, el yo inicialmente invierte el "**objeto a**" (**imágenes parentales**),

con un espacio de investidura privilegiado por su intensidad y cercanía. Con el paso del tiempo, con la resolución del Edipo, ingresarán en ese espacio objetos nuevos (parejas, hijos...). Ese espacio es necesario para seguir madurando.

Posteriormente, transcurrida la primera infancia, aparece otro espacio de investidura, ya no habitado por objetos familiares sino por **profesores del colegio, amistades (“objeto b”)**. Este “espacio b” no puede sustituir nunca al “espacio a” más que temporalmente, dando cierta contención pero es necesario el “espacio a” porque proporciona el amor y la supervivencia (el “b” sólo proporciona un plus de placer).

Transcurrida la infancia aparece el **“espacio c”**, espacio del **campo social concreto** (compañeros de profesión, comunidad, asociación...).

Finalmente, el **“espacio d”, el campo social completo**, un espacio abierto que nunca se abarca en su totalidad. Hay una relación estable y difusa con este espacio, que no suele crear problemas.

La posibilidad del yo de ir ampliando las investiduras y de ir invirtiendo más y más va a depender de que pueda mantener y preservar los distintos espacios, antes de crear un espacio pueda cerrar los anteriores.

El paciente neurótico no tiene problemas en los “espacios a, b y c”, su dificultad es hacia cómo hacer cohabitar las diferentes investiduras en el “espacio a” (poner orden en las demandas hacia cada uno de los objetos en el “espacio a”, por ejemplo demandas a su mujer que iban dirigidas a su madre, etc.).

En la psicosis hay un falso cierre: frente a la ley del todo o nada o se vincula con todos en tanto que extensiones de la madre o con nada. Para él el único objeto es la madre, los otros son neutros o indiferenciados.

Existen personas que funcionan con una organización psicótica que pueden investir el “espacio b”, y más raramente el “c”, manteniendo una identidad imaginaria que los sostiene, son investiduras aparentes (se estabilizan y no se psicotizan gracias a sostenerse desde algún lado).

El paciente psicótico sólo mantiene vínculos en la medida en que asegura a la madre que sólo son extensiones de ella, sino el objeto queda aplastado por el poder materno.

Existe una posibilidad de relación terapéutica con el paciente psicótico en la sesión; en la medida que podemos hacerle sentir que está en un espacio que no está colonizado por la madre, que no es un súbito de su majestad la madre y está ante alguien que no es un súbdito de ella, que sus pensamientos y deseos son reconocidos como propios, la singularidad de ellos.

Uno como terapeuta entra como un sustituto materno y permite que se vaya produciendo un cierre. La madre

tiene problemas para tolerar la separación con este hijo, generalmente se trata de su primer hijo o el último.

F. La terapia con el paciente psicótico

i. Dificultad para la relación con el paciente

En la relación se pone de manifiesto la asimetría del pensamiento y la diferente lógica. Para relacionarse con él necesitamos compartir con él algo.

Es esencial para que exista pensamiento propio, que haya formación del pensamiento, la relación causal (para poder explicar algo es necesario poder explicar una relación de causa - efecto).

Es fundamental construir una narrativa que de explicación para mitigar la angustia ante lo inexplicable y desconocido. Sería una hipertrofia de la explicación causal que no deja ninguna pregunta sin respuesta (al igual que lo sagrado, ámbito que no permite pensar, es una cuestión de fe, algo similar en ese sentido al pensamiento delirante, que también se mueve con certezas, de nada sirve refutarlo; aunque las certezas del pensamiento religioso se forjan en el proceso secundario y las del pensamiento delirante en el primario, en el inconsciente, son de cada uno, de su singularidad).

El paciente psicótico trata de evitar enfrentarse con la prueba más dura para el pensamiento, reconocer y aceptar la ausencia de certezas. Para que el yo se constituya como una instancia presente necesita poner en duda y dudar. La prueba de la duda es lo que el psicótico no ha podido atravesar con éxito.

¿En qué momento no ha podido atravesarla con éxito?

- Primer momento metapsicológico: sólo existe lo que es fuente de placer, a través de la experiencia de satisfacción. Esto pronto entra en conflicto por la fallas maternas y experiencias de sufrimiento, también reconocerá que es real la madre que frustra (pecho malo para Klein).
- Segundo momento: es verdadero lo que afirma el objeto amado e idealizado (la madre). Esto también tendrá que entrar en conflicto porque si la madre es la única que hace esto, el yo nunca podrá legitimar sus propias vivencias y deseos, la clave es cómo la madre tolerará la diferenciación del niño. El yo del niño tiene que cuestionar a la madre (la madre no puede quedarse como la única que ostenta esos criterios), si no lo hace entonces cuestionará sus propios pensamientos y entrará en locura.

La psicosis se caracteriza por una **búsqueda de una vida aconflictual**. Si se cuestiona a la madre siente que pone en juego el amor de ésta. El paciente psicótico se mueve en un mundo de objetos parciales, en un campo de identificaciones proyectivas. Rápidamente va a ver si un objeto es bueno o malo, mientras haya un objeto que

se preste a ser un objeto bueno, inmutable, que no falla, sustituto de la madre, todo irá bien.

Como terapeuta hay que dejarse idealizar, no interpretar la transferencia positiva nunca (ojalá te coloque en una positiva); sólo cuando la transferencia es paranoide se puede interpretar.

Se trata de que un pensamiento pueda entrar en conflicto con otro, que el hijo pueda poner en marcha su **potencial conflictivo**. Ese potencial diferenciador que uno trae al mundo y que los padres deberían investir y reforzar, tolerar que eso no sea lo que tú esperabas (en una familia "neurotizante" no se le reconoce ese pensamiento diferenciador). Es un discurso de una madre que su hijo es un ideal y ellas lo han hecho "todo perfecto" (otras madres afirman que "lo bueno es de ella y lo malo es de su padre", esto implica ya una herida narcisista y no sería a lo que nos referimos).

¿Cómo se pone en marcha el potencial conflictivo?

Comenzando a dudar, a cuestionar.

El yo del niño comienza a poner en duda la verdadera intención del discurso de la madre, la salud mental empieza por dudar de la madre. El momento de la duda es el momento en el que el yo se plantea juzgar acerca de lo verdadero o lo falso sobre el discurso materno.

Para hacerlo el yo necesita **separar dos investiduras**: la de la madre y la del discurso de esta.

Si el yo puede diferenciar esas dos investiduras significa pensamiento que acepta la primacía del principio de realidad versus placer, puede pronunciarse acerca de la veracidad de las ideas no en función de que produzcan placer o displacer sino porque hay un pensamiento autónomo. Esto propicia que ya no es sólo la madre el único objeto sobre la que recae lo que es verdad o mentira, aparecerá un tercero, otro referente (padre, cultura...), un Otro para Lacan, que funciona de corte de esa dupla narcisista fusional, que equivale a la castración "*ya no eres todo para mí*" "*ya no encuentro sólo placer en esto*".

La madre tiene que tolerar ser atravesada por la castración.

Lacan habla de función paterna no registrada, forclusión del nombre del padre. La presencia del Otro y la triangulación libera al niño de la sobrecarga idealizadora que en un principio fue tan necesaria.

Existen estados de alineación en la vida adulta, situaciones psicóticas (por ejemplo sujetos en estado prepsicótico en determinados grupos religiosos que se contienen en ese mundo, los organiza "*cuanto con más fuerza se aferra uno más se está guardando de una fragilidad narcisista, se aferran a un objeto incuestionable para salvaguardar esa fragilidad*").

El paciente psicótico no ha podido construir esas mínimas certezas básicas al no haber diferenciado las dos investiduras. Presenta un aspecto de errante, carece de dar un significado a lo que va experimentando.

Generalmente lo traen a consulta, no hay una búsqueda de complicidad con el terapeuta, no van a consulta a reafirmarse (narcisista) sino a desafiarnos (perversa). Vienen buscando un saber que los organice (sin saber que vienen a eso), es una demanda pedagógica, con muchos riesgos.

Hay que huir como terapeutas de la tentación de un ideal de normalización, no buscar una adaptación social fácil al entorno ya que se puede causar una crisis con una actitud demasiado intervencionista, al carecer el sujeto de un tercero no registrado puede producirse el brote, al no tener que hacer algo que implique responsabilidad. Es importante tratar de consolidar esos **puntos de certeza** que validen sus pensamientos y reconocer que es legítimo dudar, toda identidad necesita apuntalar esto.

El terapeuta debe ser dócil con el paciente pero intransigente con la falta de reglas. Presentarse como representante de algo que marca un límite a uno, como sujetos regulados atravesados por la castración.

ii. El terapeuta

- Debe estar atravesado por la castración.
- Debe historizarlos: recoger su historia de duelos, identificaciones, que puedan explicar el porqué de los síntomas, sufrimiento, poder hacer con él el recorrido que hizo su pensamiento (desde que fue niño, las características de su madre, dificultades, pasar por su pubertad, adolescencia... hacerlo dudar, crear punto de certeza) desde el momento que no pudo atravesar, desde el momento de la duda, ir encontrando la causa de su relación con la verdad y con la duda (no significa interpretarlo).
- Intentar recordar las vicisitudes o circunstancias que tienen que ver con la duda, con el brote, con el delirio, hasta cuando el sujeto esté dispuesto, sin excesiva prisa porque puede producir angustia. Otras veces es necesario hacer una reconstrucción porque el sujeto no se acuerda, reconstruir qué condiciones fueron las que lo hicieron quebrar.

iii. Las sesiones

Con él el terapeuta no puede ser neutro, esperar a que asocie lo que cuenta, esperar sus interpretaciones de la nada, interpretar la transferencia; se corre el peligro de una sobreseñalización, para él todo puede querer decir algo en un momento dado ya que no comparte esas certezas básicas que todos tienen "*para él todo puede ser señal o signo de algo*", él no tiene prueba de que lo que siente o experimenta se ha dado por obvio sin que sea sometido a prueba" (lo obvio hay que hablarlo), no hay certezas compartidas.

Hay que intentar poner en palabras todo lo compartible, todos los pensamientos y afectos compartibles, por obvios que nos parezcan, así desarrollar estrategias para historizar.

Mientras que la convicción es algo más emocional (terapéutico), la certeza es algo incontestable. Es fundamental que el terapeuta establezca reglas y normas con el sujeto de lo que está permitido en consulta, el uso de un encuadre.

La proyección del paciente neurótico difiere de la del psicótico ya que este último carece de referentes identificatorios y todo el abanico proyectivo que tiene el neurótico (*"puede ser un padre persecutorio, una madre compasiva..."*), está atrapado en la relación fusional con la madre.

iv. El paciente

Se caracteriza por:

- Imposibilidad de poner en marcha un pensamiento autónomo, más aún en una situación conflictiva y ambivalente.
- Dificultad para reconocer como verdaderos los sentimientos que tiene, cuando se le ha impuesto que tiene que estar triste cuando está contento o viceversa, ha sufrido una violencia, los enunciados no le referían a él, dificultad para validar y legitimar sus sentimientos.
- El poder de la interpretación es nulo, incluso vivido como algo paranoide, intrusivo. El terapeuta encarna la función de secretario, desde una escucha toma acta, escribe y da valor a lo que dice el sujeto, lo valida y legitima. Además de escuchar, le ayuda a validar sus pensamientos y sentimientos, a menudo con intervenciones afirmativas que crean un sentido a lo que le pasa *"no sé cómo tú te sentirás pero yo si estuviera en tu lugar me sentiría..."* (remarcando los pronombres en un marco de representación y no de interpretación). La madre ha sido muy interpretadora, lo ha distorsionado y no ha validado *"ahora tienes hambre... lo que te pasa es que te duele la tripa..."*. El terapeuta ha de ser muy pasivo con el psicótico, tener capacidad de ensoñación para captar y hacer frases con esas características, sin prisas en cuanto a que funcionen en la sociedad.
- El terapeuta nunca debe interpretar la transferencia positiva, mantenerla porque el sujeto la necesita, sólo hacerlo con la negativa. Intentar introducir algún componente que tenga que ver con el espacio relacional, enriquecerlo con este mundo de lo lúdico – placentero; ya que únicamente dos espacios, uno afuera y otro dentro, carecen de un objeto transicional que les permita interpretar una caricia, un guiño... y que les permita relacionarse, jugar con los dobles sentidos, con el sentido del humor, con las relaciones, carecen de estas herramientas.

- Así mismo es vital historizar no sólo su vida sino también las sesiones y dar coherencia a lo que pasa en ese espacio – tiempo, engarzar una sesión con otra creando algo coherente *"el otro día hablamos de..."*.

Ningún paciente psicótico deja de serlo, por lo que el terapeuta debe pretender únicamente su estabilización, plantearse objetivos más modestos, saber que va a existir un fracaso en sus relaciones afectivas – laborales.

G. La paranoia

La teoría de Aulagnier sobre el delirio paranoico afirma que en la paranoia se pone de manifiesto un **odio percibido**, objeto central por el que el paciente paranoico encuentra un significado.

Existen tres características propias del delirio paranoico:

1. Necesidad de construir un **sistema de significados cerrado**, con imposibilidad de construir una mínima duda. Existe mayor certeza delirante y relación más pasional con su delirio en el paranoico que en el esquizofrénico.
2. Todo gira en torno al **odio** en el delirio.
3. A diferencia del paciente esquizofrénico, que se mueve en una relación dual en una mala fusión de la madre sin existir función paterna, el paciente paranoico sí puede reconocer un tercer lugar, el del padre (no forclusión del nombre del padre) pero a condición de que sea una **relación muy conflictiva con el padre o de odio manifiesto**.

El delirio paranoico gira en torno a qué es lo que los otros odian, el lugar del otro.

Suele sentir que es objeto de envidia y que se le quiere eliminar porque es peligroso para los otros, a causa de un poder especial que sólo él posee, ese poder a menudo es una cualidad del sujeto pero que ha sido idealizada e investido megalomaniáticamente.

Algo llega a ser delirante cuando uno está en el centro de la historia y todo gira en torno a él (por ejemplo puede no serlo el hablar con Dios pero sí algo como convertirse en el elegido).

El delirio se construye en la necesidad del odio, el paranoico es efecto del odio, de una relación conflictiva de los padres, de odio entre ellos.

Es el deseo de la madre lo que da entrada al padre y se produce así la triangulación, y esto no ocurre en la psicosis.

i. Imagos parentales

La **madre** es la madre abnegada, una mujer que exhibe todos los sufrimientos soportados, la que encarna el sentido del deber, dispuesta a padecer estos sufrimientos

que se le infringen por el bien de su hijo.

Es una madre que encarna el amor por un sentido del deber (autoimpuesto) y no del placer. Observa peligros por los excesos y desmesura paterna y quiere que el hijo no se identifique con el deseo y actitud paterna, busca la alianza del hijo para combatir con el padre, hace de pantalla protectora del hijo.

El **padre** piensa igualmente que la actitud y el deseo maternal son nefastos y peligrosos para el hijo, él suele tener características violentas, de abuso de poder, representantes de un sistema educativo rígido, severo, ideales que imponen por el bien del niño.

En la **primera fase**, el niño se identifica o se alía más con la parte materna.

En la escena primaria de los padres el amor es sustituido por el odio y el deseo sustituido por el conflicto. El paciente paranoico es engendrado por el odio, y es hijo del conflicto. Sólo puede conservar su existencia en tanto que haya alguien a quien odiar y sea odiado por alguien. Los padres legitiman el odio sentido hacia el otro.

En la **segunda fase**, el niño se identifica con el padre algún tiempo, aparecen los temores homosexuales. Antes del delirio suele haber una identificación con el padre, una idealización pero que fracasa dadas las características agresivas de éste.

El odio adquiere por tanto un papel nuclear. El perseguidor puede ser alguien del entorno familiar (más peligroso) o existir un desplazamiento socializado hacia una determinada clase de personas (masones, judíos, políticos).

3. CASOS CLÍNICOS

Los casos

Samuel y Carlos son dos varones de 26 y 27 años respectivamente.

Carlos llega a la consulta después de visitar a varios profesionales, haber tenido varios ingresos psiquiátricos y haber estado en un dispositivo de rehabilitación. Su diagnóstico es el de una esquizofrenia paranoide resistente al tratamiento psicofarmacológico.

Samuel lo hace tras su primer ingreso por un brote psicótico. Nunca antes había acudido a ningún profesional salvo a un psicólogo un breve espacio de tiempo durante su infancia.

Ambos llegan sin conciencia de enfermedad, reacios a un tratamiento psicofarmacológico.

La experiencia de Samuel en el ingreso ha sido devastadora. Sale del hospital encorvado, impregnado de la medicación, con numerosos dolores corporales sobre todo

de espalda, como si le hubieran dado una paliza. Siente que ha sido encerrado, privado de su libertad "una vez más".

El caso de Carlos es distinto. Él (o su madre) ha pedido cambio del último profesional con el que ha estado, ha intentado integrarse en el dispositivo de rehabilitación pero su "furia" sigue intacta y le dificulta enormemente en el día a día. Hace hincapié en la soledad "como siga así me deprimiré, necesito relacionarme".

El delirio

Con 24 años, Samuel comenzó a notar "experiencias raras", a sentir que otras entidades podían controlar su cuerpo "como si me estuvieran moviendo". El día del ingreso refería que Buda había entrado en su cuerpo y había sido una experiencia mística. Presentaba ideas delirantes místico religiosas y megalomaniacas, se sentía "como un Dios, sin miedo, intocable, más fuerte". Por otro lado, se preocupaba por la masonería y el manejo del poder que tenía esta. Fue diagnosticado en el ingreso de trastorno psicótico agudo polimorfo y rasgos de personalidad esquizotípicos.

En su evolución, una vez fuera del hospital mantenía un discurso de influencia y de control (ya fuera de la crisis), tenía la sensación de que "por mucho que haga, hay otras personas más inteligentes que controlan el mundo, la sociedad y saben mi destino". Busca saber, conocer, quiere hacer algo que cambie esta sociedad, pero a la vez se reconoce como un ser ignorante, incapaz de hacerlo y sólo ante su misión.

Permanece su sensación de aprisionamiento, agrandada tras el ingreso y al observar la consulta, ver ese espacio cerrado y claustrofóbico que identifica como su habitación en la adolescencia durante su estancia con su padre, y sentir una obligatoriedad en el tratamiento "forzoso una vez más, a venir aquí, a tomar fármacos con claros intereses de la industria, que se quiere hacer rica a mi costa".

Carlos trae un objetivo. Quiere estudiar una carrera pero su cognición se lo impide, también lo hace una furia permanente y recurrente "tengo terminaciones nerviosas que no me dejan aprender, memorizar, aprovechar mis años de joven".

La gente sabe lo que está pensando, lo reconoce en su expresión facial. Y él no se ve con suficientes habilidades para relacionarse, para interpretar los gestos y miradas del otro, se ve como un niño o adolescente que no ha madurado.

Cree que hay un grupo de chavales, comandados por una chica de 20 años que dedican su tiempo a mirarlo, observarlo, le hacen la vida imposible, y están las 24 horas "joder, ¿es que no tienen otra cosa que hacer?".

La furia intensa en su cabeza no le deja, intenta las 24 horas luchar contra ella, que desaparezca, y le deje libre

para sentirse capaz cognitivamente, estar relajado sin tensión. Ahora ése es su principal objetivo. Más tarde diría que comprender que sentía odio hacia la chica controladora y espía ayudó a aplacar su furia.

Carlos comenzó a tratarse a los 17 años. Inicialmente por presentar sintomatología ansioso depresiva. Posteriormente, empezó a escuchar voces y llegaron los ingresos poco después. Llegó a decir en estos momentos la frase: "Carlos desapareció".

Al inicio se mostraba afectado porque en su pueblo comentaban que era gay "las chicas van a por mí. He rechazado a muchas y en venganza hablan mal de mí y me dicen que soy gay".

De pequeño era alegre según decía su madre, aunque ya tenía problemas de aislamiento y de rendimiento. Refería haber sido maltratado en el colegio por sus compañeros.

Reflejaba un dolor muy profundo con la separación de sus padres. El padre desapareció y no volvió hasta los 3-4 años. Sufrió una profunda decepción cuando él lo abandonó.

La familia

Samuel viene con su madre en las primeras entrevistas. La madre transmite intensa angustia y deja la sensación de estar completamente disociada.

Ella se muestra lábil, no ve a Samuel como era antes, teme algo que no concreta (¿el suicidio?). Lo observa francamente aislado y deprimido tras el ingreso, abandonado. Busca ayuda de un otro que no lo deje a su suerte, como ya hizo en otro momento de su vida.

Tras las primeras citas del seguimiento de Samuel va a desaparecer y aparecer episódicamente o cuando se le llama advirtiendo de una posible descompensación. La madre de Samuel ha pasado por un cáncer relativamente reciente e impresiona de tener secuelas psicológicas.

El padre, de origen extranjero, aparece en una ocasión en consulta tras una estancia en nuestro país. Se muestra preocupado por Samuel. Cree que tiene una enfermedad mental, le preocupa la herencia y la genética. Su madre está ingresada por un cuadro de deterioro cerebral y el padre ha recibido terapia electroconvulsiva en varias ocasiones por un cuadro depresivo grave. Además, tiene un tío con esquizofrenia. Se le observa con más capacidad empática que la madre respecto a Samuel, y a pesar de que Samuel me ha transmitido de él una imagen de tiránico y de carcelero, no es esa la impresión en la consulta. Transmite preocupación y culpa por cómo se desarrolló el pasado, "lo tuvimos sin tenerlo previsto". Dice que Samuel nunca le perdonó ser un niño no buscado "pero lo quise desde el primer momento en que nació" "yo planeaba marcharme, irme fuera, pero al tenerlo tuve que quedarme".

La madre habla de el padre comparándolo con Samuel. Dice que es un hombre obsesivo y con intereses particulares como la filosofía y la informática "sabe más que nadie", y que también tuvo un período con 20 años similar al de Samuel "cuando lo conocí estaba hecho polvo, fumaba...".

Carlos viene también con su madre. La imagen de la madre es bien distinta. Impenetrable, fuerte, capaz, bien entrenada en "psicoeducación de pacientes psicóticos" (técnica psicoeducativa impartida en centro de rehabilitación), sumamente exigente con lo que se refiere a su hijo y a su tratamiento, y un sentimiento de dolor por cómo ha sido tratado hasta ahora, "ninguneado por los profesionales", que no fueron capaces de detectar la psicosis de su hijo (y en parte tiene razón porque fue tratado como una depresión en los primeros tiempos). Habla de la medicación, de síntomas positivos y negativos, de evolución de su hijo, parece un profesional más en el curso del tratamiento, un profesional sumamente implicado que no va a dejar pasar ni una. Lo que más le preocupa a la madre respecto a su hijo es "la soledad y la dopamina".

Esa exigencia en los profesionales adquiere especial dureza en sí misma, en su trabajo, en su historia de relaciones. Desde la separación del padre de Carlos no ha vuelto a tener otra relación y no encuentra alguien que valga la pena, alguien interesante. Se dedica a viajar, trabajar y, sobre todo, a los cuidados de Carlos.

Habla con extrema dureza de los otros, no deja que te confíes en el tratamiento y te reta "a tí Carlos no te cuenta bien el delirio pero sigue delirando, ¿sabes?... el otro día me dijo que para qué venir a verte, yo le animaba, le decía que te diera una oportunidad (sonríe levemente)". Contratransferencialmente desprende rabia a la vez que intensa tensión y enorme responsabilidad, queda clara la exigencia y deja un halo de agotamiento tras su marcha.

El padre no aparece en consulta. Tiene alguna aparición en la vida de Carlos, parece que él lo recibe con gusto, pero rápidamente sale igual que entra en su vida "te lo dije Carlos, tu padre es así, no se puede contar con él...". Al padre se le diagnosticó neurológicamente de episodios de ausencias, parece que con mucho acierto.

Su padre vive en la actualidad en otra ciudad, está casado y tiene un hijo adolescente al que quiso que Carlos conociera, su madre le dijo "tanto que has esperado, ahora puede hacerlo él" "tú no te pongas nervioso".

La madre muestra una intensa rabia y desprecio hacia el padre de Carlos y ofrece una nula tolerancia hacia él, describe las causas de la separación, los celos e impresiona de estar muy dañada y que aún no se ha recuperado del dolor. Carlos dice que su padre le abandonó y se fue a otra ciudad "por lo que la gente pensaba de mí".

Carlos siente mucho rechazo por parte de su familia "me han expulsado y me lo merezco". Tiene la sensación

en particular de que su tía materna, que pasó un cáncer, lo odia, “y es que me expreso tan claro que la gente sabe cómo soy, no puedo ser tan abierto”.

La relación con la madre

Samuel a los 23 años contactó con su madre por escrito en varias ocasiones, y tuvimos acceso a esto a través de la madre, al inicio lo trajo junto con toda su angustia “sin que él lo sepa”. Posteriormente nos comentó que nos deshicésemos de ello y no le dijéramos nada a Samuel. Es un documento que puede aclararnos acerca de la relación madre – hijo.

En este documento Samuel agradece de forma envenenada a su madre “la vida de mierda que me has dado”. Entre estos algunos reproches duros sobre un vacío que nada llenará “ni siquiera ninguna sustancia”, sobre una imposibilidad de desarrollo individual y social, sobre todas las promesas que no cumplió, y sobre el abandono “y mandarme con mi padre que tan bien me hizo, todo te lo debo a tí”. La respuesta de la madre fue breve y encolerizó más aún al ya muy tocado Samuel “bien sabes que te queremos, el pasado sirve mucho, te das cuenta de que ahora no estás tan mal...las sustancias te están dañando el cerebro...”.

Carlos choca mucho con su madre, la retrata como inestable y emocionalmente lábil. “Mi madre o es un ángel o es un demonio”. La madre comenta que tiende a verse él a sí mismo como mala persona y autorreprocharse continuamente pero no se advierte tanto esto sino más reproches dirigidos hacia ella.

Carlos habla de ella con rabia “esa que siempre quiere todo más limpio, está obsesionada con la limpieza, es una rúcana y no me da dinero, la odio”.

Ambos expresan odio hacia su madre, Samuel mucho rencor y Carlos mucha rabia y desprecio hacia su inestabilidad. La madre le habla usando continuas metáforas y dobles sentidos de descifrar y llegar a comprender.

La historia

Samuel se crió con sus abuelos maternos según refiere. El abuelo, ya fallecido, era un hombre humilde, honesto aunque severo con él y sus primos “el hombre más honesto que he conocido”. Recuerda que dormía con la abuela.

Su abuela sigue siendo un referente. Vive en su ciudad natal y en ocasiones se comunica telefónicamente con ella.

La madre durante su infancia estuvo preparando oposiciones. Cuando se separaron sus padres él tenía cinco años. Su madre cambió de ciudad y el padre se quedó en un pueblecito cerca de la ciudad natal de Samuel.

Samuel marchó con la madre a los 11 años y dejó su ciu-

dad y con ella, a sus abuelos y a su padre.

Pero ese período estuvo lleno de sombras. Hasta los 13 años estuvo con su madre sin adaptarse a la nueva ciudad. Tuvo alteraciones de conducta, malas compañías, ya inició el consumo de cannabis a los 12 años, problemas con la ley (hurtos) hasta que su madre no pudo más y lo envió con el padre “podía conmigo, se me escapaba de las manos, no iba a acabar bien...” un psicólogo le dijo a mi madre que la única solución era echarme”.

Esto no hizo más que acrecentar el odio que empezaba a vislumbrarse en Samuel. Con su padre en un pueblo cerca de su ciudad natal, Samuel pudo ver cómo le era negado poder visitar a los abuelos, se quedaba encerrado en su habitación y la única actividad que tenía se redujo a un arte marcial, practicado también por su padre, y en el que Samuel llegó a destacar enormemente, movido tal vez por la rabia y las ganas de enfrentarse contra su padre “mi padre me pegaba, no me dejaba ir al pueblo los fines de semana, me encerraba en mi habitación” “es un Hitler”. Él cuenta un episodio donde llegó a provocarle una fractura en un entrenamiento, y aún hoy deja detalles de rivalidad y competitividad respecto al padre, aunque tiende a culpar más a la sociedad y quitarle responsabilidad a su padre.

Hasta que ya no podía más y deja a su padre para internarse en un centro de entrenamiento en el arte marcial en el que era de los mejores “era un infierno, me fui con mi madre a estudiar, todo era mejor que eso”, y luego decidió dejarlo quizás movido porque este destino había sido forzado por su padre y de una manera obligado, regresando con la madre pero sólo, a un piso que tenía ella. Cuando dejó el centro de alto rendimiento, el padre comenta que estuvieron un año sin hablarse “no respondía a mis llamadas” “fue una pena que lo dejara con las condiciones que tenía”.

Fueron unos años en la deriva, hacia el aislamiento, el consumo diario de cannabis continuado durante cuatro años, la relación enfermiza vía correo con su madre, hasta el momento del brote, influido por el tema amoroso. Había tenido una ruptura sentimental un año antes y poco antes del ingreso había tenido otra. De hecho fue la chica de la primera ruptura “un amor platónico de años” la que le advirtió de cómo lo veía. Poco después diría “fue el enamoramiento lo que me enloqueció”.

Los padres de Carlos también se separaron, pero de forma más temprana. Carlos tenía 3 años y fue una separación complicada, influida por los celos del padre. Hubo un período de años en el que Carlos no supo nada de su padre.

Conocemos la historia de Carlos por su madre. La historia de la madre es compleja y llena de detalles relevantes. Siendo nueve hermanas, ella se vio obligada a subsistir como pudo en una ciudad, sin los padres, y a cargo de su hermana menor.

Una hermana suya enfermó de esquizofrenia, y dejó la huella de esta enfermedad, tan difícil de combatir.

Identificada con el padre, no pudo tolerar no haber estado a la altura que él esperaba de ella. Y su mundo se derrumbó con la separación y cobró sentido más tarde con la enfermedad de Carlos.

Las sesiones

Carlos es un chico simpático, cuando lo llamas te aprieta fuerte la mano en señal de respeto, eso lo ve un signo de seguridad y cuida mucho ese detalle.

Te cuenta cómo han ido los días, lo que ha hecho y qué le interesa. Te pide consejo para combatir su furia, cómo relajarla aunque sabe que a la mañana siguiente reaparecerá y tendrá que seguir combatiendo con ella.

Trae mensaje de la madre, las recetas, el análisis de sangre. Mide el tiempo de la consulta y dice cuándo le parece bien que debe ser el final de la sesión.

Sonríe en ocasiones, aunque no mucho ni mucho tiempo. Se enfada y suspira, cuando no se siente entendido o cuando siente que alguien lo odia, cuando no quiere estar con él.

Su tía materna ha pasado un cáncer y le preocupa mostrar odio hacia ella (ya que ella lo advierte). Trata de evitar el momento de contacto con ella, pues ella sabe lo que está pensando en cada momento y los insultos que le propina.

Las sesiones transcurren y no recuerdo muchas cosas habladas en citas anteriores. Aun así se disculpa, y transmite la imagen de que se va a seguir esforzando.

El discurso es escaso, y es necesario un esfuerzo para ir creando cosas y que la relación se vaya llenando de cosas nuevas, cosas que compartir en sesiones, algo común que diga "esta relación tiene sentido".

Samuel presenta un discurso lleno de palabras, acelerado, es difícil introducirse en ese discurso lleno de complejos y de rencor y odio hacia la sociedad y los otros.

No tolera confrontaciones, y hay que ser muy cauteloso y medir las palabras, ya que está ahí la sensación de que se puede sentir dañado, incomprendido y abandonar la sesión.

En la sesión tengo que actuar más de freno e introducir elementos de pausa y reflexión que en el caso de Carlos, en cuyo caso hay que introducir elementos nuevos y crear algo de un vacío existente.

Samuel sabe que le pasa algo, nota secuelas y busca causas a todos los niveles que las expliquen (el ingreso, la medicación, la privación de libertad, la actual sociedad). Transmite un temor hacia el mundo, una soledad y a la vez una búsqueda de aislamiento al no ver comprensión

"en un mundo que no está hecho para él".

En una sesión me insinuó que cómo llevaba el libro que escribía sobre él, y vaya que al final no se equivocó.

Hipótesis

Nuestros dos protagonistas verbalizan un vacío, una tristeza, un mundo que no está hecho para ellos.

Ambos se encuentran aislados. Samuel dice que es mejor así, que nada en la sociedad vale la pena y está condenado al aislamiento, al no adaptarse a este mundo. Carlos intenta vencer el aislamiento, "intenta relacionarse más pero le da miedo por si le abandonan". Además, la presencia de la furia en la cabeza le condena a aislarse para centrarse en quitársela.

En ambos existe y adquiere presencia en cada momento que viven el fantasma del abandono. A ambos los abandonaron de pequeños, de una u otra forma. Ambos tuvieron que afrontar a edad temprana una separación de los padres, que hizo mella en ellos, y que dejó a las madres con secuelas, no recuperadas.

Samuel se siente que no encaja, ve a los demás "a lo suyo, ignorantes del mundo en el que viven". Carlos se siente rechazado, odiado por su familia. Ven a sus madres como adolescentes inestables, desprenden un rencor y odio hacia ellas, mientras que los padres en el caso de Samuel tras un abandono le ocasionaron una experiencia terriblemente aprisionadora y en el de Carlos fue un abandono en todas las de la ley y de forma recurrente más tarde. Eso sí, ambos dejan una imagen de mejoría con el reencuentro con el padre, lo odian pero a la vez agradecen de nuevo su presencia, más estable que la madre, que no ha podido darles seguridad y estabilidad para sus desarrollos psíquicos.

Como refería Aulagnier, se da el fenómeno de la existencia de una "No historia". Hemos accedido a la historia familiar por parte de la madre, pero más a la historia de ella misma, sin apenas elementos biográficos del hijo. Sabemos ciertos elementos de los hijos, en cuanto a las acciones "Samuel era hiperactivo" "Carlos era muy buena persona", pero apenas nada más, sólo en la relación con ellas "ha sido muy duro encargarme de Carlos" "ya no podía más y lo llevé con su padre".

Existe en ambos un fuerte deseo de muerte. Más bien un deseo de quietud en Carlos, de quitarse la tensión que le ronda continuamente y llegar al estado de relajación. Samuel apuesta por la libertad, pero una libertad bajo paredes en un estado de aislamiento sin nadie alrededor que lo perturbe y lo haga sufrir una vez más.

El fantasma de fusión está presente, la fantasía vacía, con falta de contenido, en forma de "historias llenas de vacío y de furor (la falta sin nombrar, sin comprender)"

No existe un amor ni odio, sino una relación de desinves-

tidura, una relación entre dos robots, tienen que ver con la vivencia de una madre que no ha permitido la fusión, que está robotizado, desprovisto de afectos. El niño no puede fantasear con nada.

El padre no como representante de la ley sino como representante mixto de la pareja, el padre no pudo hacer la función paterna, no ocupa el lugar de esta función, es más un lugar de hermano, un igual.

El delirio aparece porque se desestructura el yo.

4. ALGUNAS CLAVES DEL ABORDAJE

La comprensión psicodinámica es relevante para el tratamiento de la esquizofrenia, independientemente de su etiología⁽¹⁾.

Los síntomas psicóticos tienen significado. Los delirios de grandeza o las alucinaciones siguen inmediatamente a una herida a la autoestima del paciente esquizofrénico mientras que el contenido grandioso del pensamiento o la percepción es el esfuerzo del paciente para contrarrestar la herida narcisista.

La relación humana para estos pacientes está cargada de terror. Preocupaciones acerca de la integridad de los propios límites del yo y el temor de fusión con los otros son un problema continuo que se resuelve con el aislamiento. La relación de tratamiento representa un desafío para que el paciente sea capaz de confiar en que empezar a conectarse con los otros no será catastrófico.

La **transferencia** en estos pacientes es masiva, estos pacientes están por construir, no son una persona completa, se juega de manera diferente a como ocurre en los neuróticos, desapareciendo el “como si” (“soy como si fuera la madre”) hacia un “soy la madre”.

Es preciso realizar una **modificación de la técnica** psicoanalítica para que estos pacientes no se inunden de interpretaciones del otro (lo que han tenido toda su vida, su madre interpretándole constantemente). Son muy sensibles a la intromisión del sentido del otro.

Son preferibles las interpretaciones de tipo afirmativo “*lo que usted siente es... hizo exactamente lo mejor que podía haber hecho*”, caracterizada por cuatro elementos importantes:

- Le da carta de existencia.
- Constituyen un elemento de relación.
- Hay una valoración “eso vale”.
- Valida una experiencia.

El tratamiento ha de ir encaminado a **crear un holding** (Winicott). La culpa de la madre o la ausencia del padre hace que la madre se apropie del hijo (omnipotencia de-

fensiva de la madre).

Es importante que la madre tenga al padre en la cabeza. Para crear metáforas está el padre, hacer que circulen los significantes, esto protege de la psicosis y las eclosiones somáticas.

Como subraya Aulagnier siempre hay que **historizar** al sujeto para ver el yo, explorando sobre todo la relación con los padres. El terapeuta puede invitar a los padres a poner en duda lo hereditario – genético y su papel, e ir construyendo así la historia del paciente.

Tratar de que no se imponga el silencio, que no haya silencios en el tratamiento, que se puedan recuperar los afectos que iban con esas representaciones que se dieron, que no se quedan en un vacío.

Para Winicott es fundamental con estos pacientes la sinceridad, la autenticidad, no mentirles nunca porque son sujetos que funcionan en un falso self siempre y captan lo no auténtico, intuyen si respondes desde un falso self.

Como terapeutas es fundamental creer en el paciente y que él lo tenga claro, tratando de evitar los tratamientos persecutorios (de si ha tomado o no la medicación por ejemplo), que ellos sepan que los crees. Se ha de evitar ser bondadosísimo, se deben reconocer los propios fracasos como terapeuta (lo cual les ayuda a salir de esa dependencia absoluta), sin atrincherarse en el marco o encuadre sino ir donde ellos te llevan.

En los pacientes psicóticos el análisis debe tintarse con las primeras fases del desarrollo emocional dirigido a que se empiece a completar la persona (primitivo desarrollo emocional en el que la madre tiene que sostener al pequeño), se trata de un trabajo hacia lo sostenedor.

Según Aulagnier el terapeuta ha de interesarse por lo que es real, lo que le parece real, los hechos, seleccionar estos datos reales e intentar ir construyendo una hipótesis con la realidad, sin perderse en la locura. Ella cree también en los recuerdos afectivos además de en los hechos y da importancia a los secretos en la familia, que van a aflorar en el delirio. Debe haber un deseo de que el paciente tenga la palabra, que hable de lo que a menudo calla, y que exista confianza.

Cuando aparecen los fragmentos no reprimidos el terapeuta ha de dar un sentido causal, una explicación y así intentar una construcción de todo.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Glen O. Gabbard. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica (3ª Edición). Capítulo 7: Esquizofrenia; pp 185-186. Editorial Médica Panamericana, 2002.
2. Apuntes personales sobre psicoanálisis. Tomados de

la formación básica en psicoanálisis organizada por el Centro Psicoanalítico de Madrid.

3. Bleger, J. El concepto de psicosis. Apa, Tomo XXVIII n°1. Buenos Aires, 1971.
 4. Killingmo, B. Conflict and deficit: Implications for technique. Inter. J. Psycho-Anal, 1989.
 5. Klein, Melanie. Contribuciones al psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires, 1964.
 6. Donnet, JL, Green, A. L'Enfant de Ca. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche. Les Éditions de Minuit, 1973.
 7. Dominguez I. Algunas cuestiones sobre diagnóstico diferencial entre psicosis ordinaria y neurosis. NOD-VS XXII, 2008.
 8. Lacan, Jacques. El seminario III, las psicosis. Paidós. Buenos Aires, 1997.
 9. Lacan, Jacques. "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". Escritos 2.
 10. Code Díaz, M. Psicoanálisis, medicina y salud mental. Síntesis, 2004.
 11. Kernberg, O. F. Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. México D.F.: Manual Moderno, 1992.
 12. Hornstein L. Diálogo con Piera Aulagnier. Antroposmo-dermo.com, 2012.
 13. Aulagnier, P. La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado. Amorrortu. Buenos Aires, 2001.
 14. Aulagnier, P. Un intérprete en busca de sentido. Siglo XXI. Méjico, 1994.
 15. Freud, Sigmund. Duelo y Melancolía. Obras completas. XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1979: p 246. ✨
-





CONGRESO
XX IFPS
FORUM-
FLORENCIA

17-20 octubre 2018

ÍNDICE

<u>Fijación, fantasía y significado en la clínica de la repetición</u> <i>Rómulo Aguiillaume Torres</i>	67
<u>El desarrollo de la relación terapéutica</u> <i>Esteban Ferrández Miralles</i>	70
<u>Sobre el enigma de las identificaciones</u> <i>Reyes García Miura</i>	74
<u>Distancia afectiva médico- paciente y evolución del trasplante de médula ósea</u> <i>Elena Catalá Ortuño, Juan Rodado Martínez y Carlota Ibáñez Guardiola</i>	78
<u>El miedo, la otra cara del deporte de élite</u> <i>María Fernández Ostolaza</i>	88

Fijación, fantasía y significado en la clínica de la repetición

Rómulo Aguiillaume Torres

INTRODUCCIÓN.

En otra ocasión planteamos que el desarrollo del psicoanálisis ha ido evolucionando hacia una praxis y una teoría que obliga a pensar en la existencia de dos modelos que se separan, tanto en sus planteamientos conceptuales como en sus modelos terapéuticos. El Babel psicoanalítico estaría en la base inquietante de la necesidad de introducir cierto orden. No así lo que ha predominado durante mucho tiempo, el discriminar lo que era psicoanálisis de lo que no lo era. Las instituciones psicoanalíticas todavía funcionan en esa dimensión policiaca de descubrir cual es “el psicoanálisis verdadero y el falso”. Para Lacan está claro y así nos lo dice en un artículo que lleva precisamente ese título, “El psicoanálisis verdadero y el falso”. (Lacan, 2012) El psicoanálisis verdadero- nos dice- tiene su fundamento en la relación del hombre con la palabra” y el falso sería el que encuentra sus referentes en la biología o en la cultura. “Que el sustrato biológico del sujeto esté interesado en el análisis hasta en lo más hondo no implica en modo alguno que la causalidad que descubre ahí se pueda reducir a lo biológico.” Nos dice Lacan, para inmediatamente añadir: pero “Que no se crea por ello, sin embargo, encontrar aquí la posición llamada culturalista. Pues en la medida que esta se refiere a un criterio social de la norma psíquica, contradice aun más el orden descubierto por Freud en lo que muestra de anterioridad radical a lo social.” Aunque el planteamiento de un psicoanálisis auténtico es antiguo no deja de estar presente, hoy más sutilmente, como pusimos en evidencia en la anécdota entre Kristeva y Stern. (Aguiillaume, 2016)

No consideramos un psicoanálisis auténtico y otro que no, pero sí nos planteamos dar inicio a diferenciar como los conceptos psicoanalíticos condicionan una praxis y una concepción de la cura que diferencian ambas posiciones. Aparecen determinados, en última instan-

cia, por su cercanía a una posición epistemológica que a grandes rasgos podríamos decir se acercan a una praxis causalista o una praxis más cercana a una preocupación hermenéutica. Un psicoanálisis de la representación o un psicoanálisis del significante marcan el inicio de una diferencia. Esto es, un psicoanálisis con pretensiones científico naturales y un psicoanálisis dentro de las ciencias de la cultura. Los psicoanalistas han mantenido siempre la tentación, incluido Freud, de hacer del psicoanálisis una ciencia natural, resolviendo así, la dicotomía de W. Dilthey, (Dilthey, 1986) entre ciencias de la naturaleza y ciencias sociales.

Hoy quizás ya no sea posible continuar con esta diferencia y haya que mantenerla únicamente frente al empirismo en sus pretensiones de exclusividad.

Palabra, biología y cultura estarían en la base de esos dos psicoanálisis en que nos afanamos en describir y que



otros también lo intentan. Por ejemplo, para Maud Mannoni la diferencia entre esos dos psicoanálisis estaría en el modelo de comunicación: “analistas que utilizan conceptos evolutivos y criterios biológicos para comunicar su experiencia, se expresan en una lengua que no es la que utilizan los que fundan el análisis en la economía del deseo” (Mannoni, 1980)

Desde el punto de vista terapéutico sería importante diferenciar – y esperamos presentarlo en un trabajo futuro que ocurre en ambos psicoanálisis frente a la sugestión y la transferencia.

Este trabajo pretende enfrentar esos dos modelos de psicoanálisis, a través de algunos conceptos teóricos y su repercusión en la práctica. En esta ocasión nos centraremos en un concepto básico en el origen del psicoanálisis, pero que poco a poco perdió su protagonismo y que en la actualidad ninguno de los dos psicoanálisis ha rescatado. Me refiero a la fijación.

Sea cual sea el modelo teórico que tengamos, la fijación, ya sea como expresión del síntoma o expresión del carácter se nos impondrá desde los comienzos de cualquier tratamiento.

Un tratamiento comienza cuando la fijación aparece en su dimensión repetitiva.

Los distintos modelos psicoanalíticos que se han ido desarrollando, empujados por un interés terapéutico o, en cualquier caso operativo, han modificado, tanto el encuadre como los elementos conceptuales, pero el núcleo central de la actividad terapéutica ha tenido que centrarse en la dificultad del cambio, la fijación del sujeto a vínculos inmodificables. Sin embargo, ninguno de esos dos modelos psicoanalíticos –que intentamos definir– han profundizado en este concepto, el de la fijación, que de ser con el que prácticamente comienza el psicoanálisis se fue perdiendo en el camino en aras de otros que lo eclipsaron. Me refiero, claro está, al de compulsión de repetición y al de regresión, fundamentalmente. Así, la fijación, no parece haber tenido la suerte de convertirse en un concepto psicoanalítico. Es, únicamente, un término descriptivo.

La fijación a lo real del trauma expresa la dimensión causalista y naturalista de la práctica psicoanalítica. La fijación al trauma a través del fantasma nos aleja de esa dimensión naturalista, pero en ambos casos el término no deja de ser meramente descriptivo. Si en Freud la fijación está en la base del síntoma y expresa el placer consiguiente, en Lacan la fijación expresa un goce explicado por los vericuetos intrincados que Lacan considera que recorre la pulsión, no para unirse al objeto sino para contornarlo.

El descubrimiento del trauma, real en un principio, abrió la puerta a un modelo empírico que pronto tuvo que ser rectificado cuando la fantasía quebró la evidencia de lo

real. Otro real, la realidad psíquica aparece en Freud que, de ahora en adelante será el espacio del campo psicoanalítico. Nunca quedó muy claro hasta donde la realidad y la fantasía cobraban protagonismo.

En Freud estas dos opciones nunca se presentaron como tales, fantasía y realidad siempre estuvieron presentes y el campo del psicoanálisis que se creó fue el de esa relación entre realidad y fantasía. En Más allá del principio del placer (Freud, 1999) la realidad del trauma fortaleció aún más el concepto de repetición pero la fijación nuevamente quedó en el olvido.

En Lacan, la fijación no aparece como concepto específico, pero, podríamos decir, que lo real, en tanto en cuanto es pensado como algo fijo, inamovible, fundamento de la compulsión a la repetición y que, además, puede aparecer por azar nos encontraríamos con una equivalencia entre lo real y la fijación.

El RSI de Lacan permite otro acercamiento, pero que en definitiva deja las cosas en el mismo lugar.

En los diccionarios clásicos el término fijación repite lo dicho por Freud sin ninguna aportación posterior. Incluso en el campo de la psicopatología, donde la fijación es un concepto mayor, Pierre Marty repite la posición freudiana cuando dice “Bajo el efecto de dificultades en el desarrollo somático, psicopatológico, o psíquico, ciertas organizaciones funcionales activadas por la repetición de estas dificultades, adquieren un valor particularmente vitalizado que se fija progresivamente. Esto constituye el fenómeno de las fijaciones” (Marty, P.1991, Pág. 62)

LA FIJACIÓN APERTURA A UNA PROBLEMÁTICA.

Como he señalado la fijación ha perdido su carácter conceptual para aparecer solo en su carácter descriptivo, ni siquiera encontramos el concepto de fijación en ninguno de los diccionarios de filiación lacaniana que hemos consultado. Encontramos la repetición, la compulsión a la repetición, como si este concepto hubiera cubierto y excluido al de fijación.

Y así el término en su dimensión descriptiva sirvió para nombrar como se fija el signo al significado, la pulsión a la representación, el amante a la amada, etc, etc. Freud se vio impedido de fijar algo más que explique el término: fijación por exceso de goce o por frustración; fijación por experiencia traumática; viscosidad de la libido o constitucional como último intento de concebir el término. En Lacan insistencia del signifiante.

Se pasó, pues a la compulsión de repetición pues aquí la percepción clínica es más evidente pero, en cualquier caso, debemos tener en cuenta que se repite algo que previamente ha sido fijado. Por tanto no se repite todo, o al menos debemos pensar en dos cualidades de la fijación: la ligada al trauma y la condicionada por la catexis libidinal.

El propio Freud en el estudio del síntoma – cara visible de la fijación- va a oscilar entre esa dimensión libidinal y la otra del sentido

Freud mantuvo a lo largo de su obra dos posiciones no excluyentes en su concepción del síntoma: en su dimensión de sentido y en su dimensión de placer libidinal. Nuevamente dos modelos que darán cuenta de aspectos básicos de esos dos psicoanálisis. En la primera parte de su obra el esfuerzo terapéutico es interpretativo –*El sentido de los síntomas*- mientras que más tarde con *Los caminos de la formación de síntomas* la dimensión económica del placer, del goce toma su importancia.

El considerar el síntoma como ligado al goce o como ligado al sentido olvida la otra dimensión, la del síntoma ligado al acontecimiento. El Tally argument, que describe Grünbaun, (Grünbaum, 1984. Pág. 142) implica el reconocimiento de una fijación traumática que no tiene que ver con el sentido, ni con el goce, sino con el acontecimiento. Podríamos decir, por tanto, que la fijación, cara oculta del síntoma se presenta en sus tres dimensiones, ligada a lo pulsional a través del goce, al significado a través del fantasma y a lo real a través del acontecimiento inalcanzable, pero que no por inalcanzable, por imposible, es inexistente.

En nuestra opinión abríamos a la reflexión este concepto señalando en primer lugar las tres dimensiones en que debemos considerarlo:

- el momento de su constitución,
- su permanencia en el tiempo y
- lo imposible de su destitución.

Tres aspectos de la fijación que si merecerían mayor atención. Por nuestra parte señalar brevemente algunos aspectos para presentar en un futuro.

El momento de su constitución. La fijación abre el campo de la ligazón, de porqué la representación se une a otra representación, de cosa o de palabra en la concepción freudiana. Repetimos la importancia de diferenciar el campo de la ligazón, el de la fijación, del campo de la asociación, el de la repetición. No es lo mismo descubrir el trauma que entender su repetición.

La permanencia en el tiempo, como expresión de la dimensión caracterial o de la dimensión patológica.

Y la imposibilidad de su destitución o la dificultad de su destitución como determinantes de posiciones terapéuticas distintas.

Para terminar dos viñetas clínicas que nos permiten pensar dos formas distintas de fijación: una ligada a una perturbación narcisista y otra a una pérdida de objeto. Dos fijaciones cualitativamente distintas.

Caso 1.

La fijación aparece en el discurso del paciente. Este pa-

ciente llega a mi después de un análisis de los llamados ortodoxos de 15 años de duración. Es un paciente de los que hoy se diagnosticaría de trastorno de personalidad. Lo llamativo es que todo su padecer (angustia permanente, incapacidad para estudiar o relacionarse con chicas..., etc.) se explica por una escena, rescatada por su primer psicoanalista y que el paciente relata permanentemente: el tiene 4 años y va por el pasillo de la casa cuando su madre entra por la puerta y le enseña contenta lo que trae para comer, a lo que el paciente responde con rechazo y asco. La madre le abofetea violentamente ante este comportamiento. El final de su análisis que termina con el fallecimiento del paciente a los cinco años de su comienzo, no consigue la modificación de esa escena causal que se resiste a toda interpretación y no consigue modificar de forma significativa ninguno de sus síntomas.

Trauma ocurrido a una edad significativa que perturba definitivamente la organización narcisista del sujeto, podríamos pensar.

Caso 2.

Un paciente, también muy psicoanalizado, encuentra la explicación de todos sus males (apatía, depresión, falta de capacidad para disfrutar de la vida...,etc.) debidos a la muerte de su madre cuando tenía 10 años y la prohibición del padre a poder llorar la pérdida o recrear su recuerdo.

Sin embargo, este paciente pronto comienza a salir de su situación apática cuando comienza a hablar y recrear toda la historia de su infancia, la relación con los hermanos, con las distintas madres sustitutas, etc. Podríamos pensarlo como la elaboración de un duelo que no se realizó en su día.

BIBLIOGRAFÍA.

Lacan, J. (2012). *Otros escritos*. Buenos Aires. Editorial Paidós

Dilthey, W. (1986) *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madrid, Alianza Universidad.

Mannoni, M (1980) *La teoría como ficción*. Barcelona, Editorial Crítica.

Freud, S. (1999) *Más allá del principio del placer*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

Marty, P. (1991). *Lecturas de lo psicossomático*. (Marta Békei, compiladora). Buenos Aires. Lugar Editorial.

Grünbaum, A. (1984) *The foundations of Psychoanalysis*. Berkeley, University of California Press.

Aguillaume, R (2016) *One Psychoanalysis or two*. International Forum of Psychoanalysis. Volume 25, 2016 - Issue 3: Psychoanalysis and epistemology. 🌱

El desarrollo de la relación terapéutica

Esteban Ferrández Miralles

Quisiera mostrar que el desarrollo de un proceso terapéutico, de un proceso analítico, implica la construcción de una relación terapéutica.

La relación terapéutica nunca está garantizada de antemano, por lo tanto ha de ser construida. Las investigaciones realizadas han subrayado o bien las capacidades del analista, o bien las necesidades del analizante. Sin embargo, en mi opinión, se han dejado de lado algunos aspectos importantes sobre los que me gustaría poner el acento en este texto. Tales aspectos se han revelado en mi práctica determinantes. En este sentido me gustaría destacar el rol activo del paciente y la mutua dependencia de ambos partenaires.

Quisiera enfatizar aquellos aspectos básicos que contribuyen poderosamente en la creación de una relación terapéutica.

Necesitamos crear una conexión empática entre terapeuta y paciente. Esta conexión es interrumpida muy a menudo y por tanto necesita ser restaurada. Tal restauración precisa de un ritmo en los intercambios, para conseguir un entonamiento afectivo.

La importancia del concepto de ritmo ha sido subestimada en el desarrollo del tratamiento. El ritmo es el orden primario de las relaciones humanas. Permite el encuentro con el otro. Knoblauch¹ considera que el ritmo es la verdadera naturaleza de la constitución humana. Contribuye en la creación del espacio transicional necesario para la aparición de símbolos.

Así pues el ritmo crea las condiciones necesarias para la aparición de uno de los conceptos más sofisticados del psicoanálisis contemporáneo: la terceridad. Esta es la vía que necesitamos seguir, desde el ritmo primario hasta el tercero simbólico, el omnipresente tercero que preserva la relación terapéutica.

DEL ANÁLISIS ORIGINAL A LA CONTRATRANSFERENCIA

Las condiciones en las que se desenvuelve la práctica

del psicoanálisis han cambiado enormemente desde Freud hasta hoy, no en vano han transcurrido 120 años.

En los años de desarrollo del psicoanálisis Freud y sus discípulos se preocuparon por establecer claramente los límites del psicoanálisis, tanto externos como internos, en cuanto a los externos se trataba de extender la práctica del psicoanálisis a campos previamente dominados por la medicina, en cuanto a los límites internos, se trataba de establecer las condiciones y requisitos para ejercer el psicoanálisis, haciendo especial hincapié en las necesidades formativas del analista, y por otro lado, las prohibiciones que su ejercicio implicaban.

Me refiero principalmente a una relación pensada en términos de sujeto – objeto, caracterizada por una radical asimetría en la cual, el paciente es considerado casi exclusivamente como la parte pasiva de la relación, responsable de las dificultades en el proceso terapéutico, de las resistencias, los estancamientos, las reacciones terapéuticas negativas y las deformaciones de la verdad. Por ello el análisis toma a veces un aspecto persecutorio, incompatible con la promesa de liberación implícita desde el primer momento en el mensaje freudiano. Liberación respecto de las miserias neuróticas, de las exigencias pulsionales, de la tiranía del Superyó.

Freud muestra en esos años una preocupación constante por los efectos de la transferencia, de los que ya había sido muy consciente en el caso de Anna O. Sus discípulos, a menudo poco y mal analizados, tienen que enfrentarse con situaciones desbordantes: la transferencia en todas sus vertientes, erótica, hostil, idealizadora. También la propia contratransferencia. Una manera de proteger al analista es colocarlo en una posición de objetividad, de superioridad, de abstinencia.

En su versión clásica el analista está arropado por el poder de la objetividad, el paciente por su parte es una subjetividad alienada cuya verdad reside en el otro, un otro incoercible, inmanejable, pura alteridad...

Lewis Aron lo explica con claridad en "Un encuentro de mentes"²:

1. Knoblauch, S. H. The musical edge of therapeutic dialogue. The Analytic Press, London, 2000.

2. Aron, L.: Un encuentro de mentes. Mutualidad en el psicoanálisis. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile, 2013.

El modelo tradicional de la situación psicoanalítica mantuvo la noción de un paciente neurótico que trae su infancia irracional, sus deseos, sus defensas y sus conflictos al análisis para ser examinados por un analista relativamente maduro, saludable y bien analizado, el que estudia al paciente con objetividad científica y neutralidad técnica. La salud, racionalidad, madurez, neutralidad y objetividad del analista fueron idealizadas, y desde esta visión, la contratransferencia era vista como un error desafortunado e infrecuente (al menos eso se esperaba).

Estas tesis llegan a su culminación en la obra de Lacan. Para el gran maestro francés, el gran Otro - l'Autre - es al mismo tiempo el dueño del orden simbólico, el cual determina los deseos del sujeto, es la alteridad, también el lenguaje que el sujeto es incapaz de dominar y finalmente, es la Ley a la que debe someterse. El sujeto por su parte está dividido, y se caracteriza por su falta en ser. De hecho es un sujeto que no es dueño de lo que dice, al hablar es hablado por el Otro. Las palabras que emplea portan un significado que excede sus capacidades.

Sin embargo, en los años cincuenta, después de la Segunda Guerra Mundial la realidad social cambia enormemente, aparecen en toda su crudeza los trastornos, que van a configurar el paradigma de la patología de finales del siglo XX: los trastornos por estrés postraumático y el resto de trastornos de la personalidad. Obviamente estas nuevas patologías creaban problemas en el manejo de la clínica.

Al mismo tiempo, en las filas del psicoanálisis aparecen voces discordantes respecto al manejo de la transferencia, pero sobre todo, de la contratransferencia. De este lado del Atlántico, son un grupo de discípulas de Melanie Klein las que ponen el énfasis en lo que está silenciado, las dificultades del analista en el manejo de su contratransferencia, ante todo

porque no se puede hablar libremente de ella. Del otro lado, en una coincidencia más que notable, será Heinrich Racker quien señale la necesidad de abordar el tema.

Más allá del manejo que propondrán los diferentes autores, la introducción de la contratransferencia en el campo analítico, que había sido escamoteada, tiene enorme importancia para el futuro porque marca el cambio de una relación sujeto objeto, a una relación intersubjetiva. Como señala Stephen Mitchel, citado por Aronl:

“Si la situación analítica no es considerada como una subjetividad y una objetividad, ni como una subjetividad y un medio ambiente facilitador, sino que es tomada como dos subjetividades, la participación en ella y la indagación en la dialéctica interpersonal se convierte en el foco central del trabajo”.

De manera que la construcción de la relación terapéutica y la implicación en la misma del analista vuelven a plantearse como un tema central de la práctica analítica.

La pregunta por la contratransferencia, la devolución de la contratransferencia al campo psicoanalítico no significa, ni renunciar a trabajarla en la supervisión, ni tampoco su desaparición del propio análisis. La pregunta por la contratransferencia inaugura la posibilidad de preguntarnos por la subjetividad del analista, es decir que podemos trazar una línea argumental que iría desde la contratransferencia a las actuales controversias sobre los enactments o las self-disclosures.

DE LA CONTRATRANSFERENCIA A LA IMPLICACIÓN SUBJETIVA DEL ANALISTA

En esta segunda parte del trabajo vamos a tomar tres aspectos que consideramos básicos para la construcción y el desarrollo de la relación terapéutica. Tres conceptos que, a nuestro modo de ver, sostienen una fuerte



relación, son el ritmo, el entonamiento o sincronización afectiva y el tercero o terceridad.

Los intentos de pensar la relación incluyendo al analista, no solo como Otro del paciente, nos han conducido, de la mano de Winnicott, Stern y otros a la matriz de las relaciones, a la relación primordial. Y aunque, como dice Benjamin, prestar atención especial a la relación primordial nos ha llevado a dejar en un segundo término el papel de la diferencia sexual y también la figura del padre, ha valido la pena.

Volver la atención a la relación primordial, porque estamos buscando, qué aspectos de esa matriz de las relaciones, pueden sernos de utilidad para desarrollar la relación terapéutica, especialmente ahora cuando en nuestra práctica diaria la clínica de los trastornos y de las psicosis ha desplazado en gran medida a la clínica de las neurosis.

Podríamos hacer referencia a los trabajos de Daniel Stern (1985), Beebe y Lachmann (2002), Tronick (1998) o Trewarthen (2002), ellos tenían un buen número de trabajos señalados sobre la materia, pero fue Ricardo Rodulfo en un texto reciente, quien nos puso sobre la pista de la importancia del ritmo en la relación terapéutica. En este opúsculo titulado *Curvaturas*, dice Rodulfo: el ritmo recorta el cuerpo, y precisamente ese recorte del cuerpo es lo que facilita, lo que permite el encuentro con el otro. Si dejamos a un lado el aspecto enigmático de la frase “el ritmo recorta el cuerpo”, sin embargo, la idea de que el ritmo facilita el encuentro con el otro probablemente es un denominador común del pensamiento de todos los autores citados.

El ritmo es lo que permite al sujeto tener conocimiento de que hay otro con quien interactuar.

Dice Lara Lizenberg que en el siglo VII, para los griegos el ritmo era la forma particular y distintiva del carácter humano. Es evidente que en el ser humano hay una tendencia muy primaria hacia el ritmo. Presente en el juego, en la poesía, la música o la danza, el ritmo es parte esencial de la verdadera naturaleza de la constitución humana.

Uno de los analistas que más interés ha mostrado en la importancia del ritmo es Steven Knoblauch, para quien el ritmo es un elemento fundamental de la relación terapéutica. Sostiene Knoblauch que la ruptura del ritmo es, en muchos campos de la salud, sinónimo de enfermedad. Nos ofrece como muestra el caso de Lenny, en el cual podemos apreciar la importancia del ritmo, en este caso, el ritmo de la respiración.

El ritmo marca los encuentros y la capacidad de comprensión del otro. El ritmo permite la aparición del sentimiento de estar ahí para el otro, tan importante en la clínica, como ya destacó Winnicott. Knoblauch nos recuerda

la importancia del ritmo, de la respiración, del cuerpo, como dimensiones fundamentales de la experiencia para la regulación del campo afectivo, previa a la posibilidad de simbolizar. En nuestra opinión no se trata de sustituir un orden por otro, se trata de comprender que ambos son igualmente necesarios, que los intercambios simbólicos son precedidos y facilitados por otros mucho más básicos, en los que los afectos se sincronizan.

La ruptura del ritmo en los intercambios madre bebé, como en los intercambios analista - analizante, podría considerarse como la ruptura de la sintonía, la ruptura del entonamiento afectivo, un concepto de Daniel Stern que nos parece muy adecuado para describir el proceso de creación de una relación afectiva, sobre el que se asienta la posibilidad de un proceso terapéutico.

Gracias a Winnicott, podemos pensar que ese proceso terapéutico se desarrolla en un espacio transicional, es decir un espacio intersubjetivo, un espacio que va más allá de la subjetividad de cada participante, y ahora el psicoanálisis está en condiciones de reconocer la implicación, inevitable, del analista en la ruptura de ese espacio, lo que nos permite y nos obliga a pensar las posibilidades de restaurarlo.

La experiencia de sintonía, de vinculación, de empatía, se ve continuamente interrumpida y es tarea del analista restaurarla, con la colaboración del paciente.

En el reconocimiento de la responsabilidad del analista en la ruptura del espacio analítico pensamos que el pensamiento de Jessica Benjamin nos es de enorme utilidad. En sus trabajos desde *Lazos de amor*, la autora ha desarrollado una labor imprescindible para la comprensión de los procesos de ruptura del proceso terapéutico, y los medios para restaurarlo.

Este descentramiento de la figura del analista era una tarea inaplazable, sin embargo nos devuelve a la problemática del sostenimiento de la relación. En la concepción clásica del psicoanálisis la figura del analista era incuestionable. No obstante, como señala Benjamin:

La idea de un tercero analítico nos va a permitir comprender como la relación analítica va más allá de los meros procesos de sugestión o empatía. Comprender asimismo que la relación analítica sobreviva a los desencuentros, errores y heridas producidas por el analista inevitablemente en el ejercicio de su función. Recordemos aquí la idea de violencia primaria de Piera Aulagnier. O el papel de la madre en la teoría de la seducción generalizada de Laplanche (que devuelve al trauma un lugar estructural en la teoría psicoanalítica). O incluso los sentimientos encontrados que asaltan al analista trabajando sobre

3. At the heart of Winnicott's work is the notion that the subject comes to exist in the (potential) space between the mother and the infant. Ogden's conception of analytic intersubjectivity places central emphasis on its dialectical nature. His elaboration of the contributions of Freud, Klein, and Winnicott culminates in the development of his original concept, "the analytic third," neither subject nor object, but jointly created, intersubjectively, by the analytic pair. "The intersubjective and the individually subjective each create, negate, and preserve the other," and created out of the dialectical interplay of these forces is "the intersubjective analytic third".

todo con psicóticos, como nos recuerda Harold Searles:

“The therapist’s or analyst’s growing out of such ways of responding is not simply a matter of his learning a technique more appropriate to the patient’s genuinely ambivalent, poorly integrated state. To become more useful to his patients [the analyst] he must in addition be prepared to face his own conflict between desires to help the patient to become better integrated (that is, more mature and healthy) and desires, on the other hand, to hold on to the patient, or even to destroy him, through fostering a perpetuation or worsening of the illness, the state of poor integration. Only this kind of personal awareness prepares him for being of maximal use to patients.”

Este tercero tiene diferentes formulaciones. El primero que lo define es Lacan, sin embargo, su concepción de la relación analítica, así como los avatares que sufre su enseñanza probablemente impidieron al genio francés una formulación más acertada. Sin embargo, como Benjamin nos recuerda, el vio al tercero como aquello que mantiene la relación entre dos personas evitando el colapso.

Necesitamos esperar el desarrollo de un campo intersubjetivo dentro del psicoanálisis para que la idea del tercero, presente en numerosas formulaciones previas, pueda crearse. Aunque la prioridad hay que concedérsela a Thomas Ogden³, es no obstante la conceptualización de Jessica Benjamin la que nos parece más afín a nuestra práctica.

Para esta psicoanalista y feminista, el tercero es la evolución lógica de aquella sincronía primordial que nos brindaba el ritmo entre la madre y el infans, ese sería el tercero rítmico. Posteriormente el tercero va cobrando nuevas denominaciones: moral, compartido y analítico. En cualquiera de los casos significa el reconocimiento del otro como alguien igual y diferente a mí, con una mente y un inconsciente como yo.

Ese tercero no tiene un origen ni en el Edipo ni en el padre como castrador, al decir de Jessica Benjamin:

Pero la idea del tercero y la terceridad es especialmente importante en nuestra práctica por cuanto que nos permite restaurar la relación cuando esta se ve dañada, ese tercero es un espacio mental interno, en palabras de Benjamin, que nos garantiza el retorno a una relación que permite salir del impasse.

Queremos cerrar esta reflexión con una pequeña viñeta clínica que quizá refleje mejor nuestra idea del tercero compartido o tercero analítico. Se trata de un momento especialmente difícil con un paciente, diagnosticado de esquizofrenia, que produce en mí reiteradamente una defensa caracterizada por el sopor, por entrar en un estado de somnolencia. Hasta que un día el paciente lo expresa con claridad, usted se está durmiendo.

El reconocimiento de que esto era así, y mi subsiguiente demanda de ayuda al paciente para comprender lo que nos

estaba pasando, nos permitió reconocer que el era consciente de que sus palabras estaban vaciadas de sentido pero más aún, nos llevó a enfrentar el hecho, muy preocupante, de que a menudo cuando conducía su coche camino del trabajo, era él quien sufría esta peligrosísima somnolencia al volante. Y nos permitió trabajarlo conjuntamente.

CONCLUSIONES

Ritmo, entonamiento afectivo, tercero analítico son conceptos que pretenden.... El campo de la implicación de la subjetividad del analista en la práctica terapéutica y las posibilidades de profundizar en nuestro trabajo, que las nuevas patologías, y los nuevos modos de relación que se imponen, nos demandan.

BIBLIOGRAFIA

- Knoblauch, S. H. (2000) *The musical edge of therapeutic dialogue*. The Analytic Press, London.
- Aron, L. (1996) *A meeting of minds*. Mutuality in psychoanalysis. The Analytic Press. London.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2008) *De un Otro al otro: 1968/9*. Paidós. Buenos Aires.
- Daniel Stern (1985), *The interpersonal world of the infant*. Karnack, London.
- Beebe and Lachmann (2002) *Infant research and adult treatment*. The Analytic Press, London.
- Tronick (1998) *Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research*.
- Trewarthen, C. et als (2014) *Infant and Early Childhood Mental Health Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing. Washington DC.
- Ricardo Rodulfo (2016) *Curvaturas*. Lugar Editorial. Bs As.
- Lizenberg, Lara (2011). *Ritmo. El uso lúdico de la estructura*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Jessica Benjamin (1996) *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Paidós. Buenos Aires,
- Benjamin, J.: (1997) *Sujetos iguales, objetos de amor*. Paidós. Buenos Aires.
- Marilyn Nissim-Sabat *The Violence of Interpretation: From Pictogram to Statement* (Book Review) Brunner-Routledge, 2001. Fall 2003.
- Searles, H.: *The effort to drive the other person crazy*. British Journal of Medical Psychology, 1959. 32 (1). ❁

Sobre el enigma de las identificaciones

Reyes García Miura

Agustín llega a mi consulta acompañado del comentario de que es un joven homosexual con problemas de adaptación. Me encuentro a un joven de 23 años, “sexualmente indeterminado”. Su aspecto es delicado, frágil, grácil, una media melena rubia deshilachada y una sonrisa dulce, acompañan una indumentaria que consiste en una falda larga envolvente de seda, una amplia blusa blanca y un bolso colgado en bandolera.

Aparece un Tadzio en mi consulta, el de Thomas Mann de “Muerte en Venecia”. Con voz suave me habla de mucha ansiedad desde siempre, desde niño. De obsesiones, malos pensamientos oscuros, vómitos, bulimia, alcohol. De su desorientación vital, de realizarse y borrarse tatuajes. De no llegar a provocarse cortes, ni intentos de suicidio, pero de estar todo ello siempre presente.

Hay poca referencia a su infancia, un colegio privado y sus estudios en Londres a partir de la mayoría de edad donde cursa Bellas Artes. Trasladándose a otra ciudad europea para concluir el final de la carrera.

Se dedica a la escultura, trabaja en un estudio en la casa familiar donde reside actualmente después de su regreso a Madrid, donde se siente bien acogido por sus padres de quienes dice son tolerantes y no interferir en su vida. Expone sus obras en la ciudad centro europea, a la que continua muy ligado.

Utiliza dos adjetivos para hablar de las figuras parentales, una madre fuerte y un padre débil. Luego adorna con algunos comentarios como su preferencia por su madre, con la que comparte su trabajo, ella se dedica a la decoración. Un padre arquitecto, temeroso, desconocido y desvalorizado por sus convencionalismos y estereotipos en su posición en la vida. Agustín, estaba convencido de haber estado siempre muy unido a su madre y a las figuras femeninas de su entorno, niñas en el colegio y amigas que le han acompañado en estos años. También de estar muy persuadido de ser muy diferente a su padre, y de no entenderse.

Sus problemas empiezan a los doce años con la limpieza, “todo asco”, y la auto prohibición de “no tocar”. Comienza a realizar rituales como pegarse al cuerpo su propia ropa sucia para vencer un miedo inespecífico. Rituales

que han continuado y variado también y que en esta época de su vida son de control del sueño y de la alimentación (ataques bulímicos y vómitos ritualizados).

Me habla de una importante relación con una chica mayor que él, que duró unos años. Preguntándose si era un enamoramiento que comenzó cuando era un niño y que con el tiempo se fue diluyendo. También de que ha tenido una pareja, un chico, cuando finalizaba sus estudios en la carrera. Ahora puntualiza que no le interesa el sexo.

Nuestro Tadzio dice que no es homosexual, ni heterosexual. Parece que no le preocupa elegir su sexo, al menos el poco tiempo que duró su análisis conmigo.

¿Cómo pensar la ambigüedad de Agustín? ¿Qué provoca la labilidad de su identidad sexual?

¿Está sujeto a una teoría de la sexualidad basada en una identidad genérica, identificando el adjetivo “fuerte” al género femenino y “débil” al masculino? Equivalente a identificaciones imaginarias.

¿Son suficientes las identificaciones realizadas a lo largo de su vida, para determinar su sexuación de ser hombre o mujer?

¿Obedecen sus manifestaciones clínicas a algún desorden de simbolización de la castración? ¿Existirá forclusión del nombre del padre y de la función fálica en su estructura psíquica? ¿o nos encontramos ante una neurosis?

¿Su alejamiento del interés por su sexualidad, tiene que ver con la sublimación y depositación libidinal en su trabajo, la escultura?

La ambigüedad despierta incertidumbre, indefinición, confusión. Coexistiendo actitudes que no son excluyentes y que pueden admitir distintas interpretaciones. En la ambigüedad la oscilación entre dos términos no es usada para establecer una comparación, sino para igualar sin discernir a dos términos contradictorios (Bleger, J. 1984). “No ser homosexual” ni “heterosexual” o ser ambos. No ser masculino o femenino, o creer ser los dos, o la combinación de hombre y mujer. Concepto diferente al de ambivalencia, que si contempla aspectos contrarios sobre un mismo objeto al mismo tiempo.

Las teorías sobre la sexualidad en el pensamiento freudiano se inscriben en la teoría general de las pulsiones. En "Tres ensayos para una teoría sexual", Freud, S. (1905) nos dice "en el ser humano no se encuentran pura masculinidad o pura feminidad, ni en el sentido psicológico ni en el sentido biológico". También va a sostener que lo único que conoce el inconsciente es la oposición activo-pasivo, y a partir de ella se declinarán lo masculino y lo femenino, la bisexualidad psíquica y el dimorfismo sexual hombre-mujer. No hay por tanto una representación de la diferencia entre los dos sexos.

En la infancia todo gira en torno a un único órgano sexual para los dos, el masculino. La sexualidad infantil tiene lugar bajo la primacía del falo y el complejo de castración.

Diremos que alcanzar la madurez sexual, conlleva un desarrollo en el que van a confluir el destino de las pulsiones, la estructuración del Edipo y el complejo de castración, las identificaciones y cómo surge la diferencia de inscripción de los sexos.

A diferencia de Freud que plantea la bisexualidad desde un principio, Stoller, R.J.(1984) con su teoría del género propone una feminidad primordial, y los individuos transsexuales, serían aquellos que no superan el estado de confusión identificatoria con su madre.

Hasta ahora, nos recuerda Chilland, C. (1999) existía una dicotomía masculino/femenino se pertenece a uno u otro sexo. No se declara un "tercer sexo", "sexo incierto" o "sexo intermedio". Aunque plantea que existen individuos que están entre dos sexos. Alemania acaba de aprobar un proyecto de ley con fecha 15/08/2018 aceptando el "tercer sexo". En el registro de los recién nacidos, además del masculino y del femenino, se permitirá la denominación del "otro" o "diverso". La nueva ley establecerá que mientras una persona "sienta profundamente" que pertenece a un cierto género, tiene derecho de escoger como se identifica legalmente (Huffpost Agencia EFE). De cualquier manera, el reconocimiento legal no resuelve el enigma identificatorio.

Pensamos que el nacimiento y asignación de sexo como niño y niña no es más que el comienzo de un largo y complejo proceso para convertirse en hombre y mujer y alcanzar el sexo subjetivo que es con el que cada uno se identifica. Porque ser hombre o mujer son dos significantes que representan esas dos posiciones subjetivas.

Para la realización de la sexualidad del sujeto, se requiere de un orden simbólico y de identificaciones significantes. Al hijo sometido a la relación simbiótica de identificación con la madre, le será dudoso el acceso al orden simbólico. En la psicosis la ausencia del padre simbólico, como representante de la ley, dificultará identificaciones con la masculinidad.

AL hablar de identificaciones, Freud describe como en el varón, la identificación con el padre como ideal del yo, se va a acompañar de una investidura de la madre como objeto sexual y es en esta confluencia donde surgirá el complejo de Edipo. Esta identificación que es la que nos interesa resaltar, es aquella en que, para lograr el ideal del yo el sujeto se identifica con un rasgo o aspecto parcial del objeto, que introyecta al final del complejo de Edipo. Y que Lacan va a llamar a este elemento común que se repite en cada uno de los acontecimientos significantes, rasgo unario. Igualmente va a acuñar el término Identificación sexuada, (Dyland, E. (1997) estableciendo diferencias con esta segunda forma de identificación freudiana. Para ello utilizará el concepto de función fálica, e introducirá a la vez la función de goce ligada al complejo de castración.



Nos preguntamos junto a otros autores, si no es el sexo anatómico, ni el género como núcleo identitario que propone Stoller, ni tampoco las identificaciones son suficientes para dar cuenta del proceso para determinar ser hombre o mujer. Si hay un algo más.

En su libro "Ambigüedades sexuales" Morel, G. (2002) cuestiona, si a los seres humanos les cuesta orientarse en lo que se refiere a la sexuación, si les es difícil alienarse del lado de hombre o del lado mujer, ¿no hay que suponer en el inicio un vacío real y no un núcleo de identidad?

Freud postula un vacío cuando afirma que no existe la pulsión femenina sino una sola libido, de naturaleza masculina, o cuando sitúa el falo y el complejo de castración en el centro de la vida sexual, tanto en varones como en niñas. Esa misma idea la encontramos en Lacan quien formula ese vacío mediante aforismos: "No hay relación sexual", "La mujer no existe". Ambos plantean dos sexos anatómicos pero un solo principio del sexo en el inconsciente, el falo, como única referencia.

¿La permanencia y salida de la ambigüedad sexual, girará sobre las vicisitudes en relación al falo?

¿Qué lugar ocupa para lograr la sexuación de ser hombre o mujer, la anatomía, el discurso del otro, las identificaciones, los modos de satisfacción pulsional?

Para acercarnos a esta cuestión recurrimos a Lacan, que introduce el concepto de "sexuación". (Miras, V. 2005). Define este término para nombrar ese largo y complejo proceso de la relación de cada sujeto con su posición sexual, que puede o no coincidir con su sexo anatómico, y que puede o no orientarlo hacia la elección de un partenaire de diferente sexo.

Morel, G. (2002) construye siguiendo a Lacan, una teoría de la sexuación, que denomina anatomía analítica, y que comprende tres etapas conceptuales alrededor de la de la función fálica. Un primer tiempo que nos remite al discurso biológico, la anatomía natural. El segundo tiempo o etapa es el del discurso social, cuando los otros interpretan su sexo. Para lo cual ya se hecho una elección: inscribirse o no bajo el significante amo del discurso sexual, el falo. En la estructura psicótica aparece el rechazo a esa inscripción, por forclusión del nombre del padre y de la significación fálica.

¿Qué ocurre si el sujeto contradice la interpretación que dan los otros sobre su sexo? ¿Qué rechaza el sujeto, su sexo anatómico o la inscripción en la función fálica?

El tercer tiempo es el de la sexuación propiamente dicha, la elección inconsciente del sexo por el sujeto, y que nos remite al discurso analítico. Como venimos diciendo, hay una sola función de goce universal, el falo, pero existen dos sexos correspondientes a dos "opciones de identificación sexuada". Diremos que Lacan, (Braustein, N.A.

1990) aborda la problemática de la identificación sexual, privilegiando el goce. Es decir, va a pensar la sexuación del cuerpo a partir de una elección inconsciente que el sujeto hace en relación con el goce. Y hablará de como hombres y mujeres se van a ubicar respecto al falo, esto es del lado de la posición masculina o femenina. El hecho de que haya dos inscripciones relacionadas con el modo de goce en relación al falo, no contradice que un sujeto neurótico mantenga una ambigüedad sexual, o que, en el caso de la psicosis situado fuera de la inscripción fálica, invente una sexuación particular. Como la orientación femenina del goce en el caso de Schreber (Freud, S.1910)

¿Qué ocurre cuando se produce un estallido psicótico que provoca una catástrofe en la vida del sujeto y las identificaciones se hunden? ¿A que puede recurrir el sujeto para hacer frente a esta catástrofe?

Sin entrar en profundidad en el modelo lacaniano, recogemos el concepto de "sinthome", como aquel que garantiza la presencia del padre y la perseverancia del vínculo con él. En el seminario XXIII Lacan, J (1975-1976) muestra como el arte de Joyce tiene una función de sinthome: "este arte realiza una compensación de la carencia del padre, suple una forclusión de hecho".

La obra de Joyce es un síntoma literario, y es también el sinthome. Joyce se crea un nombre y no es una metáfora delirante, porque su síntoma literario tiene la función identificatoria del propio nombre. A partir de este caso, lo que subraya Lacan es la importancia del artificio (en el sentido de un medio ingenioso) en la constitución de la estructura subjetiva.

En la neurosis el goce está sujeto a la ley, relacionado con la función fálica y por tanto sujeto a las limitaciones que impone el padre simbólico, agente de la castración. En la psicosis, la falta del significante nombre-del-padre lleva al sujeto a construir ese artificio, el sinthome, mediante la metáfora delirante o como acabamos de ver en el caso de Joyce por medio del arte.

Nos preguntamos ¿Qué vacío ocupan los síntomas, fantasmas y la ambigüedad sexual en nuestro paciente Agustín?

¿Podemos pensar como un síntoma particular, la obra artística del paciente?

¿Puede existir en algún momento un derrumbe psicótico? ¿En ese caso podría sujetarse en la escultura, funcionando como un sinthome?

Estos y otros interrogantes nos abren a posibles discusiones teóricas y observaciones clínicas, que ponen en evidencia la apertura del campo psicoanalítico para enfrentar nuevos retos a la hora de dar significación a problemáticas actuales.

BIBLIOGRAFIA

- Bleger, J. (1984) *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires. Ed Paidós.
- Braustein, N. A. (1990) *Goce*. Madrid. Ed. Siglo Veintiuno.
- Chilland, C. (1990) *Cambiar de sexo*. Madrid. Ed Biblioteca nueva.
- Dyland, Evans. (1997) *Diccionario introductorio del psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires. Ed Paidós.
- Freud, S. (1925) "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos". En obras completas. Vol 3. Buenos Aires. Biblioteca nueva.
- Freud, S. (1920) "Psicología de las masas y análisis del yo". En obras completas. Buenos Aires. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905) "Tres ensayos de una teoría sexual". En obras completas. Biblioteca Nueva. Freud, S. (1908) "Teorías sexuales infantiles". En obras completas. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1910) "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia". En obras completas. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923) "La organización genital infantil". En Obras Completas. Biblioteca Nueva.
- Grimberg, L. (1985) *Teoría de la identificación*. Madrid. Tecnipublicaciones S.A.
- Kaufmann, R. Vanderersch, B. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Lacan, J. Seminario 21. Clase 14-mayo 1974. S. "Los nombres del padre."
- Lacan, J. (1972-1973) *El seminario*, libro XX, Aún. Buenos Aires. Paidós 1981.
- Lacan, J. Seminario XXIII "Le sinthome". Buenos Aires. Paidós (1975-1976)
- Miras, V. (2005) *Conceptos freudianos*. Madrid. Ed Síntesis.
- Morel, G. (2002) *Ambigüedades sexuales. Sexuación y psicosis*. Buenos Aires. Ed Manantial.
- Nasio, J. D. (1996) *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona. Ed Gedisa.
- Redacción *EL Huffpost*, agencia EFE.
- Stoller, R. J. (1984) *Sex and gender*. London. karnac. 🌱

Distancia afectiva médico-paciente y evolución del trasplante de médula ósea

Elena Catalá Ortuño, Juan Rodado Martínez y Carlota Ibáñez Guardiola

INTRODUCCIÓN

Si pensamos en las enfermedades somáticas, podemos apreciar que los médicos clínicos son quienes atienden primero a los pacientes con este tipo de enfermedades y en muchos casos reciben una demanda de atención psicológica que, aunque en ocasiones saben detectar, no logran encausar ni mucho menos satisfacer. De ahí que haya una incongruencia entre la aceptación de los “factores psicológicos” y la conducta posterior, tanto del médico como del paciente.

Por parte del psicoanálisis, clásicamente, la acentuación de las diferencias entre histeria y psicósomática y la utilización de frases hechas y eufemismos promueve la tendencia a dejar el problema psicósomático en manos del médico y en el campo de la medicina, o a encarar psicoterapias que abordan al paciente acertadamente en un plano superficial, pero que luego no avanzan a planos más profundos con la excusa teórica de los “déficits” que el paciente presenta.

Esta realidad entra en contradicción por un lado con la propia idea de Freud sobre la enfermedad somática y sobre la relación entre la psique y el soma.

Ya en la descripción de las vivencias de satisfacción y de dolor, Freud nos provee ejemplos de asociación de elementos heterogéneos en el psiquismo, configurando huellas mnémicas complejas. Por ejemplo, en la vivencia de satisfacción movimientos digestivos del estómago quedan asociados con el recuerdo del pecho materno y su reactivación por la renovación del estado de necesidad (hambre) (Freud, S.; 1895).

En su descripción de los “caminos de influjo recíproco”, Freud describe cómo elementos heterogéneos se influyen entre sí (Freud, S.; 1905). Allí dice que toda modificación que se efectúe en el campo de las necesidades y funciones biológicas puede tener una incidencia en la

erogeneidad vinculada con el órgano que cumple dichas funciones. Y recíprocamente, toda modificación en la erogeneidad de un órgano puede afectar sus funciones biológicas (Freud, S.; 1905 a: 1214).

Pero es que también entra en contradicción con las descripciones y el trabajo que el psicoanalista Michael Balint llevó a cabo en los años 50 con médicos de familia sobre la relación de estos con sus pacientes y la importancia de la misma en el devenir y pronóstico de las enfermedades somáticas.

Balint argumentó que la relación clínica es algo más que acciones y comportamientos y que incluye los sentimientos y las ideas ligadas a estos. El creía que en esta relación se dan una serie de fenómenos que tienen que ver con esta dimensión emocional. Balint razonaba que los médicos tienen una serie de actitudes individuales hacia el paciente, expectativas acerca de su comportamiento y modos establecidos de relacionarse con ellos que dependen de sus creencias y personalidad.

También desarrollo la idea de que de que el propio médico es un componente central de la terapia. Es más, subrayaba que el medicamento más utilizado en la consulta es el propio médico y este puede tener efectos curativos o dañinos.

Tomando tanto la idea de Freud, como las de Balint, como Psicoanalistas y como médicos hemos querido poner el foco de atención en la relación que establecemos con nuestros pacientes, en su vinculación a nosotros como terapeutas y como médicos y como las vicisitudes de esta influirán en el pronóstico de la enfermedad.

Apego, distancia, proximidad y la proxémica de Hall

La teoría del apego postula la necesidad humana de formar vínculos afectivos estrechos que se manifiestan en

conductas de proximidad, alejamiento y contacto con el cuidador, así como a través de reacciones afectivas frente a la separación.

En este sentido, el apego puede relacionarse con una disciplina llamada proxémica, desarrollada por el antropólogo Edward T. Hall, que mide las configuraciones espaciales de los seres humanos en términos de distancia.

Teniendo en cuenta que en términos generales la conducta de apego es la búsqueda de proximidad a seres que se consideran protectores, las configuraciones de distancia y rechazo juegan un rol fundamental y son exploradas en muchas de las preguntas de la Entrevista de Apego del Adulto (AAI). Esta distancia está pensada más como afectiva que como física pero el uso de términos “sentirse próximo” y el énfasis puesto en las experiencias de separación de los progenitores, muestra que existe una base de experiencias corporales, como por ejemplo las experiencias táctiles de separación, cercanía u proximidad, que sirven de sustrato sobre el cual se montan las experiencias afectivas de sentirse cerca o lejos de alguien. Estas experiencias afectivas ya no son más táctiles porque han sufrido las modificaciones impuestas por el lenguaje y la cultura: hoy en día ya no hace falta tocar a alguien para sentirlo cerca (Ulnik, 2004).

El término proxémica fue acuñado por el antropólogo estadounidense Edward T. Hall en 1963. En sus investigaciones, señalaba que todo organismo tiene un límite detectable. Y de esa manera consideraba que entre un individuo y otro debe haber un espacio determinado dependiendo de las circunstancias y el entorno.

La proxémica estudia el uso y la percepción del espacio social y personal, es decir, de proximidad o alejamiento entre las personas y los objetos durante la interacción, las posturas adoptadas y la existencia o ausencia de contacto físico.

Lo interesante es el empleo y la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal, de cómo y con quién lo utiliza, en diferentes ámbitos de su vida. El manejo que el hombre hace del espacio y de la distancia con los demás configura un nivel de signos que se transmiten no verbalmente y que condicionan sus relaciones y conflictos con los demás.

Por tanto, la proxémica es un tipo de comunicación no lingüística establecida mediante signos que se constituyen a través de configuraciones espaciales de distancia, como por ejemplo la distancia de una persona respecto a su interlocutor. De este modo, el hombre es concebido con unos límites que van más allá de su cuerpo y que son dinámicos para cada situación relacional.

Hall (1963) describió 8 tipos de distancias entre dos interlocutores y las agrupó en 4, que llamó: distancia pública, social, personal e íntima.

- Distancia pública: es la que suele utilizarse en los lugares públicos, donde hay personas desconocidas. Generalmente es mayor de 3,60 m y es la que se utiliza, por ejemplo, en conferencias, aeropuertos, etc.

- Distancia social: es la que un animal social necesita para estar en contacto con su grupo, la distancia que utilizamos para interactuar con las personas en nuestra vida



cotidiana, personas con las que no tenemos relación de amistad, como un médico, un albañil, etc. Es aproximadamente de 1,20m.

- Distancia personal: es la que se utiliza en relaciones cercanas, como por ejemplo entre familiares y amigos. La distancia está entre 45-120 cm. Si estiramos el brazo, llegamos a tocar la persona con la que estamos manteniendo la conversación.

- Distancia íntima: es la más cercana y está limitada a personas con las que se tiene algún vínculo íntimo, como por ejemplo la familia, la pareja, amigos. La comunicación se realizará también a través de la mirada, el tacto y el sonido. La distancia puede oscilar de 0 a 45 cm; si es inferior a 15 cm se considera zona sub-intima o zona íntima privada.

En este sentido, los aportes de Hall son muy interesantes, ya que identifica varios factores determinantes para estas distancias, además del cultural, como: la situación social, el género y la preferencia individual (Hall, 1963).

Pensamos, que en población con enfermedades somáticas y especialmente en las enfermedades graves que son incapacitantes y requieren múltiples tratamientos e ingresos hospitalarios, estas distancias se modificarán. Al menos, en el proceso del trasplante, por un factor esencial que es la inmunosupresión y sus consecuencias, una de ellas el aislamiento físico requerido para evitar la exposición al contagio.

DISTANCIA AFECTIVA Y TEST DE LAS DISTANCIAS AFECTIVAS (ULNIK)

El concepto de distancia tomado por Hall es un concepto mensurable. Cuando en psicoanálisis hablamos de distancia, nos referimos a una idea abstracta, no fácilmente medible, que nos permite decir que un paciente pone distancia afectiva o que establece una doble distancia con el objeto.

La idea de distancia, tanto física como psíquica, es una construcción teórica que se desarrolla arbitrariamente para establecer un orden en el espacio real que escapa a nuestra posibilidad de percepción e incluso de comprensión.

Existe un concepto de distancia establecido por la física y que podríamos definir como el intervalo que separa dos puntos en el espacio. Pero según el diccionario de la RAE, la distancia también puede ser la diferencia entre una cosa y otra. Con esta definición vemos cómo la distancia física puede ser representativa de una discriminación o separación de índole no sólo física. El concepto de distancia utilizado en psicoanálisis es aún más amplio, pues las cualidades de cercanía, lejanía y movilidad espacial y temporal del objeto no estarán sujetas sólo al orden del espacio topográfico y del tiempo cronológico sin tam-

bién a la realidad psíquica. Esta idea sumada a la consideración de la afectividad dentro de un modelo que toma en cuenta lo intrapsíquico pero también lo intersubjetivo, permite proponer el concepto de distancia afectiva como la resultante de ambos tipos de distancia: la física y la emocional (Ulnik, 2004).

Siguiendo el marco teórico de la proxémica, existen distancias que se van alejando progresivamente y corresponden a diversas áreas sociales que Hall separó en íntima, personal, social y pública. Relacionándolo con la clasificación de este autor, Ulnik formuló un test con un esquema similar para medir las diferentes distancias afectivas. Y así las divide en: área sexual, el área familiar, el área laboral, el área médica y el área paranoide (Ulnik, 2015).

El test examina la capacidad de distinguir distancias afectivas diferentes para cada vínculo. De esta manera se materializa por ejemplo lo que observamos en la clínica respecto de la relación médico-paciente y relación terapeuta-paciente, porque se pueden observar distancias tanto fusionales y de características simbióticas como distantes y contradictorias (Ulnik, 2014).

A la vez, se pueden comparar las distancias en distintos vínculos, como por ejemplo con los padres, con los enemigos o con el partenaire sexual. Y también podemos observar la evolución vincular en el tiempo en cada paciente, en los tres momentos diferentes del proceso del trasplante hematopoyético en el que es tomado el test. Este método permite observar y evaluar algunos fenómenos clínicos.

Los procesos que requieren alta frecuentación hospitalaria con ingresos y tratamientos agresivos, afectan la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Y es frecuente que estos pacientes reflejen sus dificultades en el establecimiento de límites en los modos vinculares que desarrollan (Ulnik, 2014).

Compartimos esta opinión y el resultado de estos estudios y pensamos que las investigaciones realizadas con distancias afectivas en pacientes con enfermedades de la piel podríamos trasladarlas a los pacientes de nuestro estudio, con enfermedades hematológicas y en proceso de trasplante.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN PACIENTE-DOCTOR (PD) A TRAVÉS DEL TEST DE LAS DISTANCIAS AFECTIVAS:

Algunos autores han planteado que los pacientes clasificados como difíciles de tratar existe un conflicto interno, caracterizado por su necesidad de proximidad con los demás y al mismo tiempo temor a dicha cercanía, lo que genera conductas de distancia. Ulnik et al, (2014) han estudiado este conflicto interno de proximidad y distancia, a través del TDA, en pacientes con enfermedades crónicas de la piel difíciles de tratar (Ulnik et al, 2014).

En nuestra opinión, los pacientes con enfermedades hematológicas tienen varios puntos en común con los pacientes dermatológicos como, por ejemplo, la cronicidad de la enfermedad, las visitas frecuentes al médico y la dificultad de su tratamiento. Y al igual que ocurre con los pacientes con enfermedades de la piel, en algunos pacientes con cáncer hematológico se observa una buena adherencia a la persona del médico y en otros, por el contrario, se encuentra una tendencia a desprenderse bruscamente. Ulnik lo traduce como conductas que son expresión de fantasías y mecanismos de defensas inconscientes que surgen en respuesta a experiencias vitales de la infancia que involucran las relaciones más significativas con los objetos primarios. Y ha considerado que el conflicto de proximidad-distancia podría estar relacionado con una madre fría o una madre atrapante y esa experiencia de apego determinaría conductas que luego se manifiestan en la relación con el médico y en el modo en que el sujeto se vincula con su enfermedad (Ulnik et al, 2014).

Según estos estudios, los resultados de los tratamientos a veces no se deben a la propia enfermedad sino a las características psicológicas de los pacientes y los vínculos que establecen (Ulnik et al, 2014). En nuestra opinión, factores psicológicos y de vinculación también pueden estar influyendo en el desenlace del trasplante hematopoyético y por esa razón insistimos en dichas evaluaciones.

Otros estudios también evaluaron algunos aspectos importantes en esta interacción médico-paciente y llamaron "paciente difícil" a aquel que no responde a la terapéutica estándar o al que no logra una relación satisfactoria con el médico por presentar querellas infundadas, enojo injustificado y dificultades para establecer una relación de confianza interpersonal. Y es que en el vínculo médico-paciente se generan dificultades; por la misma cronicidad de la enfermedad, el paciente adopta una serie de conductas que lo transforman en paciente difícil. La mayoría de las investigaciones concluyen que es esencial mejorar la comunicación médico paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta (Ulnik, 2004).

OBJETIVO E HIPÓTESIS

Nuestro objetivo en esta investigación es averiguar la importancia que la relación paciente-médico tiene sobre el pronóstico de la enfermedad y sugerir cómo estas interacciones paciente-médico responden a patrones construidos los primeros estadios del desarrollo de un individuo.

Y destacar que las respuestas de los pacientes en estas interacciones pueden ser interpretadas por los profesionales como reacciones obstaculizantes, cuando podríamos darle el valor de **indicadores de temores**, y así calmar y acompañar, **facilitando una variación positiva**

en la respuesta.

Para ello tomamos a pacientes en proceso de trasplante de médula ósea, pues como psicoanalistas médicos en un hospital se nos consultaba por muchos de estos pacientes desde el Servicio de Onco-Hematología.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento médico altamente especializado y complejo, que tiene como objetivo sustituir el tejido médula ósea y se utiliza fundamentalmente para el tratamiento de pacientes con cáncer hematológico como leucemias, mielomas, linfomas u otros.

Existen multitud de estudios que hablan de variables psicosociales relacionadas con el desenlace del trasplante médula ósea, aunque la información sobre su influencia es contradictoria.

MATERIAL Y MÉTODO

¿Qué variables se han estudiado?

1. Variable psicológica: **Distancia Afectiva paciente-médico** medida **antes del trasplante de médula ósea**, con el Test de las Distancias Afectivas (en mm), y posteriormente agrupadas en categorías. Para el análisis hemos utilizado estas **categorías** de distancias, que para la relación **Paciente-Doctor** son: 1-en contacto, 2-alcanzable, 3-cercano, 4-distante, 5-muy distante (ver Tablas 1 y 3).
2. Variable biológica: se registró **la Supervivencia Global post-trasplante (SG)**, que incluye a todos los pacientes **vivos**, tras el trasplante. La Supervivencia Global (SG), se ha evaluado a los **3 meses, 6 meses, 12 meses y 24 meses post-trasplante**.

¿Qué tipo de estudio es?

Se trata de un estudio **longitudinal prospectivo**, en el que se incluyeron a todos los pacientes sometidos a trasplante hematopoyético en el Hospital Morales Meseguer de Murcia durante un período de 16 meses. Se incluyeron 49 pacientes (24 mujeres y 25 varones). En el presente trabajo, se relacionan variables psicológicas con aspectos biológicos evolutivos del trasplante.

Test de las Distancias Afectivas (ver Anexo al final del documento)

Consiste en una serie de láminas milimetradas en las cuales aparece una figura humana impresa en el extremo izquierdo. Cada una de las láminas presenta una consigna referida a una situación vincular, tales como: la relación con la madre, el padre, el amigo, el compañero de trabajo, el partenaire sexual, el enemigo, el presidente, el médico, el donante, etc.

Se le ofrecen al entrevistado una serie de figuras humanas autoadhesivas. El sujeto tiene que pegar una de esas figuras en cada lámina, a la distancia de la figura impresa que considere apropiada de acuerdo a la situación vincular consignada. Por ejemplo: "imagínese que el muñequito que está en el borde de la hoja es usted. Despegue uno de los muñequitos autoadhesivos e imagínese que es el doctor. Péguelo en la hoja, a la distancia que le parezca. La distancia mínima posible es un muñequito encima de otro, la máxima posible es hasta donde llegan los cuadrados" (ver Anexo 1).

La distancia en cada lámina se mide en milímetros y luego es agrupada en 11 unidades de distancia diferentes, que van desde el contacto total (distancia cero) hasta la distancia máxima, que es al otro lado de donde está la figura impresa. Las categorías resultantes son las siguientes (ver Ilustración 1).

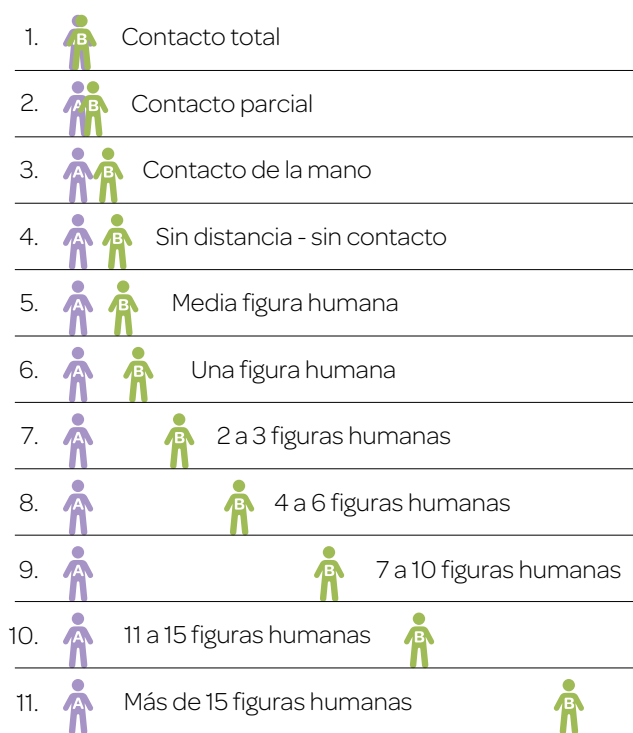


Ilustración 1. Unidades de distancia (Ulnik et al, 2014)

Si bien el Test de Distancias Afectivas permite obtener valores cuantitativos porque las distancias entre las figuras humanas en cada lámina se pueden medir, es importante destacar que las respuestas tienen a su vez un valor **cuantitativo** que varía según el área vincular que estemos investigando. Por ejemplo, las 3 primeras categorías representan a las figuras humanas en contacto, siendo 1 el contacto total por la superposición completa de las figuras y 3 el contacto mínimo de estar "de la mano" o apenas tocándose con la punta de los dedos (Ulnik, 2014).

Estas tres unidades de distancia (1, 2 y 3) representan un área íntima en la que pequeñas diferencias pueden ser altamente significativas. Tanto en el vínculo de la sexuali-

dad como en el de la relación madre-niño cada milímetro de distancia entre las figuras puede tener un gran valor cualitativo, aunque la distancia física sea siempre cercana y apenas diferente entre una y otra respuesta.

Así como hay diferencias cualitativas según las áreas vinculares, también hay diferencias cualitativas según la relación que estemos explorando. Así, al estudiar la sexualidad, podemos agrupar las respuestas 1, 2 y 3 bajo el parámetro "en contacto" y todas las demás bajo el parámetro "sin contacto" (Ulnik, 2013).

En la relación **Paciente-Doctor (PD)**, que es la que evaluamos en este trabajo, consideramos una distancia alcanzable y más esperable hasta la unidad de distancia 6 (corresponden con números 1 y 2), pues aunque ya no haya contacto, **para este tipo de vinculación se considera que es cercana cuando está accesible**. A partir de la unidad de distancia 8 (números 4 y 5) ya se considera distante (ver Tabla 1 e Ilustración 1).

FH	Tipos de contacto	Paciente-Doctor
1	Contacto total	1. En contacto
2	Contacto parcial	
3	De la mano	
4	Sin distancia	2. Alcanzable
	Sin contacto	
5	1/2 FH	3. Cercano
6	1 FH	
7	2 a 3 FH	4. Distante
8	4 a 6 FH	
9	7 a 10 FH	
10	11 a 15 FH	5. Muy distante
11	+ de 15 FH	

Tabla 1. Categorías de distancia (FH) para paciente-doctor (Ulnik 2014)

Una vez categorizadas las Distancias Afectivas paciente-doctor evaluadas antes del trasplante y con el registro de la supervivencia tras el trasplante de médula ósea, se realizó el análisis estadístico entre ambas variables en busca de asociaciones.

Los análisis fueron realizados en Excel y SPSS. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Tras comprobar dicha normalidad, se usó la prueba t y ANOVA para evaluar diferencias entre variables cuantitativas, y el test chi-cuadrado para analizar la asociación entre variables cualitativas.

RESULTADOS

Distancias afectivas paciente-doctor y supervivencia post-trasplante

Se evaluó la relación con la supervivencia considerando las categorías de manera individual: **1-en contacto, 2-alcanzable, 3-cercano, 4-distante**. Ningún paciente situó al doctor a la distancia 5-muy distante, por lo que esta última categoría no se tuvo en cuenta.

En el análisis de categorías se observa que los **pacientes que contestaron con la distancia 1 (“en contacto”) sobrevivieron todos, tanto a los 3 como a los 6 y a los 12 meses post-trasplante**. A los 12 meses, hasta el **55% de los pacientes vivos habían situado al doctor en 1 (“en contacto”)**, con un p-valor 0.059 (ver Tabla 2). Sin embargo, no hubo asociación significativa aunque quedó muy cerca de hacerlo y debido a ésta y apreciando la tendencia se analizó la supervivencia global a los 24 meses.

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 3 m	1	22 (49%)	0 (0%)	0,326
	2	11 (24%)	1 (50%)	
	3	6 (13%)	1 (50%)	
	4	6 (13%)	0 (0%)	
SG 6 m	1	22 (51%)	0 (0%)	0,274
	2	10 (23%)	2 (50%)	
	3	6 (14%)	1 (25%)	
	4	5 (12%)	1 (25%)	
SG 12 m	1	22 (55%)	0 (0%)	0,059
	2	9 (22%)	3 (43%)	
	3	5 (12%)	2 (29%)	
	4	4 (10%)	2 (29%)	

Tabla 2. Distancia afectiva paciente doctor y SG

De acuerdo a los resultados del análisis de la **supervivencia global a los 24 meses** respecto a las distancias afectivas paciente-doctor, se evidenció una **asociación estadísticamente significativa** (p-valor 0.048) entre los **pacientes que habían situado al doctor a la distancia 1 (“en contacto”) al inicio del trasplante y una mayor supervivencia global a los 24 m**. El 57% de los supervivientes había situado al médico en contacto y sólo un paciente de los que contestaron con 1 falleció. Para esta relación se observó el valor de los residuos tipifi-

ficados corregidos, que fue mayor de 1,96 para esta asociación (2,6) (ver Tabla 3).

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 24 m	1	21 (57%) 2,6	1 (10%) -2,6	0,048
	2	8 (22%) -1,2	4 (40%) +1,2	
	3	5 (14%) -0,5	2 (20%) 0,5	
	4	3 (8%) -1,8	3 (30%) 1,8	

Tabla 3. Distancia afectiva paciente-doctor y SG

La Ilustración 2 refleja la tendencia asociativa de la distancia paciente-doctor (PD) en contacto en relación con la supervivencia global post-trasplante (SG). Se observa que a mayor tiempo post-trasplante existe mayor relación entre situar al doctor a una distancia 1 (en contacto) con mayor supervivencia.

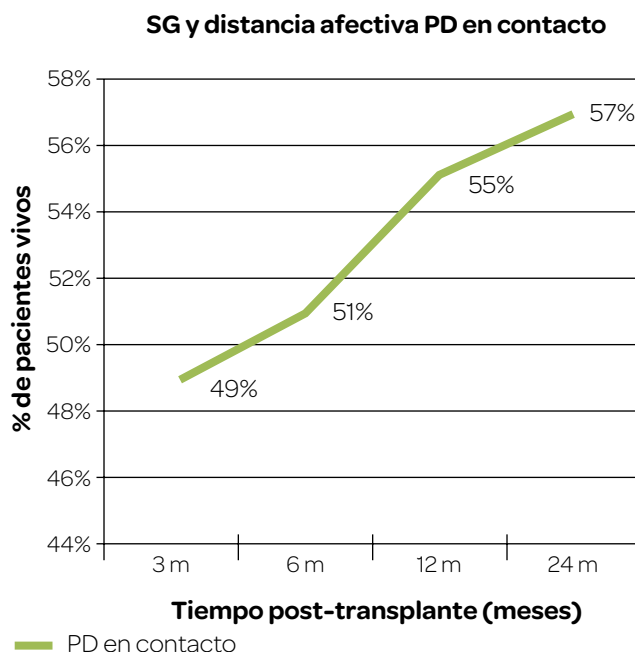


Ilustración 2. SG y distancia afectiva PD “en contacto” (1)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Distancia afectiva Paciente-Doctor como predictiva de supervivencia post-trasplante

El objetivo era **evaluar la relación entre las distancias afectivas Paciente-Doctor de los pacientes antes del trasplante y la supervivencia post-trasplante**. Para ello,

hemos administrado el Test de las Distancias Afectivas, que mide basándose en la proyección sobre una distancia espacial de una vivencia intrapsíquica de distancia emocional.

Hemos evaluado las distancias afectivas paciente-doctor y analizado su asociación con la supervivencia post-trasplante. Las recientes investigaciones realizadas a través del Test de las Distancias Afectivas, han asociado diferentes distancias afectivas a diferentes grados de respuesta al tratamiento, en pacientes con enfermedades crónicas de la piel (Ulnik et al, 2014). Y pensamos que estos resultados pueden aplicarse a pacientes en proceso de trasplante hematopoyético.

Tomando la clasificación de Hall, cuya disciplina mide las configuraciones espaciales de los seres humanos en términos de distancia, el **médico pertenecería al grupo de “distancia social”**, que es la distancia interpersonal que un individuo utiliza para estar en contacto con los de su grupo cuando no existe una relación de amistad.

Teniendo en cuenta que la **conducta de apego es la búsqueda de proximidad a seres que se consideran protectores**, las configuraciones de distancia, pensadas más como afectivas que como físicas, pueden modificarse en determinadas circunstancias (Ulnik, 2004). Pensamos que en **pacientes con enfermedades graves que ponen en riesgo la integridad física y emocional y que necesitan cuidados estrechos, las distancias respecto al médico se modificarían y el médico entraría a formar parte del grupo de personas situadas a “distancia íntima”** respecto del paciente. La distancia íntima es la más cercana, la que establecemos con la familia, y en la que **la comunicación también se realiza con la mirada, el tacto y el sonido** (Hall, 1963). Y por ello, **la relación con el médico en estos momentos ocuparía un lugar privilegiado, que en nuestra opinión condicionaría gran parte del bienestar del paciente, así como aspectos evolutivos del trasplante.**

Nuestra hipótesis en este apartado del estudio era que **pacientes con distancias afectivas más cercanas para la relación paciente-doctor tendrán mayor supervivencia post-trasplante.**

Entendemos que una adecuada vinculación con el médico favorece el proceso terapéutico. Y creemos que es posible conocer algunos aspectos vinculares del paciente con el médico gracias a la medición de la distancia afectiva paciente-doctor a través del Test de las Distancias Afectivas, pues se materializa lo que se observa en la clínica respecto a la relación médico-paciente (Ulnik, 2014).

Y en este estudio, **pacientes que situaron al médico a distancias más cercanas (en contacto) sobrevivieron más que pacientes que lo situaron a mayores distancias** (no contacto). Apreciándose esta tendencia desde los 12 meses post-trasplante y **asociándose significativamente a la supervivencia a los 24 meses post-trasplante.**

Por lo que **podemos identificar a 1, es decir, situar al doctor en contacto con el paciente antes del trasplante, como factor protector relacionado con la supervivencia a los 24 meses post-trasplante.**

Este resultado constituye un hallazgo clínico muy valioso que **vincula estrechamente la relación paciente-médico a la evolución del trasplante** y en ella identificamos dos cuestiones primordiales que esclarecen los resultados:

- Una cuestión es el propio **médico**, su tipo de respuestas y la forma que tiene de acercarse al enfermo. Son factores que tendrían más que ver con **aspectos actuales de la relación con el médico**, que tienen mucho peso en el modo en que el paciente vive esa relación en términos de **accesibilidad-cercanía del médico**. En este enfoque de pensamiento, algunos estudios han identificado aspectos en el **médico** valorados como positivos por los pacientes, como hablar directamente del problema y estimular la autonomía del paciente para decisiones acerca de su enfermedad (Dermatis et al, 1991). Estos elementos podrían marcar diferencias importantes en aspectos básicos derivados de la relación con el médico, como la asistencia a las consultas, la adherencia al tratamiento e incluso la confianza básica en el buen desenlace del proceso de trasplante hematopoyético.
- Una segunda cuestión, relacionada con el **paciente**, tiene que ver con la teorización que Bowlby propuso acerca de los modelos internos activos del self y de cómo **las primeras relaciones proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores**. Es decir, que los patrones en la relación que una persona ha tenido en su infancia determina aspectos importantes de su **organización psíquica en relación a los vínculos** de apego. Así como en las estrategias que elige inconscientemente en relación con los otros, **particularmente en los vínculos íntimos**. Según Marrone, consiste en la **interiorización de una relación temprana y de su exteriorización en el presente** (Marrone, 2001). Por ello el paciente establecerá una relación con el médico de manera similar al resto de relaciones y conforme fue en los primeros vínculos.

Además, en este caso el tipo de vínculo se dará de manera más clara, ya que **la figura del médico en estos pacientes graves ocupa el lugar de un vínculo íntimo**. Por tanto, **la relación con el médico**, ahora vivida como íntima por el paciente, **facilitaría la reedición vincular con imagos parentales**. Se aprecia la huella de lo vincular en la relación objetiva: todos los médicos no son iguales pero los pacientes en una relación estrecha y continua depositan en ellos parte de sus imagos parentales y su dinámica vincular (lo que Bowlby llama “model internal working”).

CONCLUIMOS QUE:

Situar al doctor lo más cerca posible constituye un factor protector de supervivencia a los 2 años del trasplante. Estos pacientes han situado al doctor como fuente de seguridad.

Esta fuente de seguridad es la función primaria de las relaciones de apego, especialmente **en situaciones que provocan miedo o ansiedad.** Un niño busca activamente contacto con su cuidador durante los episodios de reencuentro y lo usa con eficacia como fuente de consuelo.

Por ello consideramos que: **para un paciente en situación de riesgo de muerte, el médico ocupe un lugar más que cercano, ocupando el lugar de fuente de seguridad necesaria para sentirse protegido, confiado, y capaz de sobrevivir al proceso del trasplante y enfermedad.**

BIBLIOGRAFÍA

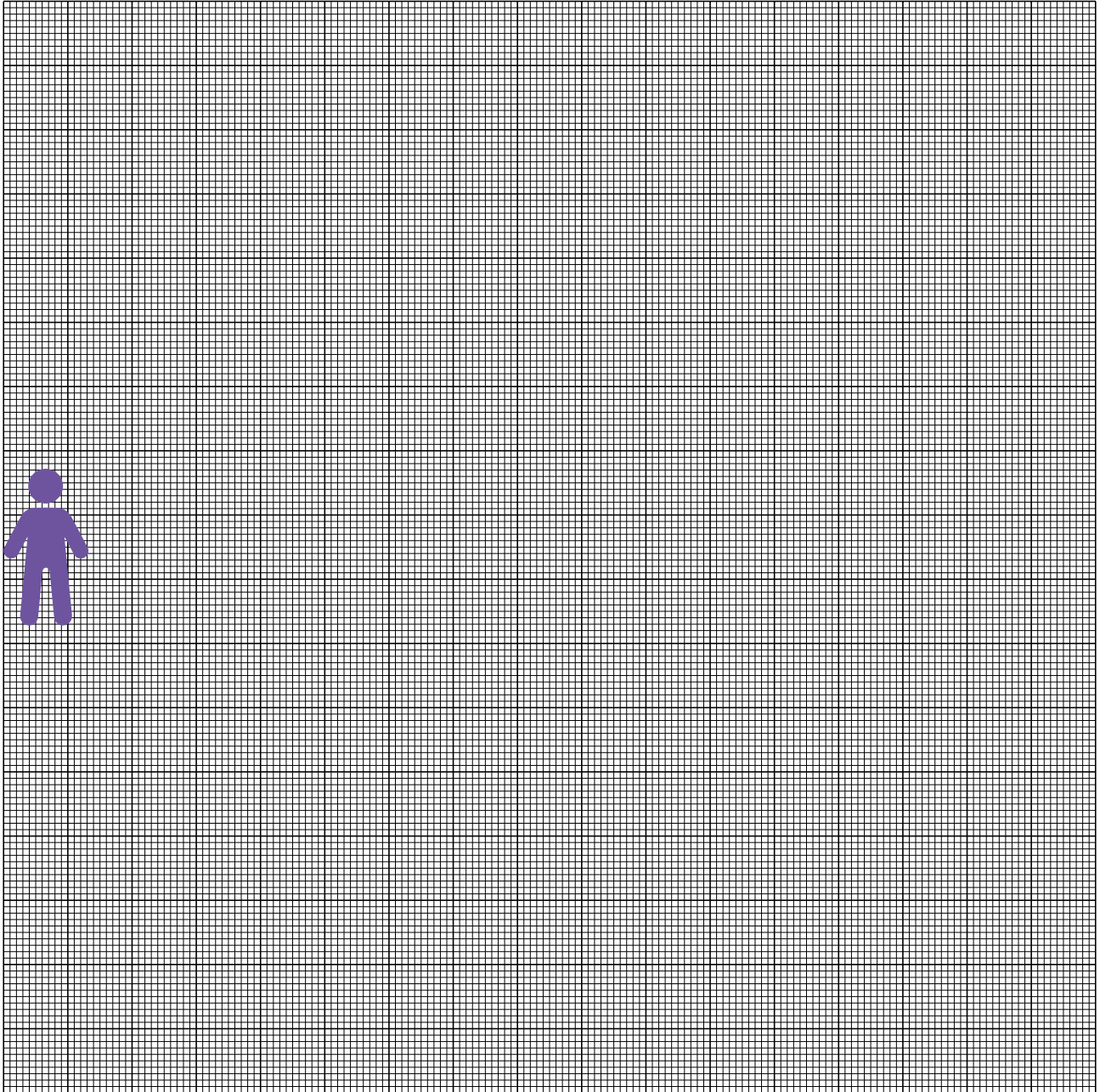
- Barba, P.; Caballero, D.; López-Corral, L.. *Máster en Trasplante Hematopoyético*. Universitat de València. 2015, 1-45.
- Barba, P. et al. Combination of the Hematopoietic Cell Transplantation Comorbidity Index and the European Group for Blood and Marrow Transplantation score allows a better stratification of high-risk patients undergoing reduced-toxicity allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2014, 20, 66-72.
- Barrera, M.; Boyd-Pringle, LA.; Sumbler, K.; Saunders, F. Quality of life and behavioral adjustment after pediatric bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2000, 26, 427-35.
- Barcia, D. Las raíces históricas del pensamiento psicosomático. *Psiquis* 1998, 19, 5, 171-181
- Bazzazian, S.; Besharat, M.A. An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychol Health Med*. 2012, 17, 47-58.
- Bowlby, J. *Attachment and Loss. Attachment*. London. Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1969, Vol. 1
- Carreras, E.; Rovira, M.; Martínez, C. Manual de Trasplante Hematopoyético; Escafet Zamora: Barcelona, 2010.
- Criado Del Valle, y cols. Psicooncología: alteraciones psicológicas durante el trasplante de médula osea autólogo. *Actas Luso-españolas Neur. Psiquiatr*. 1998, 26, 130-138.
- Dahan, J.F.; Auerbach, C.F. A qualitative study of the trauma and posttraumatic growth of multiple myeloma patients treated with peripheral blood stem cell transplant. *Palliat Support Care*. 2006, 4, 365-87
- Fonagy, P. Teoría del apego y psicoanálisis; Espaxs: Barcelona, 2004.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M.) *Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*; In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr: Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives: New York, 1995; pp 233-278.
- Kobak, R. R.; Sceery, A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*. 1988, 59, 135-146.
- Kessler, R.; McGonagle, K.; Nelson, C. et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *J. Affective Disorders*. 1994, 30, 15-26.
- Kuscu, M.K.; Dural, U.; Onen, P.; Yasa, Y.; Yayla, M.; Basaran, G.; Turhal, S.; Bekiroglu, N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psychooncology*. 2009, 18, 927-35.
- Lee, H.G.; Park, E.Y.; Kim, H.M.; Kim, K.; Kim, W.S.; Yoon, S.S.; Kang, W.K.; Park, K.C.; Park, K. Korean, J. Sexuality and quality of life after hematopoietic stem cell transplantation. *Intern Med*. 2002, 17, 19-23.
- Lee, S.J.; Vogelsang, G.; Flowers, M.E. Chronic graft-versus-host disease. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*. 2003, 9, 215-233.
- Marrone, M. *La teoría del apego, un enfoque actual*; Prismática: Madrid, 2001.
- Marty, P. *La psicósomática del adulto*; Amorrortu: Buenos Aires, 1992.
- Schore, A. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates. N.J.: 1994.
- Schore, A. Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 2001, 22, 7-66.
- Sullivan, A. K. *Psychological risk factors and early complications after bone marrow transplantation in adults*; Bone marrow transplantation 1999, 24, 1109-1120.
- Trask, P.C.; Paterson, A.; Riba, M.; Brines, B.; Griffith, K.; Parker, P.; Weick, J.;
- Ulnik, J.; Czerlowski, M.; Meilerman, M.; Murata, D; Pa-

- trono, R. R. Y Salgado, M. *El vínculo niño-madre y el conflicto de proximidad-distancia en pacientes con psoriasis*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI. Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2014.
- Ulnik, J. Factores subjetivos en la sexualidad, el contacto y la calidad de vida de pacientes con psoriasis. *Anu. investig.* 2013, 20, 301-307.
 - Ulnik, J; Czerlowski, M; Meilerman, D; Murata, C; Brufau, R. Dermatologist-patient Relationship in psoriasis. 16th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry 25th-27th. *Acta dermato venerol.* 2015,, 95.
 - Ulnik, J.C. *El psicoanálisis y la piel*; Síntesis: Madrid, 2004.
 - Yilmaz Ozpolat, A.G.;Ayaz, T.; Konag, O.; Ozkan, A. Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turk J Med Sci.* 2014, 44, 24-30.
- REFERENCIAS WEB**
- European Society for Blood and Marrow Transplantation. <http://www.ebmt.org> (acceso en mayo de 2015).
 - Grupo español de trasplante hemopoyético. <http://www.geth.es> (acceso en junio de 2015).
 - Grupo Español de Linfoma/Trasplante de Médula Ósea. <http://www.getalmo.com> (acceso en junio de 2015).
 - Hall E. T. The Hidden Dimension. <http://www.edward-thall.com> (acceso en mayo de 2015).
 - Hospital Pablo Tobón Uribe. Trasplante hematopoyético. <http://www.hptu.org.co/hptu/servicios-medicos-/341-trasplante-de-medula-osea> (acceso en junio de 2015)
 - Instituto Nacional de Donación y Banco de Órganos. http://www.indt.edu.uy/material/HLA05_web.pdf (acceso en julio de 2015).
 - Lendoiro, G. Oxitocina, la hormona del amor. ABC.es; Familia (Online) 2015, 4. <http://www.abc.es/familia-padres-hijos> (acceso en agosto 2015).
 - Instituto Nacional de Cáncer (NCI). <http://ctep.info.nih.gov/> (acceso en junio de 2015)
 - Otero, J y Rodado, J. El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. Aperturas psicoanalíticas (Online) 2004, 16. <http://www.aperturas.com> (acceso en abril 2015).
 - Organización Nacional de Trasplantes. <http://www.ont.es> (acceso en junio de 2015).
 - Real Academia Española. <http://www.rae.es> (acceso en abril de 2015).
 - Sociedad Española de Oncología Médica. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia?start=4#content> (acceso en mayo de 2015).
 - Ulnik, JC. Revisión crítica de la teoría de Pierre Marty. Aperturas psicoanalíticas (Online) 2000, 5 <http://www.aperturas.com> (acceso en abril 2015).

ANEXO

Test de Distancias Afectivas con adhesivo de figura humana:

Imagine que el muñequito que está en el borde de la hoja es usted. Haga de cuenta que usted es niño/a. Despegue uno de los muñequitos autoadhesivos e imagínese que es su madre. Péguelo en la hoja, a la distancia que le parezca. La distancia mínima posible es un muñequito encima del otro. La máxima posible es hasta donde llegan los cuadraditos.



El miedo, la otra cara del deporte de élite

María Fernández Ostolaza

1.

Voy a hablarles de psicoanálisis y deporte. Llevo la mayor parte de mi vida vinculada al deporte. Participé como gimnasta en campeonatos de Europa y del mundo, y como entrenadora también en los Juegos Olímpicos de Atlanta. Al finalizar mi carrera deportiva mi experiencia me condujo a estudiar psicología: tenía muchas preguntas sobre asuntos como el duelo de la retirada deportiva, el tratamiento y recuperación de lesiones, el acierto o el fracaso en competición, que no sabía responderme.

Existen muy pocos artículos psicoanalíticos acerca del deporte, aunque el primero fuera escrito en 1926 por Helen Deutsch. ¿Por qué el psicoanálisis no se ha interesado por lo deportivo?

El psicoanálisis es importante en el ambiente deportivo, no sólo importante, es necesario. El deporte de élite está lleno de sueños. Gente muy diferente con deseos muy diferentes: deportistas, entrenadores, padres, público... Un psicoanalista sabe que esa mezcla puede resultar tan maravillosa como desastrosa. Cuando se presenta tal cantidad de deseos conjuntos es preciso introducir pensamientos que equilibren las emociones. Quizá, en un pasado lejano --no estoy muy segura-- el entorno deportivo pudiera haber sido un buen lugar para sublimar la agresión del ser humano, como lo es el ajedrez. Desgraciadamente, en el mundo en que vivimos, en algunas situaciones es el propio deporte la razón de comportamientos agresivos: El psicoanálisis es tan necesario en el deporte como lo es en otros dominios.

Sin embargo, como psicoanalistas no debemos olvidar nuestro objeto de estudio, que no es, en absoluto, ganar medallas, sino analizar el inconsciente.

Durante los últimos seis años he colaborado con el Consejo Superior de Deportes coordinado dos programas: el Programa de la retirada deportiva, y el Programa de protección del deportista de élite menor de edad. Ambos me han permitido estar en contacto con diferentes generaciones de atletas, de los más veteranos a los más jóvenes, y también con diferentes agentes de la vida de los deportistas: entrenadores, padres, profesores, médicos... Afortunadamente, muchos de ellos han querido colaborar con nosotros en nuestros objetivos de prevención. So-

lemos trabajar en grupo, analizando diferentes elementos del sistema deportivo, tratando de comprender la relación del deportista con su estructura, pero sin olvidar que la mejor manera de estudiar el inconsciente del ser humano es accediendo a su realidad psíquica. Gracias a estos dos programas he oído historias personales que quizá merezca la pena compartir.

2.

En la conferencia de apertura del Congreso Internacional de la IFPS, en Nueva York, en 2016, pudimos oír la sorprendente entrevista a Mimi Lipson, una joven escritora americana. Quisiera recordar un par de detalles. Los padres de Mimi, unos entusiastas estudiosos de la cultura eslava, trataban de ayudar a adaptarse a las familias de inmigrantes que en los noventa llegaban desde Rusia a la Costa Este de Estados Unidos. Mimi nos habló del hijo de una de esas familias, al que pudo conocer bien. Me refiero a Tamerlan Tsamayev, un adolescente que amaba el boxeo, pero que nunca pudo ser parte integrante del equipo olímpico estadounidense. Aunque tenía talento y había ganado muchas competiciones, nunca obtuvo el estatus necesario para poder participar en unos juegos olímpicos por Estados Unidos. Después de un proceso de radicalización extrema, Tamerlan, lamentablemente decidió involucrarse en un evento deportivo de características muy diferentes: en 2013, planeó y ejecutó el ataque terrorista en la maratón de Boston. Allí murió junto con el resto de sus víctimas.

Cuando escuché esta historia me vinieron a la cabeza algunos de los pacientes con los que estaba trabajando. Algunos de ellos eran inmigrantes y habían experimentado dificultades en su adaptación, pero afortunadamente su destino iba a ser mucho más favorable. Fue en ese preciso momento cuando decidí que escribiría esta conferencia.

3.

Si queremos hablar sobre miedo y deporte deberemos abandonar la ingenua creencia de que los deportistas son más valientes que el resto de las personas. No lo considero así. En mi experiencia lo que he encontrado es que en ocasiones sus defensas están mejor organizadas.

Suelo explicar a los atletas que, simplificando mucho, podríamos considerar tres períodos sucesivos en una carrera deportiva: El primero estaría caracterizado por un incremento del rendimiento que se obtiene de manera inconsciente. En el segundo, el deportista sufre algún tipo de bloqueo debido a múltiples factores posibles y entonces, en el mejor de los casos, nos consulta. Por último, después de un profundo trabajo en uno mismo, se puede acceder a un nuevo incremento del rendimiento, ahora con una mayor parte del conocimiento consciente.

Los deportistas pueden verse afectados por muchos miedos: los miedos del desarrollo a los que se enfrenta todo ser humano; los miedos de su realidad psíquica; los miedos heredados de la familia, y también, los miedos competitivos específicos del deporte. Deberíamos tratar de separarlos aunque es difícil. Igual que los escritores expresan sus miedos en sus novelas y los pintores en sus lienzos, los deportistas manifiestan sus miedos en sus actuaciones deportivas. En una ocasión traté a un deportista que creía tener miedo a un movimiento concreto en competición, cuando en realidad el verdadero temor era enfrentar la muerte de un familiar cercano. Otro paciente tuvo que pararse a considerar de dónde provenían un conjunto de temores y descubrió que se trataban de creencias ancestrales de la cultura de su familia.

Hasta ahora he podido tratar a deportistas y también a entrenadores y a árbitros que presentaban cuadros de ansiedad clínica en competición.

En cualquier caso, uno de los miedos más frecuentes que se puede asociar a los deportistas es el temor a perder su lugar en el ideal familiar o social.

4.

Trataré de explicarme a través de una viñeta clínica. C es una deportista que llegó a España cuando tenía tres años. Vino acompañada de su familia nuclear dejando al resto detrás. Ella, sólo ella, consiguió la nacionalidad española cuando obtuvo la categoría de deportista de élite. C tenía un gran talento, que se vio interferido por cinco intervenciones quirúrgicas en menos de cuatro años, por diferentes accidentes mientras estaba entrenando o compitiendo. C procedía de un país con una gran tradición en su disciplina. Su familia atravesó muchas dificultades, pero, gracias al empeño, C fue entrenada en uno de los mejores clubs de España.

Cuando C y yo empezamos a trabajar juntas C aun era menor de edad, y era un momento realmente difícil para ella. Se estaba recuperando de una lesión y tenía una actitud hostil hacia la gente de su entorno, tanto hacia sus adultos como hacia sus iguales. Quería que la dejaran en paz. No quería oír una palabra sobre la posibilidad de perder ni los títulos ni el dinero que ya había empezado a ganar. A pesar de sus triunfos, no encontraba el reconocimiento que esperaba.

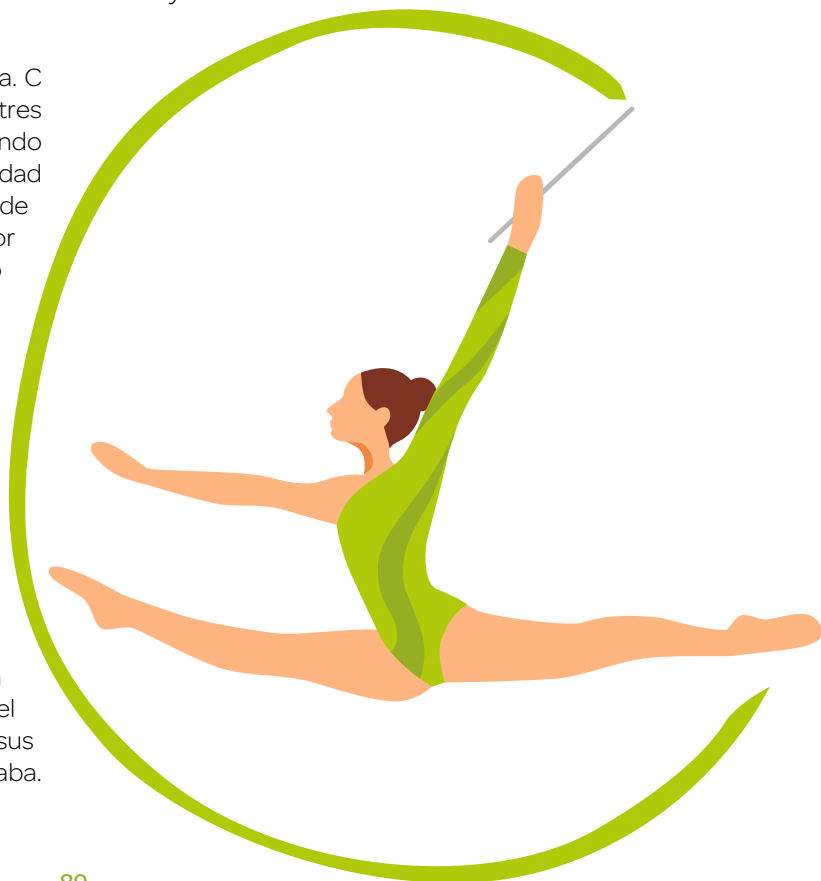
La primera vez que habló conmigo me dijo que en su país sería mucho más famosa.

Por otra parte, no creía que yo pudiera serle de gran ayuda; no creía que le pudiera comprender y menos aún ofrecer palabras útiles. Llegó a mí derivada por su entrenador. Nuestras primeras sesiones fueron tan difíciles que no pudimos trabajar juntas. Después de seis semanas me llamó de nuevo porque había encontrado una buena razón para hablar conmigo. Había empezado una relación con un chico al que amaba, y no todo estaba yendo tan bien como ella quisiera. A partir de ese momento y durante dos años nuestro trabajo fue posible gracias a su historia de amor. No quería hablarme de deporte, ni de la posibilidad de dejarlo ni de los juegos olímpicos a los que no asistiría. Pero, gracias a su romance pudimos analizar su impulsividad, sus frustraciones, sus deseos, diferentes a los deseados por otras personas de su entorno.

5.

Cuando trabajo en un caso como el descrito en el párrafo anterior, trato de observar la actitud de los padres hacia el esfuerzo y el sacrificio, porque, a mi entender, es conveniente distinguir entre ambos. El esfuerzo requiere de la energía de trabajo que se dirige al objetivo, mientras que el sacrificio supone renunciar a otras cosas en aras del objetivo, otras cosas que también se desean. Es decir, podemos observar al menos tres posibles actitudes de los padres:

- Primero los padres que dicen: *“Nuestro hijo hace un esfuerzo enorme como nosotros, como los miembros de esta familia; somos el tipo de familia que trabaja muy duro”*.



- Segundo los padres que dicen: *“Nuestro hijo hace un esfuerzo extraordinario, estamos muy orgullosos. Nos mejora, nos convierte en una familia única. Añade carácter a la familia”*.
- El tercer tipo, los padres que dicen: *“No comprendemos cómo nuestro hijo puede aguantar este nivel de esfuerzo, nosotros no podríamos y por eso nos sentimos un poco culpables. El deporte es muy duro, muy competitivo. A veces nos preguntamos si merece la pena”*.

Si lo anterior es así podemos suponer que la familia se verá afectada de diferentes maneras cuando el atleta quiera dejar el deporte. Estos tres tipos de ideas pueden conducir a procesos de duelo muy diferentes. Algunos padres afortunadamente pueden identificar sus pérdidas y distinguirlas de las pérdidas de sus hijos. Este tipo de actitud facilita al atleta la decisión de dejar o no el deporte. Pero, desgraciadamente, también conocemos familias que atraviesan procesos de duelo muy complicados en donde las pérdidas se mezclan sin querer.

En algunos casos de retirada deportiva se aprecia que el final de la vida deportiva se convierte en el final de una identidad sustituta que ha mantenido a la familia en un lugar aceptable en la jerarquía social. Además, la retirada deportiva puede reactivar el proceso de duelo causado por la pérdida del país de origen si éste no está del todo elaborado.

No debemos olvidar que cuando el deportista ingresa en un equipo nacional también comienzan los trámites administrativos para obtener la nacionalidad; pareciera que la llegada al equipo nacional representa, además de la posibilidad de ganar títulos deportivos, ganar el salvoconducto para obtener plenos derechos como ciudadano.

Trabajando con deportistas, un colectivo que vive constantemente en el límite entre el éxito y el fracaso, entre la ganancia y la pérdida, debemos ofrecer la opción de hablar de pérdidas, ambas pérdidas, deportivas y personales. Sin lugar a dudas ofrecer esta opción facilita los procesos de duelo.

Voy a volver por un momento a la historia de C. Durante mucho tiempo no pudo pronunciar una palabra sobre la posibilidad de su retirada. Mientras, yo comprobaba que su deporte le había dejado de interesar: no me hablaba ni de las competiciones ni de la recuperación de su lesión. Freud consideraba el síntoma como una solución de compromiso; la lesión es en muchas ocasiones un síntoma neurótico en deportistas, y en este caso las recaídas y la lenta recuperación era una señal de ello.

En realidad C sólo quería ganar el tiempo necesario para poder separarse internamente de su familia, para separar sus nuevos deseos de los otros deseos familiares. Tan pronto como pudo conquistar el amor, que es siempre una conquista personal, pudo empezar a hablar de pérdidas, sus propias pérdidas y las pérdidas de su entorno.

Para finalizar quiero presentar otra viñeta clínica, muy

breve. Se trata de un adolescente que llegó al equipo nacional siendo menor, y que también tuvo que dejar su país de origen cuando era un niño. Pero hay algunas diferencias: en este caso no quería oír ni una palabra sobre el país en el que había nacido porque lo asociaba a su padrastro, una persona violenta a la que temía. No conocía a su padre biológico, su madre nunca le hablaba de él. Al principio trabajé con él en grupo, durante un año pude ver cómo sufría, pero de nuevo tenía que esperar. Curiosamente, me pidió ayuda porque se había enamorado de una chica que vivía lejos y le costaba la separación cada fin de semana. Además, coincidió en el tiempo, que no afrontaba la competición deportiva con la valentía que acostumbraba. Las dos situaciones le hacían sentirse débil.

Pensando en estas viñetas podemos concluir que los adolescentes no piden ayuda a los adultos, ni siquiera consideran esa posibilidad, y mucho menos si los adolescentes son deportistas. ¿Por qué? Porque la imagen ideal de un deportista es la imagen de una persona fuerte, valiente, que es capaz de todo, un modelo para los demás. Nuestro papel es estar ahí, pacientes, preparados para aprovechar la oportunidad, y, sobretudo, preparados para escuchar sus demandas, todas y cada una de ellas.

También hemos visto que el miedo a perder la posición que uno ocupa en el ideal aparece asociado con el miedo a hablar. Sobre el peligro o la necesidad de contar escribió León Felipe ese poema que dice:

*Yo no sé muchas cosas, es verdad.
Digo tan sólo lo que he visto.
Y he visto:
que la cuna del hombre la mecen con cuentos,
que los gritos de angustia del hombre los ahogan con cuentos,
que el llanto del hombre lo taponan con cuentos,
que los huesos del hombre los entierran con cuentos,
y que el miedo del hombre...
ha inventado todos los cuentos.
Yo no sé muchas cosas, es verdad,
pero me han dormido con todos los cuentos...
y sé todos los cuentos.*

Referencias bibliográficas:

León Felipe, Parábola y poesía (1944), en Nueva antología rota, Madrid, Akal, 1990, p. 167.

María Fernandez Ostolaza: Es psicóloga y psicoanalista; miembro titular del CPM. Trabaja como psicoterapeuta combinando la práctica privada con funciones en diferentes instituciones del terreno deportivo. Ha dirigido el área de psicología del Programa de atención al deportista de alto nivel (PROAD), del Consejo Superior de Deportes. mariaostol@gmail.com ✨





CONGRESS
XX IFPS
FORUM-
FLORENCE

October 17 to 20, 2018

english
version

INDEX

<u>Fixation, fantasy and meaning in the clinic of repetition</u> <i>Rómulo Aguiillaume Torres</i>	95
<u>The development of a therapeutic relationship</u> <i>Esteban Ferrández Miralles</i>	98
<u>On the enigma of identifications</u> <i>Reyes García Miura</i>	102
<u>Affective distance in the Doctor-patient relationship.</u> <u>Importance in the evolution of the disease</u> <i>Elena Catalá Ortuño</i> <i>Juan Rodado Martínez</i> <i>Carlota Ibáñez Guardiola</i>	106
<u>Fear, the other face of elite sport</u> <i>María Fernández Ostolaza</i>	114

Fixation, fantasy and meaning in the clinic of repetition

Rómulo Aguillaume Torres

INTRODUCTION

On a previous occasion we suggested that the development of psychoanalysis has been evolving towards a praxis and a theory compelling us to think about the existence of two models that are separated both in their conceptual approaches and in their therapeutic models. The psychoanalytic Babel would be at the disconcerting base for the need to introduce a degree of order. Not like what has prevailed for a long time: distinguishing what psychoanalysis was from what it was not. Psychoanalytic institutions still operate within that constabulary dimension of detecting what “true psychoanalysis and false” is. It is clear to Lacan and he tells us so in an article that has precisely this title, “True psychoanalysis and false”. (Lacan, 2012) True psychoanalysis, he tells us, has its foundation in the relation of man to “speech”, whereas the false would be the one that finds its references in the biological and cultural. “The fact that the biological substrate of the subject may be deeply interested in the analysis in no way implies that the causality discovered is reducible to the biological”. Says Lacan, immediately adding: “which should not lead us to believe, however, that the so-called culturalist position can be found here. For insofar as this refers to a social criterion of the psychic norm, it even further contradicts the order discovered by Freud in that this appears radically earlier than the social”. Despite the approach to authentic psychoanalysis being old, it never ceases to be present, albeit more subtly, as we showed in the anecdote between Kristeva and Stern. (Aguillaume, 2016).

We do not consider one form of psychoanalysis authentic and another not, nonetheless, we do suggest starting to differentiate how psychoanalytic concepts condition a praxis and an understanding of the cure that distinguishes both positions. They

appear defined, in the last instance, by their proximity to an epistemological position that we could broadly say approaches a causalist praxis or a praxis more of hermeneutical concern. Psychoanalysis of the representation or psychoanalysis of the signifier marks the beginning of a difference. i.e., psychoanalysis with pretensions towards natural science and psychoanalysis within the cultural sciences. Psychoanalysts, even Freud, have always been tempted to make psychoanalysis a natural science, and in doing so resolving W. Dilthey's dichotomy between natural sciences and social sciences. (Dilthey, 1986).

Nowadays it may no longer be possible to continue with this difference and its pretensions of exclusivity should only be maintained for the sake empiricism.

Speech, biology and culture would be at the base of these two psychoanalysis that we strive to describe and



which others have also tried. For example, the difference between these two psychoanalysis for Maud Mannoni would be more in the communication model: "Analysts who use evolutionary concepts and biological criteria to communicate their experience, express themselves in a language that is not the one used by those who base the analysis in the economy of desire" (Mannoni, 1980)

From a therapeutic point of view it would be important to differentiate - hopefully to be presented in a future work - between what occurs in both psychoanalysis with regard to suggestion and transference.

This work aims to address these two psychoanalysis models by means of certain theoretical concepts and their repercussion in practice. On this occasion we will focus on a basic concept from the origins of psychoanalysis but which, little by little, has lost its relevance and that neither of the two psychoanalysis have seen fit to rescue. I am referring to fixation.

Regardless of the theoretical model we use, fixation, either as an expression of the symptom or expression of the character, will be imposed on us from the very start of any treatment.

Treatment begins when fixation appears in its repetitive dimension.

The various psychoanalytic models that have been developed, furthered by therapeutic or, in any case, operational interest, have modified both the framework and the conceptual elements, nonetheless, the central core of the therapeutic activity has had to focus on the difficulty of change, the subject's fixation on immutable bonds. However, neither of these two psychoanalytic models -which we are trying to define- have delved any deeper into this concept, that of fixation, with which psychoanalysis practically began, being lost along the way in favour of others that have eclipsed it. I refer, of course, to repetition compulsion and to regression, fundamentally. As a result, fixation does not seem to have been lucky enough to become a psychoanalytic concept. It is merely a descriptive term.

Fixation to the facts of a trauma expresses the causalist and naturalistic dimension of psychoanalytic practice. Fixation to the trauma through phantasy takes us away from this naturalistic dimension, however, in both cases the term continues to be merely descriptive. If, in Freud, fixation is at the base of the symptom and expresses consequent pleasure, then Lacan fixation expresses a *jouissance* explained by the intricate twists and turns that Lacan considers the drive to go through, not joining the object but contouring it.

Discovery of the trauma, real at first, opened the door to an empirical model that soon had to be revised when phantasy broke the evidence of the real. Another real, in Freud psychic reality from thereon appears to be the

space of the psychoanalytic field. It was never very clear to what point reality and phantasy took centre stage.

In Freud these two options were never introduced as such, phantasy and reality were always present and the resulting field of psychoanalysis was that of the relationship between reality and phantasy. In *Beyond the Pleasure Principle* (Freud, 1999) the reality of trauma further strengthened the concept of repetition, however, fixation was once again overlooked.

In Lacan, fixation does not appear as a specific concept, nevertheless, we could say that the real, insofar as it is seen as something fixed, immovable, the basis of repetition compulsion and that may well appear by chance, represents an equivalence between the real and the fixation.

Lacan's RSI offers another approach but that ultimately leaves things as they were.

The term fixation in classic dictionaries echoes what Freud said with no subsequent contribution. Even in the field of psychosomatics, where fixation is a major concept, Pierre Marty repeats the Freudian position when he says "Under the effect of difficulties with somatic, psychosomatic or psychic development, certain functional organizations activated by the repetition of these difficulties acquire a particularly vitalized value that is established progressively. This constitutes the fixation phenomenon". (Marty, P.1991, Pág. 62)

FIXATION THE OPENING TO A PROBLEM.

As I have mentioned, fixation has lost its conceptual character to appear merely in its descriptive character, the concept of fixation is not even to be found in any of the Lacanian related dictionaries that we have consulted. We do, however, find repetition, the compulsion to repeat, as if this concept covered and excluded fixation.

And so the term, in its descriptive dimension, was used to name how the sign is attached to the meaning, drive to representation, the lover to the beloved, etc.. Freud was prevented from attributing anything else that might explain the term: fixation from excessive joy or frustration; fixation from traumatic experience; "viscosity of the libido" or constitutional as the final attempt to comprehend the term. In Lacan, insistence of the signifier.

So it was passed on to repetition compulsion because, as such, clinical perception is far clearer, however, we should bear in mind that something that has been previously fixed is repeated. Therefore, not everything is repeated, or we should at least consider two qualities of fixation: that linked to trauma and that conditioned by libidinal cathexis.

In the study of the symptom - visible face of fixation - Freud himself swings between this libidinal dimension and the other one of meaning.

Throughout his work, Freud maintained two non-exclusive positions in his understanding of the symptom: in its dimension of meaning and in its dimension of libidinal pleasure. Yet again, two models that account for basic aspects of these two psychoanalysis. In the first part of his work –The Meaning of the Symptoms - therapeutic effort is interpretive, while later, with The Paths to the Formation of the Symptoms the economic dimension of pleasure, of enjoyment gains importance.

Considering the symptom as linked to enjoyment or as linked to meaning overlooks the other dimension, that of the symptom linked to the event. The Tally argument, which Grünbaum (Grünbaum, 1984. Pág. 142) describes, implies recognition of a traumatic fixation that has nothing to do with meaning or jouissance, but with the event itself. We could therefore say that fixation, hidden face of the symptom, is presented in its three dimensions, linked to the drive through jouissance, meaning through phantasy and the real through the unattainable event, but not because it is unattainable, impossible, but that it is non-existent.

In our opinion this concept is worthy of contemplation, first drawing on the three dimensions in which we should consider it:

- the moment of its constitution,
- its permanence through time and
- the impossibility of dismissing it.

Three aspects of fixation that certainly deserve more attention. For our part, a brief mention of some aspects to present in the future.

THE MOMENT OF ITS CONSTITUTION.

Fixation opens up the field of bonding, of why representation joins with another representation, of thing or speech in Freudian conception. We reiterate the importance of differentiating the field of bonding, that of fixation, of the field of association, and that of repetition. Discovering the trauma is not the same as understanding its repetition.

Permanence through time as an expression of the characteristic dimension or pathological dimension.

And the impossibility of dismissing it or the difficulty of its dismissal as determinants of various therapeutic stances.

To conclude, two clinical vignettes that allow us to reflect on two different types of fixation: one linked to a narcissistic disorder and another to a loss of object. Two qualitatively different fixations.

Case 1

Fixation appears during the patient's discourse. This patient came to me after 15 years of classical psychoanalysis. This is a patient who would today be

diagnosed with a personality disorder. What is striking is that all his suffering (continuous anxiety, inability to study or interact with girls ..., etc.) is explained in just one scene, recovered by his first psychoanalyst and that the patient recounts all the time: he is 4 years old and goes down the hall of his house when his mother comes through the door and happily shows him what she has brought for lunch, to which the patient reacts with disgust and refusal. The mother responds to this behaviour by harshly slapping him. The end of his analysis, which concluded with the patient's death some five years after its beginning, fails to modify this unremarkable scene that thwarts any interpretation and does not manage to significantly modify any of his symptoms.

We might assume that trauma occurred at a significant age that definitively disturbs the subject's narcissistic organization.

Case 2

A patient, also highly psychoanalysed, sees the explanation for all his woes (apathy, depression, lack of capacity to enjoy life ..., etc.) in the death of his mother when he was 10 years old and how the father forbid any mourning of the loss or keeping her memory alive.

However, this patient soon begins to emerge from his apathetic situation when he begins to talk about and recreate the whole story of his childhood, his relationship with his siblings, with various surrogate mothers, etc. We might view this as the processing of grief that was not performed in its day.

REFERENCES.

- Lacan, J. (2012). Otros escritos. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Dilthey, W.(1986) Introducción a las ciencias del espíritu. Madrid, Alianza Universidad.
- Mannoni, M (1980) La teoría como ficción. Barcelona, Editorial Crítica.
- Freud, S. (1999) Más allá del principio del placer. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- Marty, P. (1991). Lecturas de lo psicosomático.(Marta Békei, compiladora). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Grünbaum, A. (1984) The foundations of Psychoanalysis. Berkeley, University of California Press.
- Aguilera, R (2016) One Psychoanalysis or two.
- International Forum of Psychoanalysis
- Volume 25, 2016 - Issue 3: Psychoanalysis and epistemology. 🌱

The development of a therapeutic relationship

Esteban Ferrández Miralles

I would like to show that the development of a therapeutic process, of an analytic process, it implies the construction of a therapeutic relationship

A therapeutic relationship is never automatically guaranteed. So it has to be built. Research carried out, has underlined either the capability of the analyst, or the needs of the analysand. Nevertheless, in my opinion, some important aspects that I would like to emphasize in this text, have been left aside. These aspects have been revealed in my practice as determinants. In this sense I would like to underline the active role of the patient, and the mutual interdependence of both partenaires.

I will highlight those basic aspects which strongly contributes to create a therapeutic relationship.

We need to create an empathic connection between therapist and patient. That connection is interrupted very often so it needs frequent restoration. This restoration needs a rhythm in the interchanges, so as to reach mutual attunement.

The importance of the concept of rhythm has been underestimated in the development of the treatment. Rhythm is the primary order of human relationships. It allows the encounter with the other. Knoblauch¹ states rhythm is the very nature of man's whole constitution. It contributes to create the transitional space necessary for the appearance of symbols.

So that rhythm creates the necessary condition for the appearance of one of the most sophisticated concepts of contemporary psychoanalysis: thirdness. This is the path we need to follow, from the primary rhythm to the symbolic third, the omnipresent third that preserves the therapeutic relationship.

1. FROM THE ANALYSIS TO THE COUNTERTRANSFERENCE

The conditions in which psychoanalytical practice evolves have changed greatly from Freudian times. 120

years haven't passed in vain. In the early years of the history of psychoanalysis Freud was very preoccupied with transference. He was then concerned about boundaries, and now we're concerned about bonds, in those times Freud and the first generation of psychoanalysts were troubled by limits, now we are focused on links.

In the early years of psychoanalysis Freud and his followers were determined to clearly establish the limits of psychoanalysis, both external and internal. On the external side, the aim was to extend the practice of psychoanalysis to fields previously occupied by medicine, as on the internal side, it was a matter of establishing the conditions and requisites to carry out psychoanalysis, with special emphasis on the analyst's training needs, and in addition, the prohibitions that it requires.

I refer mainly to a relationship thought of in terms of subject-object, characterized by a radical asymmetry where the patient is considered almost exclusively as the passive part of the relationship, responsible for the therapeutic process difficulties, resistances, stagnation, negative therapeutic reactions and distortions of truth. So the analysis sometimes takes on a persecutory aspect, incompatible with the promise of liberation, implicit from the very beginning in the Freudian message. Liberation from neurotic miseries, sexual drive, and the tyranny of the Superego.

In those years Freud shows a constant concern for the transference's effects, of which he had already been very aware of in the case of Anna O. Freud's followers, often poorly analysed, have to face upsetting situations: transference in all its manifestations, erotic, hostile, idealizing. Finally, the countertransference itself. One way to protect the analyst is to place him in a position of objectivity, superiority, and abstinence.

In its classic version, the analyst is invested with the power of objectivity, the patient on the other hand is an alienated subjectivity whose truth resides in the other, an incoercible, unmanageable other, a radical alterity never to be resolved.

Lewis Aron explains with clarity in *A meeting of minds*:

"The traditional model of the analytic situation retained

1. Knoblauch, S. H. *The musical edge of therapeutic dialogue*. The Analytic Press, London, 2000.

the notion of a neurotic patient who brought his or her irrational childhood wishes, defenses, and conflicts into the analysis to be analyzed by a relatively mature, healthy, and well-analyzed analyst who would study the patient with scientific objectivity and technical neutrality. The health, rationality, maturity, neutrality, and objectivity of the analyst were idealized, and thus countertransference was viewed as an unfortunate, but (it was to be hoped) infrequent, lapse”.

This thesis reaches its zenith in the work of Jacques Lacan. For the great French master, the big Other (l'Autre) is also the owner of the symbolic order that determines the subject's desire, otherness, the language they are unable to dominate, as well as the Law they have to obey. The subject in turn is divided, characterised by lack of being. In fact, patients are not quite the agent of their words: the more they say the more is spoken by the Other. The words they use carry a meaning which exceeds his capacities.

However, in the 1950s, after the Second World War, social reality changed enormously, disorders, which were to shape the paradigm of the pathology of the late twentieth century, appeared in all their harshness: post-traumatic stress disorders and all the other personality disorders.

At the same time, in the ranks of psychoanalysis, discordant voices began to reconsider the management of transference, but above all, of countertransference. On this side of the Atlantic, a group of Melanie Klein's followers highlighted what until then had been silent, the analyst's difficulties in handling their countertransference, as one could not speak freely about it. In a more than remarkable (amazing) coincidence, Heinrich Racker, who had migrated to Argentina, highlighted the need to address the issue.

Beyond the management proposed by the different authors, the introduction of countertransference in the

analytical field, which had been concealed, is a matter of great importance for the future, as it designates the change from a subject-object relationship to an intersubjective one. As Stephen Mitchell (quoted by Aron) points out:

“If the analytic situation is not regarded as one subjectivity and one objectivity, or one subjectivity and one facilitating environment, but two subjectivities, the participation in and inquiry into this interpersonal dialectic becomes a central focus of the work”.

Thus, the construction of the therapeutic relationship and the implication of the analyst are again placed in the centre of analytical practice.

The return of countertransference to the psychoanalytic field does not mean that we must stop working on its supervision, nor does it mean its disappearance from our own analysis. The question regarding countertransference open the possibility of asking ourselves about the analyst's subjectivity, that is to say, we can draw a line of argument from the countertransference to the current controversies about enactments or self-disclosures.

2. FROM THE COUNTERTRANSFERENCE TO THE SUBJECTIVE IMPLICATION OF THE ANALYST.

In this second part we will consider three basic aspects for the construction and development of the therapeutic relationship. Three concepts that, in our view, sustain a strong relationship: rhythm, attunement and thirdness.

Attempts to think about the relationship including the analyst, not just as the Other of the patient, have led us, from the hand of Winnicott, Stern and others to the matrix of relationships, the primordial relationship. And although, as Jessica Benjamin says, paying special attention to the primordial relationship has led us to consider the role of sexual difference and also the figure of the father as



secondary, it has all been worthwhile.

Coming back to the primordial relationship, as we are looking for what aspects of that matrix of relationships, can be useful for development of the therapeutic relationship, especially now when in our daily practice, the clinical treatment of disorders and psychosis has largely displaced that of neurosis.

We could refer to the works of Daniel Stern (1985), Beebe and Lachmann (2002), Tronick (1998) or Trewarthen (2002), who have a large number of works on this subject, however it was Ricardo Rodulfo in a recent text, who put us on track regarding the importance of rhythm in the therapeutic relationship. In this booklet titled *Curvaturas*, he says: rhythm cuts the body, and precisely that cut is what facilitates, what allows meeting the other. Setting aside the enigmatic aspect of the phrase “the rhythm cuts the body”, however, the idea that the rhythm facilitates the meeting with the other is probably the common ground uniting all the authors cited.

Rhythm is what allows the subject to know that there is another person with whom to interact. Lara Lizenberg says that in the seventh century, for the Greeks, rhythm was the particular and distinctive form of human character. However it is evident that in human beings there is a very primary tendency towards rhythm. As in games, poetry, music and dance, rhythm is an essential part of the true nature of the human make up.

Steven Knoblauch is an analyst who has shown particular interest in the importance of rhythm, for him rhythm is a fundamental element of the therapeutic relationship. He maintains that breaking of the rhythm, is synonymous of disease in many fields of health. He offers us a very interesting case – Lenny-, in which we can appreciate the importance of rhythm, in that case, the rhythm of breathing.

Rhythm marks the encounters and the capacity for understanding the other. It allows the appearance of the feeling of being there for the other, which as Winnicott pointed out, is so important in psychoanalytic practice. Knoblauch reminds us of the importance of rhythm, breathing, the body, as core dimensions of experience to regulate the affective field, all of which condition the possibility of symbolizing activity. In our opinion it's not about replacing one order with another, it is about understanding that both are equally necessary, that symbolic exchanges are preceded and facilitated by much more basic ones, where the affects are synchronized.

Breaking of the rhythm in the mother - infant exchanges, as in the analyst - analysand exchanges, could be considered as breaking the attunement, breaking the affective attunement, a concept of Daniel Stern that seems very adequate to describe the process of creation of an affective relationship, on which the possibility of a therapeutic process is supported.

Thanks to Winnicott, it's clear that this therapeutic process takes place in a transitional space, that it's to say, an intersubjective space, one that goes beyond the subjectivity of each partner. Now psychoanalysis is able to recognize the inevitable implication of the analyst in the rupture of that space, which allows us and forces us to think about the possibilities of restoring it.

The experience of attunement, of connection, of empathy, is continuously interrupted and it is the task of the analyst, with the collaboration of the patient, to restore it.

Jessica Benjamin is of enormous use in the recognition of the responsibility of the analyst in the rupture of the analytic space. In her work since the publication of *Bonds of love*, she has developed indispensable work for the understanding of the processes of rupture of the therapeutic space, and how to restore it.

This decentring of the analyst's place was a task that could not be postponed, however, it brings us back to the problem of sustaining the relationship. In the classical conception of psychoanalysis, the figure of the analyst was unquestionable. As Benjamin (quoted by Aron) points out:

“If, however, we are mindful of our failures, gradually we will learn together to recover from ruptures in attunement, and thus become sensitive to and use more effectively the inexplicable gaps created by the patient's unintegrated or warring self-parts and the analyst's failure to contain them.

Thus moments of excess that fail to evoke a mirroring knowledge can serve instead to signal the unformulated, undifferentiated malaise, despair or fear”.

The idea of an analytical third will allow us to understand how the analytic relationship goes beyond the mere processes of suggestion or empathy. Understand also that the analytical relationship survives the misunderstandings, errors and damage inevitably caused by the analyst. Let us remember Piera Aulagnier's idea of primary violence. As it's remembered by Marilyn Nissim-Sabat, for Aulagnier, the “violence of interpretation” does not refer only to failures of maternal interpretations of infant behavior and interactions. Rather, “violence” is endemic to interpretations as such. And this violence “is to the benefit of the future constitution of the agency called I”. Also the role of the mother in Laplanche's theory of general seduction. Or even the contrary feelings that assail the analyst working with psychotic patients, as Harold Searles reminds us in his work *The effort to drive the other person crazy*:

“The therapist's or analyst's growing out of such ways of responding is not simply a matter of his learning a technique more appropriate to the patient's genuinely ambivalent, poorly integrated state. To become more useful to his patients [the analyst] he must in addition be prepared to face his

own conflict between desires to help the patient to become better integrated (that is, more mature and healthy) and desires, on the other hand, to hold on to the patient, or even to destroy him, through fostering a perpetuation or worsening of the illness, the state of poor integration. Only this kind of personal awareness prepares him for being of maximal use to patients."

This third or thirdness, has had different formulations. The first to define it was Lacan, however, his conception of the analytic relationship, together with the vicissitudes in his teaching, probably prevented the French genius from making a more accurate formulation. Nonetheless, as Benjamin pointed out, Lacan saw the third as that which keeps the relationship between two persons from collapsing.

We need to wait for the development of an intersubjective field within psychoanalysis so that the idea of the third, present in numerous previous formulations, can be created. Although the priority must be attributed to Thomas Ogden, it is nevertheless Jessica Benjamin's conceptualization that seems better suited to our practice.

For this psychoanalyst and feminist, the third is the logical evolution of that primordial synchrony that gave us the rhythm between mother and infant, that would be the third rhythm. Subsequently the third takes on new features: moral, shared and analytical. In every case it means the recognition of the other as someone equal and different from me, with a mind and an unconscious like me.

Jessica Benjamin has said that this third has no origin in the Oedipus complex nor in the father as castrator. The only usable third, by definition, is the one that is shared. Thus, I contend that thirdness is not literally instituted by a father (or other) as the third person; it cannot originate in the Freudian oedipal relation in which the father appears as prohibitor and castrator. And, most crucially, the mother or primary parent must create that space by being able to hold her subjectivity and the needs of the child in tension.

But the idea of the third and thirdness is especially important in our practice as it allows us to restore the relationship when it is damaged, that third is an internal mental space in Benjamin's words, which guarantees the return to a relationship that has overcome the impasse.

We want to close this reflection with a small clinical vignette that perhaps reflects our idea of the shared or analytical third. It was a particularly difficult moment with a patient of mine, diagnosed with schizophrenia, who produced a repeated feeling of drowsiness in me. Until one day the patient expressed it clearly, "you are falling asleep". The recognition that this was so, and my subsequent request for help to the patient to understand what was happening to us, meant recognizing that he was aware that his words were empty, but even more, it led us to face the worrying fact, that often when driving his car on the way to work, it was he who suffered this very dangerous

drowsiness behind the wheel. And this allowed us to work on it collaboratively.

CONCLUSIONS

Rhythm, affective attunement, analytical third are concepts that allows the analyst a closer understanding of our implication in the therapeutic process and thus, increase the possibilities of going forward in our work, an effort that the new pathologies, and the new modes of relation, demand from us.

BIBLIOGRAPHY

- Knoblauch, S. H. (2000) *The musical edge of therapeutic dialogue*. The Analytic Press, London.
- Aron, L. (1996) *A meeting of minds*. Mutuality in psychoanalysis. The Analytic Press. London.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2008) *De un Otro al otro: 1968/9*. Paidós. Buenos Aires.
- Daniel Stern (1985), *The interpersonal world of the infant*. Karnack, London.
- Beebe and Lachmann (2002) *Infant research and adult treatment*. The Analytic Press, London.
- Tronick (1998) *Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research*.
- Trewarthen, C. et als (2014) *Infant and Early Childhood Mental Health Core Concepts and Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing. Washington DC.
- Ricardo Rodolfo (2016) *Curvaturas*. Lugar Editorial. BsAs.
- Lizenberg, Lara (2011). *Ritmo. El uso lúdico de la estructura*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Jessica Benjamin (1996) *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Paidós. Buenos Aires,
- Benjamin, J.: (1997) *Sujetos iguales, objetos de amor*. Paidós. Buenos Aires.
- Marilyn Nissim-Sabat *The Violence of Interpretation: From Pictogram to Statement* (Book Review) Brunner-Routledge, 2001. Fall 2003.
- Searles, H.: *The effort to drive the other person crazy*. British Journal of Medical Psychology, 1959. 32 (1). ✨

On the enigma of identifications

Reyes García Miura

Agustín comes to my office stating that he is a young homosexual with adjustment problems. I find myself with a “sexually indeterminate” 23-year-old. His appearance is delicate, fragile, graceful, scraggy shoulder-length blond hair and an engaging smile, wearing an outfit that consists of a long wraparound silk skirt, a baggy white blouse and a bag hanging from a shoulder strap.

A Tazio appears in my office, the Tazio from Thomas Mann’s “Death in Venice”. In a soft voice he tells me about all the anxiety he has suffered ever since he was a child. About obsessions, bad dark thoughts, vomiting, bulimia, alcohol. About his vital bewilderment, of making and removing tattoos. About not being able to cut himself or attempt suicide, but how these thoughts are always in his mind.

There is little mention of his childhood, a private school and, after coming of age, his studies in London where he studies Fine Arts. Moving to another European city to finish his degree.

He works in sculpture, in a studio at the family home where he currently resides after having returned to Madrid, and where he feels welcomed by his parents who he says are tolerant and do not interfere in his life. He exhibits his works in the central European city to which he continues to be closely linked.

He uses two adjectives when describing his parent figures: a strong mother and a weak father. He then embellishes with comments, like his preference for his mother, with whom he shares his work, she works in interior design. An architect father, afraid, unknown and unappreciated due to the conventionalities and stereotypes of his station in life. Agustín was convinced he had always been very close to his mother and to the female figures around him, the girls at school and female friends who have stuck with him during these years. He is also certain of being very different to his father and of not understanding each other.

His problems with cleanliness started at age twelve, “everything disgusting” and self-imposed prohibition of “not touching.” He had began performing rituals such as

holding his own dirty clothes to his body to overcome some non-specific fear. Rituals that have continued as well as varied, and that at this time of his life control his sleep and eating habits (bulimia attacks and ritualized vomiting).

He tells me about a meaningful relationship with a girl older than him, which lasted a few years. Wondering if it were just a crush that began when he was a child and that waned over time. He has also had a partner, a boy, when he was finishing his degree. He now states that he has no interest in sex.

Our Tazio says that he is neither homosexual or heterosexual. He does not seem too concerned about choosing his sex, at least not in the short time his analysis lasted with me.

How can Agustín’s ambiguity be viewed? What causes the emotional lability of his sexual identity?

Is he subject to a theory of sexuality based on gender identity, applying the adjective “strong” to the female gender and “weak” to the male one? Equivalent to imaginary identifications.

Are the identifications made throughout his life sufficient to determine his sexuation of being a man or a woman?

Do his clinical manifestations comply with some disorder of castration anxiety? Will there be forclusion of the Name-of-the-Father and of the phallic function in his psychic structure? Or are we facing a neurosis?

Is his detachment from any interest in his sexuality connected with sublimation and libidinal deposition in his work, sculpture?

The ambiguity arouses uncertainty, indetermination, confusion. Coexisting attitudes that are not exclusive and that can be interpreted differently. With ambiguity, the swing between two terms is not used to establish a comparison, but rather to match them without differentiating two contradictory terms. (Bleger, J. (1984). “Not being homosexual” or “heterosexual” or being both. Not being masculine or feminine, or believing to be both, or a combination of male and female. A concept different to that of ambivalence, if opposite aspects within the

same object at the same time are considered.

In Freudian thought theories about sexuality are entered in the general drive theory. In "Three Essays on the Theory of Sexuality" Freud, S.(1905) tells us "In human beings pure masculinity or femininity is not to be found either in a psychological or biological sense". He goes on to argue that the only thing that the unconscious knows is active-passive opposition, and based on this the masculine and feminine, psychic bisexuality and male-female sexual dimorphism will be deferred. There is, therefore, no representation of the difference between the two sexes.

In childhood everything revolves around a single sexual organ for both, the male one. Child sexuality takes place under the primacy of the phallus and castration anxiety.

We shall say that reaching sexual maturity involves a development that converges the fate of the drives, the structuring of the Oedipus and castration complex, identifications and how inscription of sexual difference arises.

Unlike Freud, who suggests bisexuality from the very outset, Stoller's gender theory (Stoller,R. J.1984)proposes a primordial femininity, and transsexual individuals would be those who fail to overcome the state of identity confusion with their mother.

Up until now, Chilland ,C.(1999) reminds us that there was a male/female dichotomy that belongs to one or the other sex. No "third sex", "uncertain sex" or "intermediate sex" is proclaimed. Nevertheless, she posits that there are individuals who are between two sexes. Germany has just passed a bill, dated 15/08/2018, accepting the "third sex". In addition to male and female, the term "inter" or "diverse" will be allowed on the birth register. The new law will establish that as long as a person "feels deeply" that they belong to a certain gender, then they have the right to choose how they are legally identified (Huffpost Agency EFE). Nonetheless, legal recognition does not solve the identification enigma.

We think that birth and assignment of sex as a boy or girl is only the beginning of a long complex process to becoming men and women and reaching the subjective sex, i.e. with which each one identifies. Because being male or female are two significantants that represent these two subjective positions.

In order to attain the subject's sexuality, a

symbolic order and significant identifications are required. Access to this symbolic order for a son subjected to the symbiotic identification relationship with the mother will be unlikely. In psychosis, absence of the father figure as a representative of the law will make identification with masculinity difficult.

When speaking about identifications, Freud describes how in the male, identification with the father as an ego ideal is going to be accompanied by establishing the mother as a sexual object and it is within this confluence where the Oedipus complex arises. This identification, which we are interested in highlighting, is that in which, in order to achieve the ego ideal, the subject identifies with a trait or partial aspect of the object, which is introjected at the end of the Oedipus complex. And this common element that is repeated in each of the significant events is what Lacan is going to call the unary trait. He also goes on to coin the term Sexuated Identification, (Dyland, E.1997) establishing differences with this second form of Freudian identification. To do this, he uses the concept of phallic function and, at the same time, introduces the jouissance function linked to the castration complex.



Along with other authors, we wonder that if core identity is not based on anatomical sex or gender as suggested by Stoller, and identifications are not enough to account for the process to determine whether we are male or female. There must be something else.

In her book "Sexual Ambiguities" Morel, G. (2002) asks, if human beings struggle to orientate themselves with regard to sexualisation, if they find it difficult to alienate the male side or female side, should we not assume a true void at the beginning and not a core identity?

Freud postulates a void when he states that there is no female drive but only a single libido, masculine in nature, or when he places the phallus and the castration complex at the centre of sexual life, both in boys and girls. We find this same idea in Lacan, who expresses this nothingness through aphorisms: "There is no sexual relationship", "Woman does not exist". Both suggest two anatomical sexes but only one single principle of sex in the unconscious, the phallus, as the only reference.

Will the permanence or departure of sexual ambiguity rest on the vicissitudes of the phallus?

What place do anatomy, the discourse of the other, identifications, ways to satisfy the drive occupy to achieve the sexualisation of being a man or a woman?

In order to tackle this question, we turn to Lacan, who introduces the concept of "sexualisation" (Miras, V.2005) He defines this term to name that long, complex process of the relationship of each subject with their sexual position, which may or may not coincide with their anatomical sex, and that may or may not orient it towards the choice of a different-sex partner.

Morel, G. (2002) follows Lacan by building a theory of sexualisation, which she calls analytical anatomy, comprising of three conceptual stages around that of the phallic function. Initially, that which refers us to biological discourse, natural anatomy. Then, or second stage, comes that of social discourse, when others interpret the subject's sex. For which a choice has already been made: inscribing or not to the master signifier of sexual discourse, the phallus. In psychotic structures rejection of this inscription appears, through foreclosure of the Name-of-the-Father and phallic significance.

What happens if the subject contradicts the interpretation that others give to the subject's sex? What does the subject reject, anatomical sex or inscription to the phallic function?

The third stage is that of sexualisation per se, the unconscious choice of sex by the subject and which refers us to analytic discourse. As we have been saying, there is only one function of universal jouissance, the phallus, however, there are two sexes corresponding to

two "sexualised identification options". We shall say that Lacan (Braunstein, N. A. 1990) addresses the problem of sexual identification, favouring jouissance. In other words, he considers sexualisation of the body from an unconscious choice that the subject makes in relation to jouissance. And he speaks about how men and women are going to locate themselves with respect to the phallus, namely on the side of the masculine or feminine position. The fact that there are two inscriptions related to the jouissance mode in relation to the phallus does not contradict that a neurotic subject maintains a sexual ambiguity or, in the case of psychosis beyond phallic inscription, invents a particular sexualisation. As with female orientated jouissance in Schreber's case (Freud, S.1910).

What happens when there is a psychotic outbreak that causes a catastrophe in the subject's life and the identifications fail? What can the subject fall back on to cope with this catastrophe?

Without going too far into the Lacanian model, we can refer to the concept of "sinthome" as that which guarantees the presence of the father and the endurance of the bond with him. In seminar XXIII Lacan, J. (1975-76) shows how Joyce's art has a sinthome function: "This art compensates for the lacking father, it supplements a de facto foreclosure".

Joyce's work is a literary symptom, and it is also the sinthome. Joyce creates a name for himself and it is not a delusional metaphor, because his literary symptom has the identifying function of his own name. Based on this case, what Lacan underscores is the importance of the artifice (along the lines of an ingenious means) in constituting the subjective structure.

In neurosis jouissance is subject to the law, related to the phallic function and therefore subject to the limitations imposed by the symbolic father, agent of castration. In psychosis, the lack of the Name-of-the-Father signifier leads the subject to construct that artifice, the sinthome, through delirious metaphor or, as we have just seen in the case of Joyce, through art.

We wonder: What void do the symptoms, ghosts and sexual ambiguity occupy in our patient Agustín?

Can we regard the patient's artistic work as a particular symptom?

Could there ever be a psychic collapse? In which case, could it be held within the sculpture, operated as a sinthome?

These and other questions present us with possible theoretical discussions and clinical observations that clearly show the capacity of the psychoanalytic field to face new challenges when it comes to give meaning to current problems.

BIBLIOGRAFIA

- Bleger, J. (1984) *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires. Ed Paidós.
 - Braustein, N. A. (1990) *Goce*. Madrid. Ed. Siglo Veintiuno.
 - Chilland, C. (1990) *Cambiar de sexo*. Madrid. Ed Biblioteca nueva.
 - Dyland, Evans. (1997) *Diccionario introductorio del psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires. Ed Paidós.
 - Freud, S. (1925) *“Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”*. En obras completas. Vol 3. Buenos Aires. Biblioteca nueva.
 - Freud, S. (1920) *“Psicología de las masas y análisis del yo”*. En obras completas. Buenos Aires. Biblioteca Nueva.
 - Freud, S. (1905) *“Tres ensayos de una teoría sexual”*. En obras completas. Biblioteca Nueva. Freud, S. (1908) *“Teorías sexuales infantiles”*. En obras completas. Biblioteca Nueva.
 - Freud, S. (1910) *“Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia”*. En obras completas. Biblioteca Nueva.
 - Freud, S. (1923) *“La organización genital infantil”*. En Obras Completas. Biblioteca Nueva.
 - Grimberg, L. (1985) *Teoría de la identificación*. Madrid. Tecnipublicaciones S.A.
 - Kaufmann, R. Vanderersch, B. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
 - Lacan, J. Seminario 21. Clase 14-mayo 1974. S. *“Los nombres del padre.”*
 - Lacan, J. (1972-1973) *El seminario*, libro XX, Aún. Buenos Aires. Paidós 1981.
 - Lacan, J. Seminario XXIII *“Le sinthome”*. Buenos Aires. Paidós (1975-1976)
 - Miras, V. (2005) *Conceptos freudianos*. Madrid. Ed Síntesis.
 - Morel, G. (2002) *Ambigüedades sexuales. Sexuación y psicosis*. Buenos Aires. Ed Manantial.
 - Nasio, J. D. (1996) *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona. Ed Gedisa.
 - Redacción *EL Huffpost*, agencia EFE.
 - Stoller, R. J. (1984) *Sex and gender*. London. karnac. 🌱
-

Affective distance in the Doctor-patient relationship. Importance in the evolution of the disease.

Elena Catalá Ortuño, Juan Rodado Martínez y Carlota Ibáñez Guardiola

ABSTRACT

The American anthropologist Edward T. Hall coined the concept of Proxemic for studying the use and perception of social and personal space, that is, proximity or distance between people and objects during interaction, taking a concept of measurable distance. In psychoanalysis the concept of distance is wider, because the qualities of proximity, distance and space-time mobility of the object are not only subject to the order of the topographic space and chronological time but also to the psychic reality. This idea, based on the consideration of affectivity within a model that takes into account the intrapsychic and the intersubjective, allows us to propose the concept of Affective distance as a result of both types of distance: physical and emotional.

In this work, we reflect on this concept and about intimacy and its importance in the relationship that patients establish with the doctor or therapist in relation to the development and evolution of diseases. We present a data from a prospective longitudinal study that we have done measuring this distance in patients with hematopoietic transplantation, finding that those patients located the doctor at closer distances survived more than those who placed it at greater distances.

INTRODUCCION

If we think about somatic diseases, we can see that clinical doctors are the first to treat patients with this type of disease and in many cases they receive a demand for psychological attention that although they sometimes detect, they do not manage to prosecute, let alone satisfy. Hence, there is an inconsistency between the acceptance of the "psychological factors" and the subsequent behavior of both the doctor and the patient.

On the part of psychoanalysis, classically, the accentuation of the differences between hysteria and psychosomatics

and the use of phrases and euphemisms promotes the tendency to leave the psychosomatic problem in the hands of the doctor and in the field of medicine, or to face psychotherapies that address the patient rightly in a superficial plane, but that later they do not advance to deeper planes with the theoretical excuse of the "deficits" that the patient presents.

This reality enters into contradiction on the one hand with Freud's own idea about the somatic illness and about the relationship between the psyche and the soma.

Already in the description of the experiences of satisfaction and pain, Freud provides us with examples of the association of heterogeneous elements in the psyche, configuring complex mnemonic traces. For example, in the satisfaction experience digestive movements of the stomach are associated with the memory of the maternal breast and its reactivation by the renewal of the state of need (hunger) (Freud, S., 1895).

In his description of "paths of reciprocal influence", Freud describes how heterogeneous elements influence each other (Freud, S., 1905). There he says that any modification made in the field of biological needs and functions may have an impact on the erogeneity linked to the body that fulfills these functions. And conversely, any change in the erogeneity of an organ can affect its biological functions (Freud, S., 1905 a: 1214).

But it also comes into contradiction with the descriptions and work that the psychoanalyst Michael Balint carried out in the 50s with family doctors on the relationship of these with their patients and the importance of it in the future and prognosis of the patients. somatic diseases.

Balint argued that the clinical relationship is more than actions and behaviors and includes the feelings and ideas linked to these. He believed that in this relationship there are

a series of phenomena that have to do with this emotional dimension. Balint reasoned that doctors have a series of individual attitudes toward the patient, expectations about their behavior and established ways of relating to them that depend on their beliefs and personality.

Balint also developed the idea that the doctor himself is a central component of the therapy. Moreover, he stressed that the medicine most used in the practice is the doctor himself and this can have curative or harmful effects.

Taking both the idea of Freud, and Balint, as psychoanalysts and as doctors, we wanted to focus our attention on the relationship we establish with our patients, on their connection to us as therapists and as doctors and how the vicissitudes of this will influence in the prognosis of the disease.

ATTACHMENT, DISTANCE, PROXIMITY AND HALL'S PROXEMICS

The attachment theory postulates the human need to form close affective bonds that manifest themselves in behaviors of proximity, distance and contact with the caregiver, as well as through affective reactions to separation.

In this sense, attachment can be related to a discipline called proxemics, developed by the anthropologist Edward T. Hall, which measures the spatial configurations of human beings in terms of distance.

Bearing in mind that in general terms the behavior of attachment is the search for proximity to beings that are considered protective, the distance and rejection configurations play a fundamental role and are explored in many of the questions of the Adult Attachment Interview (AAI). This distance is thought to be more affective than

physical but the use of terms "feel close" and the emphasis placed on the separation experiences of the parents shows that there is a base of bodily experiences, such as tactile experiences of separation, closeness or proximity, which serve as a substrate on which the affective experiences of feeling close to or far away from someone are mounted. These affective experiences are no longer tactile because they have suffered the modifications printed by language and culture: nowadays it is no longer necessary to touch someone to feel close to them (Ulnik, 2004).

In 1963 Thomas Hall developed his research, he pointed out that every organism has a detectable limit. And in that way he considered that between an individual and another there must be a certain space depending on the circumstances and the environment.

Proxemics studies the use and perception of social and personal space, that is, of proximity or distance between people and objects during interaction, the postures adopted and the existence or absence of physical contact.

What is interesting is the employment and the perception that the human being makes of his physical space, of his personal privacy, of how and with whom he uses it, in different areas of his life. Man's handling of space and distance with others configures a level of signs that are transmitted non-verbally and that condition their relationships and conflicts with others.

Therefore, proxemics is a type of non-linguistic communication established by signs that are constituted through spatial configurations of distance, such as the distance of a person from his interlocutor. In this way, man is conceived with limits that go beyond his body and that are



dynamic for each relational situation.

Hall (1963) described 8 types of distances between two interlocutors and grouped them into 4, which he called: public, social, personal and intimate distance.

- **Public distance:** is the one that is usually used in public places, where there are unknown persons. It is generally greater than 3.60 m and is the one used, for example in conferences, airports, etc.

- **Social distance:** it is what a social animal needs to be in contact with its group, the distance we use to interact with people in our daily lives, people with whom we have no friendly relationship, such as a doctor, a mason, etc. It is approximately 1,20m.

- **Personal distance:** is used in close relationships, such as family and friends. The distance is between 45-120 cm. If we stretch the arm, we get to touch the person with whom we are holding the conversation.

- **Intimate distance:** is the closest and is limited to people with whom you have some intimate connection, such as family, couple, friends. The communication will also be made through the look, touch and sound. The distance can range from 0 to 45 cm; if it is less than 15 cm, it is considered a sub-intimate zone or an intimate private zone.

We think, that in population with somatic diseases and especially in the serious diseases that are incapacitating and require multiple treatments and hospital admissions, these distances will be modified. At least, in the process of transplantation, by an essential factor that is immunosuppression and its consequences, one of them the physical isolation required to avoid exposure to infection.

AFFECTIVE DISTANCE AND TEST OF AFFECTIVE DISTANCES (ULNIK)

The concept of distance taken by Hall is a measurable concept. When in psychoanalysis we speak of distance, we refer to an abstract idea, not easily measurable, that allows us to say that a patient places an emotional distance or that establishes a double distance with the object.

The idea of distance, both physical and psychic, is a theoretical construction that develops arbitrarily to establish an order in real space that escapes our possibility of perception and even understanding.

There is a concept of distance established by physics that we could define as the interval that separates two points in space. But according to the dictionary of the RAE, distance can also be the difference between one thing and another. With this definition we see how physical distance can be representative of a discrimination or separation of a physical nature. The concept of distance used in psychoanalysis is even broader, since the qualities of proximity, distance and spatial and temporal mobility of the object will not be subject only to the order of the topographic space and chronological time without also to the psychic reality. This idea added to the consideration of affectivity within a model that takes into

account the intrapsychic but also the intersubjective, allows proposing the concept of affective distance as the result of both types of distance: the physical and emotional (Ulnik, 2004).

Following the theoretical framework of proxemics, there are distances that progressively move away and correspond to different social areas that Hall separated into intimate, personal, social and public. Related to the classification of this author, Ulnik formulated a test with a similar scheme to measure the different emotional distances.

The test examines the ability to distinguish different affective distances for each link. In this way, what we observed in the clinic regarding the doctor-patient relationship and the therapist-patient relationship materializes, for example, because we can observe both fusional distances and of symbiotic and distant and contradictory characteristics (Ulnik, 2014).

STUDY OF THE PATIENT-DOCTOR (PD) RELATIONSHIP THROUGH THE AFFECTIVE DISTANCES TEST:

Some authors have stated that patients classified as difficult to treat there is an internal conflict, characterized by their need for proximity to others and at the same time fear of such closeness, which generates distance behaviors. Ulnik et al, (2014) have studied this internal conflict of proximity and distance, through ADD, in patients with chronic skin diseases that are difficult to treat (Ulnik et al, 2014).

In our opinion, patients with hematological diseases have several points in common with dermatological patients, such as, for example, the chronicity of the disease, frequent visits to the doctor and the difficulty of their treatment. And as with patients with skin diseases, in some patients with hematological cancer, good adherence is observed to the person of the doctor and in others, on the contrary, there is a tendency to detach abruptly. Ulnik translates it as behaviors that are the expression of fantasies and mechanisms of unconscious defenses that arise in response to vital experiences of childhood that involve the most significant relationships with primary objects. And he has considered that the proximity-distance conflict could be related to a cold mother or a captive mother and that attachment experience would determine behaviors that later manifest themselves in the relationship with the doctor and in the way in which the subject links with his disease (Ulnik et al, 2014).

According to these studies, the results of treatments are sometimes not due to the disease itself but to the psychological characteristics of the patients and the links they establish (Ulnik et al, 2014). In our opinion, psychological and linking factors may also be influencing the outcome of hematopoietic transplantation and for this reason we insist on these evaluations.

Other studies also evaluated some important aspects in this doctor-patient interaction and called "difficult patient" those who do not respond to standard therapy or who do not achieve a satisfactory relationship with the doctor for presenting unfounded complaints, unjustified anger

and difficulties to establish a relationship of interpersonal trust. And it is that difficulties arise in the doctor-patient relationship; Due to the same chronicity of the disease, the patient adopts a series of behaviors that transform him into a difficult patient. Most investigations conclude that it is essential to improve patient medical communication and that the physician must take into account the subjective discomfort that the patient presents (Ulnik, 2004).

OBJECTIVE AND HYPOTHESIS

Our objective in this research is to **find out the importance that the patient-doctor relationship has on the prognosis of the disease** and to suggest how these patient-medical interactions respond to patterns built in the first stages of an individual's development.

And emphasize that the responses of patients in these interactions can be interpreted by professionals as hindering reactions, when we could give the value of **indicators of fears, and so calm and accompany, facilitating a positive variation in the response.**

For this we take patients in the process of **bone marrow transplantation**, because as medical psychoanalysts in a hospital we were consulted by many of these patients from the Onco-Hematology Service.

Bone marrow transplantation is a highly specialized and complex medical procedure, which aims to replace bone marrow tissue and is used primarily for the treatment of patients with hematological cancer such as leukemia, myeloma, lymphoma or others.

There are many studies that talk about psychosocial variables related to the outcome of the bone marrow transplant, although the information about its influence is contradictory.

MATERIAL AND METHOD

What variables have been studied?

1. Psychological Variable: **Affective patient-doctor distance measured before the bone marrow transplant**, with the Affective Distances Test (in mm), and then grouped into categories. For the analysis we have used these distance categories, which for the Patient-Doctor relationship are: **1-in contact, 2-reachable, 3-close, 4-distant, 5-very distant** (see Tables 1 and 3).
2. Biological variable: **Post-transplant Global Survival (SG)** was recorded, which includes all live patients after transplantation. The Global Survival (SG) has been evaluated at **3 months, 6 months, 12 months and 24 months post-transplant.**

What kind of study is it?

This is a **prospective longitudinal study**, in which all patients undergoing haematopoietic transplant were

included in the Morales Meseguer Hospital in Murcia during a period of 16 months. 49 patients were included (24 women and 25 men). In the present work, psychological variables are related to evolutionary biological aspects of transplantation.

Test of Affective Distances (see Annex at the end of the document)

It consists of a series of millimeter **sheets** in which a human figure printed on the far left appears. Each of the slides presents a slogan referring to a linked situation, such as: the relationship with the mother, the father, the friend, the co-worker, the sexual partner, the enemy, the president, the doctor, the donor, etc.

The interviewee is offered a series of **self-adhesive human figures**. The subject has to paste one of those figures on each sheet, at the distance from the printed figure that he considers appropriate according to the consigned link situation. For example: "imagine that the doll that is on the edge of the sheet is you. Take off one of the self-adhesive figures and imagine that it is the doctor. Glue it on the sheet, at a distance that seems like it. The minimum possible distance is one doll on top of another, the maximum possible is to where the squares arrive".

The distance in each sheet is measured in **millimeters** and then grouped into 11 different **distance units**, which range from the total contact (zero distance) to the maximum distance, which is the other side of where the printed figure is. The resulting **categories** are as follows (see Figure 1).

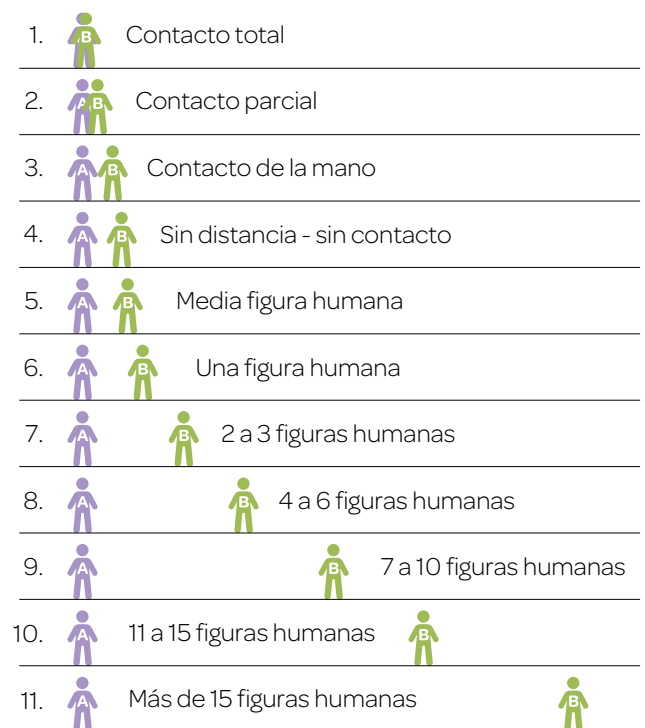


Illustration 1. Human Figures Units (Ulnik et al, 2014).

Although the Affective Distances Test allows to obtain

quantitative values because the distances between the human figures in each sheet can be measured, it is important to note that the answers have a **qualitative value** that varies according to the bond area that we are investigating. For example, the first 3 categories represent the human figures in contact, 1 being the total contact by the complete superposition of the figures and 3 the minimum contact of being "by the hand" or just touching with the tips of the fingers (Ulnik, 2014).

These three units of distance (1, 2 and 3) represent an intimate area in which small differences can be highly significant. Both in the bond of sexuality and in that of the mother-child relationship every millimeter of distance between the figures can have a great qualitative value, although the physical distance is always close and hardly different between the two responses.

Just as there are **qualitative differences according to the linking areas**, there are also **qualitative differences according to the relationship** we are exploring. Thus, when studying sexuality, we can group responses 1, 2 and 3 under the parameter "in contact" and all the others under the parameter "without contact" (Ulnik, 2013).

In the **Patient-Doctor relationship**, which is the one we evaluate in this paper, we consider an achievable and **more expected distance to the unit of distance 6** (correspond to numbers 1 and 2) because although there is no contact, for this type Bonding is considered to be close when it is accessible. From the unit of distance 8 (numbers 4 and 5) it is already considered distant. (see Table 1 and Illustration 1).

FH	Tipos de contacto	Paciente-Doctor
1	Contacto total	1. En contacto
2	Contacto parcial	
3	De la mano	
4	Sin distancia	2. Alcanzable
	Sin contacto	
5	1/2 FH	3. Cercano
6	1 FH	
7	2 a 3 FH	4. Distante
8	4 a 6 FH	
9	7 a 10 FH	
10	11 a 15 FH	
11	+ de 15 FH	5. Muy distante

Table 1. Categories FH for patient-doctor (Ulnik 2014)

Once the Patient-Doctor Affective Distances evaluated before transplantation were categorized and the survival after bone marrow transplantation was recorded, **the**

statistical analysis was performed between both variables in search of associations.

The analyzes were performed in Excel and SPSS. The normality of the quantitative variables was assessed by the Kolmogorov-Smirnov test. After verifying this normality, we used the t and ANOVA test to evaluate differences between quantitative variables, and the chi-square test to analyze the association between qualitative variables.

RESULTS

Patient-doctor affective distances and post-transplant survival

The relationship with survival was evaluated considering the categories individually: 1-in contact, 2-attainable, 3-close, 4-distant. No patient placed the doctor at a distance 5-very distant, so this last category was not taken into account.

In the analysis of categories it is observed that the **patients who answered with distance 1 ("in contact") survived all, both at 3 and 6 and at 12 months post-transplant.** At 12 months, up to 55% of the live patients had placed the doctor in 1 ("in contact"), with a p-value of 0.059 (see Table 2). However, there was no significant association although it was very close to doing so and due to this and appreciating the trend, overall survival at 24 months was analyzed..

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 3 m	1	22 (49%)	0 (0%)	0,326
	2	11 (24%)	1 (50%)	
	3	6 (13%)	1 (50%)	
	4	6 (13%)	0 (0%)	
SG 6 m	1	22 (51%)	0 (0%)	0,274
	2	10 (23%)	2 (50%)	
	3	6 (14%)	1 (25%)	
	4	5 (12%)	1 (25%)	
SG 12 m	1	22 (55%)	0 (0%)	0,059
	2	9 (22%)	3 (43%)	
	3	5 (12%)	2 (29%)	
	4	4 (10%)	2 (29%)	

Table 2. Patient and doctor affective distance and Global Survival

According to the results of the 24-month global survival analysis with respect to patient-doctor affective distances, a statistically significant association (p-value 0.048) was found among the

patients who had located the doctor at distance 1 (“in contact”) at the start of the transplant and a greater overall survival at 24 m. 57% of the survivors had placed the doctor in contact and only one patient of those who answered with 1 died. For this relationship, the value of the corrected typified residuals was observed, which was higher than 1.96 for this association (2.6) (see Table 3).

Supervivencia global				
Distancias afectivas Paciente-Doctor (4 grupos)		Vivo	Fallecido	p-valor
SG 24 m	1	21 (57%) 2,6	1 (10%) -2,6	0,048
	2	8 (22%) -1,2	4 (40%) +1,2	
	3	5 (14%) -0,5	2 (20%) 0,5	
	4	3 (8%) -1,8	3 (30%) 1,8	

Table 3. Affective distance patient-doctor and SG

Figure 2 reflects the **associative trend of patient-doctor (PD) distance in contact in relation to post-transplant global survival (GS)**. It is observed that a longer time post-transplant there is a greater relationship between placing the doctor at a distance 1 (in contact) with greater survival.

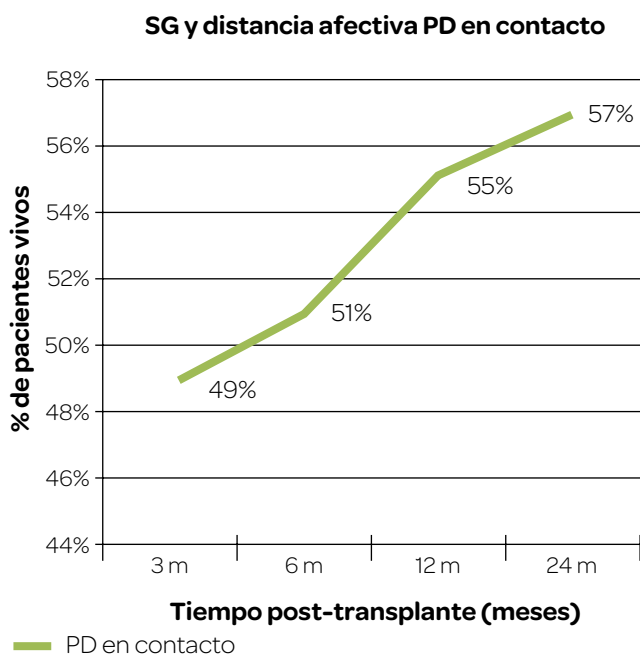


Illustration 2. SG and affective distance PD “in contact” (1)

DISCUSSION

Patient-Doctor affective distance as predictive of

post-transplant survival

The objective was to evaluate the relationship between Patient-Doctor affective distances of patients before transplantation and post-transplant survival. For this, we have administered the Affective Distances Test, which measures based on the projection on a spatial distance of an intrapsychic experience of emotional distance.

We evaluated patient-doctor affective distances and analyzed their association with post-transplant survival. Recent research carried out through the Affective Distances Test has associated different affective distances to different degrees of response to treatment in patients with chronic skin diseases (Ulnik et al, 2014). And we think that these results can be applied to patients in the process of hematopoietic transplantation.

Taking the classification of Hall, whose discipline measures the spatial configurations of human beings in terms of distance, **the doctor would belong to the group of “social distance”,** which is the interpersonal distance that an individual uses to be in contact with those of his group when there is no friendship relationship.

Bearing in mind that **attachment behavior is the search for proximity to beings that are considered protective, distance configurations, thought more as affective than physical, can be modified in certain circumstances** (Ulnik, 2004).

We think that in **patients with serious illnesses that endanger physical and emotional integrity and who need close care, the distances with respect to the doctor would be modified and the doctor would become part of the group of people located at “intimate distance” from the patient.** Intimate distance is the closest, which we establish with the family, and in which communication is also made with the look, touch and sound (Hall, 1963). And therefore, **the relationship with the doctor at this time would occupy a privileged place, which in our opinion would condition much of the patient’s well-being, as well as evolutionary aspects of the transplant.**

Our **hypothesis** in this section of the study was that patients with closer emotional distances for the **patient-doctor relationship will have greater post-transplant survival.**

We understand that an adequate relationship with the doctor favors the therapeutic process. And we believe that it is possible to know some aspects of the patient’s relationship with the doctor thanks to the measurement of the patient-doctor affective distance since what is observed in the clinic with regard to the patient-medical relationship (Ulnik, 2014).

And in this study, **patients who placed the doctor at closer distances (in contact) survived more than patients who placed him at greater distances (no contact).** This trend was appreciated from 12 months post-transplant and significantly associated with survival 24 months post-transplant.

So we can identify 1, that is, put the doctor in contact with the patient before transplant, as a protective factor related to survival at 24 months post-transplant.

This result constitutes a very valuable clinical finding that closely **links the patient-doctor relationship to the evolution of the transplant** and in it we identify two fundamental questions that clarify the results:

- A question is **the doctor** himself, his type of answers and the way he has to approach the patient. They are factors that would have more to do with current aspects of the relationship with the doctor, which have a lot of weight in the way in which the patient lives that relationship in terms of **accessibility-closeness** of the doctor. In this approach to thinking, some studies have identified aspects in the doctor valued as positive by patients, such as talking directly about the problem and stimulating the patient's autonomy for decisions about their illness (Dermatis et al, 1991). These elements could make important differences in basic aspects derived from the relationship with the doctor, such as attendance at consultations, adherence to treatment and even basic confidence in the good outcome of the hematopoietic transplant process.
- A second question, related to the **patient**, has to do with the theorization that Bowlby proposed about the active internal models of the self and how the first relationships provide prototypes for all subsequent relationships. That is to say, that the patterns in the relationship that a person has had in their childhood determines important aspects of their psychic organization in relation to the bonds of attachment. As well as in the strategies that he chooses unconsciously in relation to others, particularly in intimate bonds. According to Marrone, it consists in

internalizing a relationship and its externalization in the present (Marrone, 2001).

Therefore, **the patient will establish a relationship with the doctor in a similar way to the rest of the relationships and as it was in the first links.** In addition, in this case **the type of link will be given more clearly, since the figure of the doctor in these patients serious takes the place of an intimate bond.** Therefore, the relationship with the doctor, now lived as intimate by the patient, would facilitate the **reediton linking with parental imagoes.**

The trace of what is linked in the objective relationship is appreciated: all doctors are not equal, but patients in a close and continuous relationship deposit part of their parental imagoes and their linking dynamics (what Bowlby calls "model internal working").

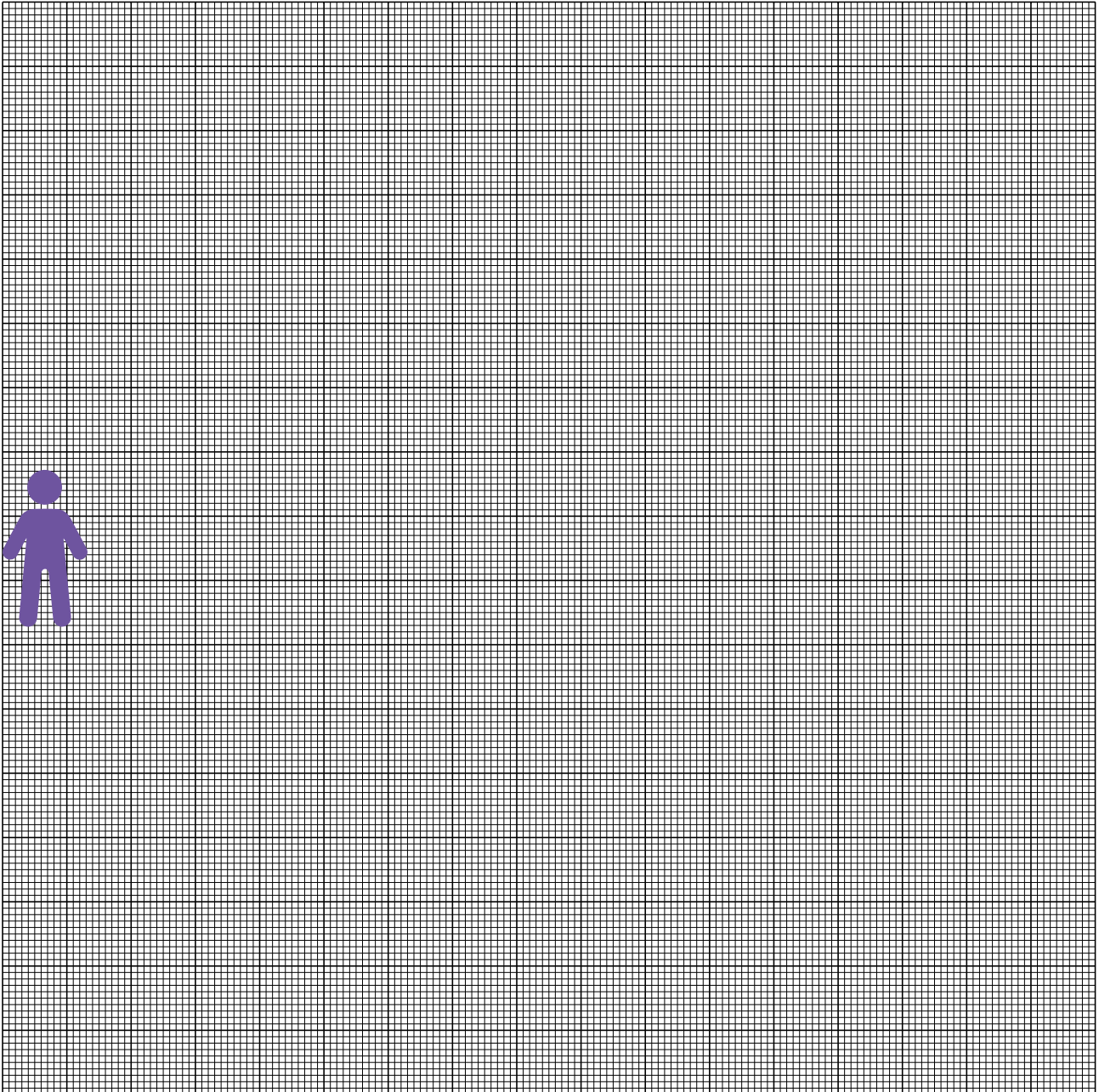
CONCLUSSION

We conclude that: **Placing the doctor as close as possible constitutes a protective factor of survival 2 years after transplantation.** These patients have placed the doctor as a source of safety. This **source of safety is the primary function of attachment relationships, especially in situations that cause fear or anxiety.** A child actively seeks contact with his caregiver during episodes of reunion and uses it effectively as a source of comfort.

For this reason, we consider that **for a patient at risk of death, the doctor occupies a more than nearby place, occupying the position of source of security needed to feel protected, confident, and able to survive the process of transplant and disease.**

Annex

Test of Affective Distances and self-adhesive doll



Fear, the other face of elite sport

María Fernández Ostolaza

SUMMARY

This paper considers some observations about fears in the competitive sports world. Elite athletes face a large amount of pressure, being put into competitive situations; but it should be noted that many of these fears derive from psychical reasons and not sports-related causes necessarily.

Very different types of fears can be seen among different patients. These fears vary due to the diverse life experiences that individuals have been exposed to. Joyce McDougall analysed in *The Dead Father: On Early Psychic Trauma and its Relation to Disturbance in Sexual Identity and in Creative Activity* mental blocks in a patient who was a writer; we can see similar issues in other environments, such as the domain of sports.

Until now, psychoanalysis has not been overly concerned with the mental condition of athletes; as sports have been classically thought to be non-intellectual professions. Yet, an individuals' phobias are expressed within their immediate life, and therefore, the phobias of athletes manifest while they are participating in sports activities. For example, we will see the case of a young athlete after the strain of a traumatic immigration process.

1.

I am going to talk about psychoanalysis and sport. I have been involved in athletics my entire life. I have attended European and world championships as a gymnast and also the Olympic Games as a coach. After my athletic career my experience as a coach drove me to study psychology. I had so many deep questions about everything from retirement to injury to performance that I could not answer by myself.

There are few psychoanalytic articles about sport, but notably the first one was written by Helen Deutsch in 1926. In any case, why hasn't the field of psychoanalysis been interested in sport?

I think that psychoanalysis is very important in the athletic environment. In fact it's not only important but necessary –we need psychoanalysis. The athletic environment is full of dreams. Different people have varied desires; coaches,

parents, spectators,... A psychoanalyst knows that when we have a lot of wishes put together, it can be as fantastic as it is crazy. When we have all of these dreams mixed together we have to introduce thoughts to balance the feelings. Maybe in the distant past, –I am not sure– an athletic environment could have been a very good field to sublimate human aggression, like a chess game. Unfortunately, nowadays, it is not always so. Psychoanalysis is as necessary in athletics as it is in other domains.

Additionally, as psychoanalysts we shouldn't forget our subject matter; it is not to win gold medals, it is the study of the unconscious.

I have spent some years collaborating with The Spanish Athletics Council, where I coordinate two programs; the program of Retirement from Sport and the program of Protection of the Elite Minor Athlete. These two programs allow me to be in touch with different generations of elite athletes from the veterans to the youngest, and also with the different agents of the athlete's life; coaches, parents, teachers, doctors. Fortunately, many of them want to collaborate with us in our prevention goals. We work in groups, analyzing different elements of the athletic system, trying to understand better the relation between the athlete and the setting, but without forgetting that the best way to study the unconscious of the human is to get into his psyche reality. Thanks to these two programs I have heard some very interesting life stories that may be worth sharing with you today.

2.

In the opening lecture of the 2016 International Meeting of the IFPS in New York, we could have listened to an amazing interview with Mimi Lipson, a young American writer. I want to recall a couple of details. Mimi's parents tried to help the families that had migrated to Boston from Russia. Mimi told us about Tamerlán Tsarnayev, an adolescent who liked boxing, but who never joined the American Olympic Team. Although he had talent and he had won competitions, he never got the necessary immigration status to be able to participate in the Olympic Games. After undergoing a process of radicalization, Tamerlan sadly decided to involve himself in a different sporting event: he planned and executed the Boston

Marathon terrorist attack in 2013.

When I listened to that story I was reminded of some of the patients with whom I was working. They experienced difficulties but finally ended up with a better fate. It was in that moment that I decided to start working on this paper.

3.

If we want to speak about fear and sport, we have to get rid of the naive belief that athletes are braver than others. I don't think so. I have often found that their defenses are very well organized.

Frequently, I explain to the athlete that generally speaking, there are three chronological periods in our competitive careers; The first is characterized by an increase in unconscious performance; in the second period, performance hits a mental roadblock and then the athlete consults us; finally, after work on oneself, we see a high level of performance, now with a conscious understanding.

There are a lot of fears that involve athletes; the distinctive fears of development that all humans encounter, the fears from their psyche realities, inherited fears from their families, and also the fears of competition specific to sport. We shouldn't mix them up, but it is difficult not to. As writers express their fears in their novels, and painters in their paintings, athletes also reveal their fears in their performance. I have treated an athlete who believed he was afraid of doing a move within a competition when in fact the fear was to face his grandfather's death. Another patient had to consider many cultural fears, which originated in her father's ancestral thinking. I have treated such athletes, and also coaches and international judges or referees who had clinical anxiety in competition. In any case, one of the most frequent fears I've seen among athletes is the fear to lose their place in the ideal.

4.

I am going to tell you about Rachel's story. Rachel was an athlete who came to Spain when she was three years old. She came with her parents and her brother, leaving the rest of the family behind. She, only she, had gotten the Spanish Nationality, because she was an elite athlete. Rachel had a great talent, but she had been operated on five times in four years for different accidents while she was training or competing. She comes from a country with a great tradition in her sport. In the beginning her family had many economic difficulties, but they worked very hard and Rachel was able to be trained in the best Sports Club of Madrid. She was selected for the National Team really quickly.

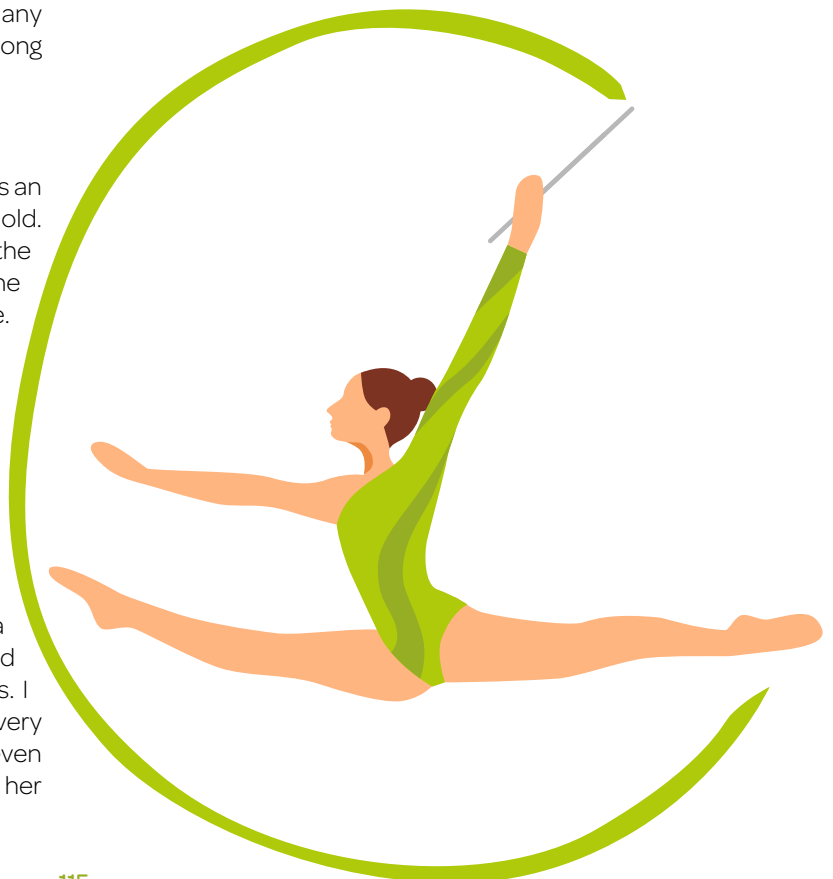
On the other hand, she didn't believe I could be a good confidant because she didn't think that I would be able to understand her and to offer useful words. I was referred by her coach. Our first sessions were very difficult and we couldn't work together then. After seven weeks she called me again --nowadays I think with her

own demands-- because she had found a very good reason to work with me. She had begun a relationship with a boy who she loved a lot, but not everything was going well. After that moment and during two years, our work was possible thanks to her love story. She didn't like to talk to me about sport, nor the possibility of giving up the sport, nor about the Olympic Games where she would never go. But through the story of her boyfriend we would talk about her impulsiveness, her frustration, her desires -- desires which were different from those of others.

5.

When I work on a case like this usually I observe the parent's attitude about effort and sacrifice, because in sport it is very important to make a distinction between the two. In my opinion to make an effort requires one to put energy into a single goal, while sacrifice means to reject other things in favor of sport, other things that the athlete would also want. That being said, we can observe three possible attitudes from the parents:

- First the parents who say: *"Our daughter makes a major effort like us, like the members of this family; we are the type of family that works very hard"*.
- Second, the parents that say: *"Our daughter makes an extraordinary Effort; we are very proud. She makes us better, more unique. She adds character to our family". The prestige of having raised a great athlete makes them feel complete.*
- The third type, the parents who say: *"We don't understand how our daughter can do this level of work, we couldn't, so*



we feel a little guilty about that. Sport is very demanding and competitive. Sports are too exhausting."

So, we conclude that the family will be affected when the athlete wants to give up the sport, and this effect will be of critical importance in her own mind. These three types of ideas can lead to different processes of mourning. Certain parents can identify their losses and then distinguish between them and those of their daughter. That type of attitude makes it easier to decide whether or not to leave the sport – it makes the decision legitimate.

But, unfortunately, we know there are some families going through a very difficult process of mourning, for example, the grief of immigrants who have left their country of origin. We can see some cases where the retirement of sport could also be the end of the substitute identity which has held the family in an acceptable place in the social hierarchy. When the daughter leaves the sport and the rest of the family loses the status, it seems that the arrival to the national team represents, aside from winning titles and victories, their ticket into the territory and pathway to citizen rights. We can't forget that when the athlete arrives to the National Team they start the process TO gain citizenship. The retirement can reactivate the pain of grief caused by the loss of the country of origin.

Working with athletes, a group of people that constantly lives on the edge of winning or losing, it is very necessary to offer the option to talk about losses, both, Without a doubt offering this option makes the grief easier.

I am going to return to Rachel's story for a moment. For a long time she couldn't say a word about her retirement. I could see that her sport didn't interest her at all: neither her recovery nor competitions. Freud said symptom was the best compromising solution— Injury is frequently a

neurotic symptom in athletes, and in this case relapses and her slow recuperation were a sign of that.

In fact, she wanted to gain the needed time to break away from her family, to separate her new life from her family'S desires. As soon as she could conquer love which is obviously a personal conquest, then she could start to talk about losses: her own losses, but also familial losses.

6.

Finally, I would like to present another small clinical vignette. It is about Nico a teenager who arrived to the National Team as a minor, and who also left his country of origin when HE was a child. But there are some differences: Nico didn't know anything about the country he was born in, because he associated it with his stepfather, a violent person who Nico detested. Nico never met his biological father. Nico's mother, whom Nico adored, almost never talked about him, but Nico never protested.

In the beginning, I met Nico working in a group. While one year I could see how Nico suffered, but again I had to wait.

Curiously, Nico asked me to help because he was falling in love with a girl who lived far away from him, and Nico couldn't handle the separation every weekend. But at the same time he couldn't face with courage the athletic competition. Those two issues made him feel weak.

Thinking about these two cases we can conclude that adolescents don't ask for help from adults, they don't consider that possibility -- and much less if we are talking teenage athletes. ¿Why? Because the ideal image of an athlete is the image of a strong person, brave, who is able to do everything, a role model. So if we want to help them we have to stay there, patiently, ready to take the opportunity, and, over all, ready to listen to their demands. We should listen to each one.

As we have seen, the fear to lose the ideal is associated with the fear of speaking. Well, talking about the fear of speaking I have remembered a poem from León Felipe, a great Spanish writer from the early 20th Century. I am going to finish this paper with a free translation of that short poem:

*I don't know much, that's true.
I speak only of what I've seen.
And I've seen:
tales, rocking the cradle of man,
tales, drowning the anguished cries of man,
tales, stanching the weeping of man,
tales, burying the bones of man, and the fear of man...
creating all the tales.
I don't know much, that is true,
but all the tales have brought me sleep...
and I know all the tales.*

Traducción del poema: Marcelo Mareque

Referencias bibliográficas:

León Felipe, Parábola y poesía (1944), en Nueva antología rota, Madrid, Akal, 1990, p. 167.

María Fernández Ostolaza: University Degree in History and Psychology. Masters in Theory of Culture and Psychoanalysis (Universidad Complutense de Madrid). Psychoanalyst at the Centro Psicoanalítico de Madrid.

Works as a psychotherapist, combining her private practice with consulting work for different organizations. She is in charge of the psychology area of the Programa de Atención al Deportista, of the Consejo Superior de Deportes, in Spain. There she coordinates the program of Retirement from Sport and also the program of Protection to the Elite Youth Athlete.

She was an elite athlete herself and National Coach of the Spanish Rhythmic Gymnastics Olympic Team. 🌟



Centro Psicoanalítico de Madrid

El C.P.M. es una Asociación Científica, sin carácter lucrativo, con orientación psicoanalítica y postura abierta a todas las tendencias psicoanalíticas.

O'Donnell, 22 escalera A 1º izda.
28009 Madrid (España)
+34 914 480 874
contacto@centropsicoanaliticomadrid.com

ISSN: 1989-3566

Año: 2019

Editor: Esteban Ferrández Miralles.

En ningún caso, el consejo de redacción de la revista, los editores encargados o coordinadores, o el propio Centro Psicoanalítico de Madrid, se harán responsables de las opiniones publicadas vertidas por los autores. A su vez, cualquier material gráfico, referencias a otras publicaciones, reseñas bibliográficas o texto de otros autores, etc. serán responsabilidad únicamente del autor, así como el pago de los derechos de copyright. El Centro Psicoanalítico en ningún caso tendrá responsabilidad alguna acerca del material publicado, mencionado anteriormente.

Diseño: elzielo.com - Esta revista ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com.