



Universidad Nacional  
de La Matanza  
Escuela de Posgrado



Asociación  
Escuela Argentina  
de Psicoterapia  
para Graduados

**TESIS DE  
MAESTRIA EN PSICOANALISIS**

***“Depresiones y Trastornos Narcisistas”***

Autor: *Lic. Lorena Piñeiro*

Director: *Mag. Teresita Bó*

Co director: *Lic. Emma Realini de Granero*

*Buenos Aires, marzo de 2011*

## Agradecimientos

A Emma, por su guía, aportes y continuo acompañamiento desde el inicio de este proyecto y durante este largo tiempo de proceso de tesis.

A Teresita, por su transmisión, interés y aliento, y porque, su incorporación fue decisiva para poder concretarlo.

A Javi, mi compañero de la vida, que con su amor y apoyo constante me ayudó a llegar a este momento. Además de aportar su pericia informática y acudir en mi auxilio en mis cotidianas batallas con la computadora.

A mis colegas, familia y amigos, que de una manera u otra me acompañaron e incentivaron a concluir este trabajo.



## Índice

<i>Capítulo 1: Introducción y Estrategias Metodológicas</i> .....	7
Presentación del tema .....	7
Relevancia y Propósitos: .....	9
Definición de problemas e hipótesis .....	10
Problema de Investigación Científica .....	10
Hipótesis.....	11
Objetivos.....	11
Tipo de diseño .....	11
<i>Capítulo 2: Marco teórico</i> .....	13
Las Depresiones .....	13
Los Trastornos Narcisistas.....	17
La Eficacia Terapéutica .....	24
Tiempos acotados.....	28
Definiciones teóricas de las unidades de análisis: Los Indicadores Clínicos	39
<i>Capítulo 3: Desarrollo del trabajo de campo</i> .....	77
A. Entrevistas iniciales .....	77
B. El tratamiento.....	99
<i>Capítulo 4: Conclusiones</i> .....	115
Sobre Ejes y Objetivos.....	115
Comentarios Finales.....	123
<i>Bibliografía</i> .....	127

## *Capítulo 1: Introducción y Estrategias Metodológicas*

### **Presentación del tema**

Mi interés en el tema de las depresiones surge a partir del trabajo clínico realizado en el marco hospitalario por consultorios externos, cuando realizaba la concurrencia en un servicio de psicopatología en el equipo de adultos de un hospital general de agudos.

Me motiva el hecho de encontrar puntos de apoyo que permitan mejorar la atención de los pacientes en estos ámbitos. Es así que la propuesta de este trabajo consiste en buscar un modelo de abordaje lo más eficaz posible para la persona y factible de ser realizado con las variables institucionales en juego; las cuales muchas veces resultan facilitadores y otras, operan como resistencias al trabajo.

En el servicio, era llamativo el gran número de pacientes que consultaban por sentirse deprimidos. Luego de un tiempo, comencé a hacerme preguntas, especialmente en referencia a la diversidad de resultados terapéuticos alcanzados con pacientes que presentaban estados depresivos muy similares en el momento de la consulta, así como ciertas semejanzas en su constitución familiar. En algunos pacientes, luego de un determinado tiempo de tratamiento se produjeron elaboraciones de circunstancias vitales, lo que condujo a algunos cambios subjetivos; por ejemplo un posicionamiento distinto en relación a los otros significativos de la vida del paciente. En otros, sólo se llegó a un reequilibrio de las defensas en juego. Si bien es probable que esto esté asociado a las diferentes estructuras de la personalidad, las similitudes sintomáticas e históricas de los pacientes me llevaron a investigar, en un caso particular, la evolución del proceso terapéutico para comprender cuáles son las variables del tratamiento y del paciente que participan para que se produzcan las mejoras psicodinámicas de la personalidad.



Mi intención en el presente trabajo es investigar el grado de eficacia de un tratamiento psicoterapéutico en un caso de trastorno narcisista afectado por un estado depresivo.

Cuando un paciente con un cuadro de trastorno narcisista es afectado por una pérdida, pareciera que le es imposible hacerle frente a esta problemática y el proceso de duelo correspondiente queda detenido y coagulado, lo cual, puede conducir a una depresión.

El material clínico que tomo como caso de análisis corresponde a una paciente que se encontraba deprimida al momento de la consulta y que fue clasificada como un trastorno narcisista.

Luego de realizarse este diagnóstico comenzó el tratamiento psicoterapéutico conmigo en el hospital público, durante de nueve meses. Este no era su primer episodio depresivo. Se le suministró la escala de Depresión de Hamilton en el momento de la consulta y al final del proceso. Además de la psicoterapia fue medicada por otro profesional (psiquiatra), quien estuvo a cargo del tratamiento psicofarmacológico.

Para comprender las características del cuadro mencionado es pertinente aclarar que *por estado depresivo entendemos tanto el cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, entre otros; como al estado afectivo de la tristeza*. De esta manera está conformada la presentación fenomenológica del paciente deprimido.

Más allá de las conceptualizaciones desarrolladas por la psiquiatría, en este trabajo describiré la situación psicodinámica e intrapsíquica del cuadro depresivo desde el marco psicoanalítico.

Parto de la idea de que para que se produzca una depresión es necesario que haya una pérdida de algún tipo en la vida del sujeto. Cuando esta pérdida no se

puede tramitar, por determinadas cuestiones que desarrollaré en este trabajo, desemboca junto con otros factores en un estado depresivo.

Freud (*Duelo y Melancolía*, 1915) definió al duelo como la reacción frente a la pérdida de objeto, contiene un talante dolido, pérdida de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto e inhibición, entre otras características.

Es importante resaltar que el duelo es un proceso completamente normal. Sólo se torna patológico cuando se extiende más allá de los tiempos estimados o cuando su proceso se ve obstaculizado por algún conflicto no resuelto. Freud lo diferencia de la melancolía por encontrar en ella -además de las características del duelo- la rebaja del sentimiento de sí y ubicar allí una pérdida de objeto sustraída de la conciencia. Caracteriza a la melancolía como patológica en sí misma ya que abarca y limita al yo en su conjunto.

Sin embargo, en la clínica nos encontramos con una gran cantidad de pacientes que no son melancólicos, pero que tampoco pueden atravesar el proceso que el duelo conlleva. Están detenidos en este proceso y no pueden salir de la pérdida. Entre la melancolía y el duelo normal hay una amplia gama de afecciones donde encontramos comprometida la vida del sujeto en mayor o menor medida. Estos cuadros depresivos son los que me propongo trabajar.

### ***Relevancia y Propósitos:***

Al evaluar al paciente teniendo en cuenta las dificultades que presentan las patologías descritas anteriormente y las limitaciones institucionales, se podrían precisar mejor los objetivos posibles del tratamiento.

A partir del análisis de determinados elementos clínicos que se repiten en estos casos, se podrían proponer ciertos tipos de intervenciones que permitieran un mejor abordaje de estas patologías y un desarrollo más exitoso del proceso terapéutico.



También, resultaría conveniente estudiar la posibilidad de realizarlo en tiempos acotados, condición necesaria en las instituciones de salud, ya que, si bien el presente trabajo está basado en un caso atendido en una institución pública de salud mental, es de amplio conocimiento el hecho de que también en las instituciones privadas y mixtas (obras sociales) los tiempos de tratamiento son restringidos, ya sea en términos de duración de cada sesión como del proceso terapéutico en su conjunto.

### ***Definición de problemas e hipótesis***

Las ideas teóricas y la experiencia clínica de los autores abordados en el marco teórico me han guiado y motivado a pensar, a leer y trabajar con estados depresivos y trastornos narcisistas e intentar plantear un abordaje posible en las condiciones de tratamiento requeridas por la mayoría de las instituciones de salud.

Los interrogantes que se constituyen en punto de partida de este trabajo son:

¿Cómo afecta el acontecimiento de una pérdida a las personas que padecen trastornos narcisistas?

¿En qué medida resultan eficaces los tratamientos psicoanalíticos en los casos de trastorno narcisista y depresión?

¿Cómo inciden en el proceso psicoterapéutico de estas patologías los tiempos acotados de tratamiento como práctica dominante en las instituciones públicas/mixtas?

### ***Problema de Investigación Científica***

¿Cómo encontrar elementos clínicos comunes que nos permitan un mejor abordaje del proceso terapéutico realizado en las instituciones en los cuadros de depresiones que se presentan en una personalidad narcisista?

### **Hipótesis**

En los tratamientos de depresiones que se presentan en una personalidad narcisista llevados a cabo en las condiciones propuestas por el marco hospitalario, se obtendrían logros parciales que darían cuenta de que encontramos eficacia terapéutica aún cuando el sujeto no haya logrado todas las modificaciones que supondrían un cambio de la posición subjetiva en juego. Para lograr dicha eficacia sería necesario introducir ciertas modificaciones en el dispositivo psicoanalítico, a saber: mayor flexibilización del encuadre, una actitud más activa por parte del terapeuta y el desarrollo de algunos indicadores clínicos que nos permitan un abordaje más dinámico del paciente.

### **Objetivos**

- Dar cuenta de ejes de análisis que permitan evaluar la eficacia terapéutica en los tratamientos.
- Evaluar los resultados alcanzados en los tratamientos dentro de las condiciones propuestas por el marco institucional, teniendo en cuenta los tiempos acotados de los mismos.

### **Tipo de diseño**

Privilegiando una estrategia cualitativa, la tarea de indagación empírica se desarrolla a través del estudio de un caso, utilizando como fuente primaria los registros escritos de las sesiones de una paciente, en el Hospital I. Pirovano durante 9 meses que trascurrieron entre los años 2003 y 2004 a razón de una sesión semanal.



El estudio de caso ordena el abordaje empírico de un fenómeno contemporáneo particular dentro de su contexto real, ya que permite utilizar múltiples recursos y evidencias (Robson, 2002). El caso -interpretado en un sentido amplio- puede referirse a una persona en particular, a un grupo, a una comunidad ú organización, siempre considerada en su contexto físico y social. Al seleccionarlo se está señalando que por alguna razón ese 'caso' (unidad empírica) resulta ejemplar para el tipo de análisis y eventual generalización que se vaya a proponer a partir de su estudio en profundidad. Claro que se trata de una generalización teórica (no empírica) puesto que en su desenvolvimiento real cada caso es particular. La ventaja radica en que un mejor conocimiento del caso nos permitirá profundizar en el conocimiento del tema o problema en cuestión.

El procesamiento del material seguirá las pautas del análisis de contenido de acuerdo a la perspectiva teórica adoptada tanto en el plano del diagnóstico como de la intervención terapéutica. El caso ha sido elegido de acuerdo a la sintomatología presentada por la paciente, el diagnóstico presuntivo y las pérdidas acontecidas, lo cual nos permitirá profundizar en las temáticas a investigar.



## Capítulo 2: Marco teórico

### **Las Depresiones**

Comenzaremos describiendo las ideas principales del texto de S. Freud en "Duelo y melancolía", punto de partida de varias de mis preguntas y supuestos clínicos.

Allí define al duelo como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces." (Freud, 1915) Si bien el duelo trae aparejado varias desviaciones en la conducta del sujeto que lo atraviesa, no lo consideramos patológico. Necesita cierto tiempo y es inoportuno perturbar su proceso. Por otro lado, Freud asegura, que en algunas personas en lugar de duelo se observa melancolía.

En ambos encontramos en lo anímico un talante dolido, una profunda desazón, una cancelación del interés por el mundo exterior (en todo lo que no recuerde al muerto), la pérdida de la capacidad de amar y la de escoger algún nuevo objeto, así como la inhibición de la actividad productiva.

Por su parte en la melancolía se agrega un elemento importante y que lo distingue del duelo: una rebaja en el sentimiento de sí, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones permanentes, con una consecuente expectativa de castigo.

Freud describe el trabajo del duelo de la siguiente manera: cuando el examen de realidad muestra que el objeto amado no existe más es necesario quitar toda la libido de ese objeto, pero surge una renuencia a hacerlo. La renuencia puede ser tan intensa que se produzca una psicosis alucinatoria para retener al objeto. Sin embargo, lo normal es que predomine el acatamiento de la realidad. Este trabajo, dice Freud, se ejecuta "pieza por pieza" y conlleva un gran gasto

de tiempo y energía. Una vez cumplido, el yo se vuelve otra vez desinhibido y libre para catectizar nuevos objetos.

Cabe destacar que este arduo proceso sólo puede cumplirse con un aparato psíquico bien constituido. Aquí nos encontramos en el campo de la neurosis, donde habría una buena conformación del narcisismo, un atravesamiento por el Complejo de Edipo más o menos exitoso, elecciones objetales de tipo anaclítico, y la constitución del superyó en su doble acepción de censorador y fijador de ideales.

En la melancolía también encontramos muchas veces una pérdida de objeto, pero en otras, con gran frecuencia, hay una pérdida de naturaleza más ideal. No queda claro qué es lo que se perdió, incluso tampoco para el enfermo. Sabe a quién perdió pero no lo que perdió en él. Por lo tanto aquí habría una pérdida sustraída de la conciencia. Otro rasgo diferencial con el duelo, donde la pérdida es totalmente conciente.

En el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en cambio en la melancolía eso le ocurre al yo. El enfermo describe a su yo como indigno, despreciable, se hace reproches, se denigra, y espera repulsión y castigo. La melancolía es un delirio de insignificancia, que se completa con insomnio, inapetencia y un desfallecimiento de la pulsión que compele a la vida. Una característica notable es la falta del sentimiento de vergüenza en presencia de otros.

Pero si se presta atención, se puede ver que las críticas se ajustan muy poco a su propia persona. Más bien se ajustan a personas que ama o ha amado. No se avergüenzan, porque lo que dicen de sí mismos, en realidad lo dicen de otro.

Freud describe el proceso de la siguiente manera: hubo una elección de objeto y una afrenta o desengaño de parte de la persona amada. En lugar de desinvertir el objeto y desplazar la libido a uno nuevo, la libido se retira sobre el yo. Allí la misma, sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto



resignado. "La sombra del objeto cayó sobre el yo..."<sup>1</sup>, quien en lo sucesivo será juzgado por una instancia particular como el objeto abandonado. Así en la melancolía, la pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo. Esta instancia censora aquí es definida como conciencia moral, años más tarde el autor la denominará superyó.

Encontramos en la melancolía por un lado una fuerte fijación al objeto de amor y por otro, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Parece ser condición que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal modo que si la investidura de objeto tropieza con dificultades regresa al narcisismo. Es importante resaltar que la identificación es la etapa previa de la elección de objeto, es el primer modo como el yo distingue a su objeto y es ambivalente en su expresión. En la melancolía la relación con el objeto no es simple, sino que la complica el conflicto de ambivalencia.

"Si el amor por el objeto, ese amor que no puede resignarse al par que el objeto mismo es resignado, se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica."<sup>2</sup> Este sadismo nos explica la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan peligrosa. El yo sólo puede darse muerte si por el retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto y dirigir contra sí mismo la hostilidad que recae sobre un objeto.

Freud describe la tendencia de la melancolía a volverse del revés en la manía, estado que presenta los síntomas contrarios. Muchas veces hay recidivas periódicas de una y otra. Sin embargo no tomaré para este trabajo estos estados sino que me centraré en los que no se advierte tonalidad alguna de manía.

<sup>1</sup> Freud, S. Tomo XIV: Duelo y melancolía, Pág. 242

<sup>2</sup> Freud, S. Tomo XIV: Duelo y melancolía, Pág. 248

Una hipótesis que ha guiado mi trabajo es la relación propuesta por Hugo Bleichmar (*Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*, 1997) donde sostiene que la pérdida de objeto es la condición de la depresión y la imposibilidad de la realización de un deseo, su esencia. La verdadera pérdida de objeto requiere, que junto a la persistencia del deseo por el objeto se lo represente como inalcanzable.

Este sentimiento de impotencia también abarca al futuro, surgiendo así un sentimiento de desesperanza y tristeza. Como consecuencia aparece la desactivación de movimientos tendientes al objeto de deseo, que pueden llegar a la abulia e inhibición psicomotriz.

Esta insatisfacible carga de anhelo es un estado afectivo integrado por dos componentes: uno ideativo, se representa al deseo dirigido al objeto como no realizable; y uno afectivo: surge un sentimiento doloroso, el afecto depresivo.

El sentimiento de que un deseo que ocupa un lugar central en la vida del sujeto es irrealizable es lo que encontramos en todas las depresiones. El deseo puede variar en su temática: deseos de satisfacción pulsional y de disminución de tensión física y mental; deseos de apego; deseos relacionados con el bienestar del objeto (donde seguramente habrá un predominio de la culpa) y deseos narcisistas.

En cuanto a éstos últimos, H. Bleichmar dice: "*Deseos narcisistas: de reconocimiento y valoración, de que el otro convalide el exhibicionismo grandioso del sujeto, de fusión con el objeto idealizado, de triunfo edípico sobre el objeto, etc. Deseos narcisistas que van desde el orgullo de sentir que dominan los propios impulsos, las emociones, el funcionamiento mental, el medio circundante, o de ser amado o apreciado, etc., hasta aquellos que caracterizan las formas patológicas del narcisismo: ser un self ideal de perfección física, mental o moral, recibir admiración incondicional, tener control omnipotente sobre uno mismo o los objetos. La no realización de este tipo de*



*deseos narcisistas da lugar a depresiones en que predomina el sufrimiento narcisista.”<sup>3</sup>*

Este autor plantea que ante toda persona depresiva debemos formularnos una serie de preguntas:

- ¿El deseo es irrealizable por las cualidades del deseo? ¿Por constituir un deseo cuya meta es excesivamente elevada en relación a las posibilidades del sujeto?
- ¿El deseo es irrealizable por ciertas características del sujeto?
- ¿Lo es por fijación a situaciones del pasado o lo es por una realidad actual que resulta apabullante?
- ¿Por qué no puede reemplazarse por otro?

El autor sostiene que es por la articulación de elementos diversos y de sucesivas transformaciones que se llega al estado depresivo. Menciona varios caminos que pueden desembocar en depresión y que darán lugar a diferentes tipos de depresiones. Entre ellos se encuentran: la agresividad, la culpa, los trastornos narcisistas, las angustias persecutorias, la identificación con padres depresivos o la identificación con la imagen que el otro tiene de ella, los déficit yoicos y la realidad exterior traumática cuando resulta apabullante.

El autor afirma que para desmontar un trastorno depresivo es necesario saber cómo se relacionan las unidades que lo componen y conocer los factores que siguen sosteniendo su funcionamiento en la actualidad.

### **Los Trastornos Narcisistas**

Para poder realizar el estudio de los casos mencionados, será necesario también hacer una descripción del concepto de Trastorno Narcisista. Concepto o diagnóstico con el que acuerdo plenamente, ya que me ha permitido arrojar

---

<sup>3</sup> Bleichmar, H.: Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Cap. I, Pág. 37

alguna luz sobre cuestiones clínicas muy complejas, e inabordables en mi opinión, desde otras teorías.

Que alguien se tome a sí mismo como objeto de amor, viendo en sí un ideal, es lo que forma el núcleo de la caracterización del narcisismo. En Freud la elección narcisista de objeto abarca la elección que se ha realizado a imagen y semejanza del yo; así como la que se ha realizado para elevar la autoestima, la vivencia de perfección.

H. Bleichmar (*Bleichmar, 1997*) sostiene que en el narcisismo hay dos órdenes de problemas: uno es la relación entre el yo y el objeto, relación de semejanza o diferencia (el yo del narcisismo involucra necesariamente al objeto); y el otro el de la vivencia de perfección, de completud, de hiperestimación de sí mismo.

La caída de la hiperestimación narcisista, ya sea por pérdida del objeto elegido narcisísticamente o por pérdida del yo en tanto ideal, es capaz de producir depresión.

La representación valorativa de sí mismo es construida en la intersubjetividad. La identidad se construye a través de la dialéctica compleja de la doble acepción de la identificación con la imagen del otro.

La construcción de la representación que el sujeto se hace de sí mismo (yo representación) integra elementos valorativos. Los atributos del yo representación que se ubican en el extremo de máxima valoración conforman un yo ideal. Recíprocamente el negativo del yo ideal se caracteriza por estar ubicado en el lugar de menor valoración. Es así que el sujeto se puede identificar como uno u otro y esas identificaciones dan lugar a una serie de posibles combinatorias.

Para que el apartamiento de la identificación con el yo ideal implique la caída en la identificación con el negativo del yo ideal se requieren dos condiciones: que se funcione con la lógica binaria de las dos posiciones y que se funcione



con la lógica del rasgo único prevalente, rasgo que asume el valor total y elimina el examen de la valoración de los otros rasgos.

Si se produce el colapso narcisista es porque el yo ideal pudo constituirse y el sujeto pudo identificarse con él en algún momento.

En las personalidades narcisistas todo está centrado en la preocupación por la valoración, por la autoestima. Las formas que asuman el narcisismo y las diferentes defensas frente a la tensión narcisista intervendrán en la génesis de los distintos cuadros psicopatológicos. La tensión narcisista pone en marcha el movimiento psíquico tendiente al reencuentro con la identificación con el yo ideal.

Las defensas específicas del narcisismo serán las del orden de las compensaciones, compensación en logros externos o exclusivamente en la fantasía. Otras modalidades bajo las cuales se puede salir de la tensión narcisista son las identificaciones imaginarias, el exhibicionismo, o la eliminación de la percatación de la ofensa narcisista.

Si las compensaciones o los diferentes mecanismos de defensa fracasan frente a la tensión narcisista, se produce el colapso narcisista, el cual es causa de la depresión narcisista.

En los trastornos narcisistas encontramos dos tipos de condiciones. La primera son los casos caracterizados por una baja autoestima o por la dificultad de mantener sostenidamente una imagen valorada del sujeto. En ellos se puede llegar a la depresión desde dos caminos: directamente, porque la pobre representación del sujeto hace sentir que es impotente e incapaz de alcanzar el objeto de deseo; así la depresión es crónica y forma parte de la personalidad. El segundo camino sería el indirecto, por las consecuencias que se derivan de las defensas puestas en juego. Un ejemplo de esto sería la inhibición para no exponerse; otro la agresividad para defenderse del sufrimiento narcisista.



El segundo grupo son las personalidades que despliegan su omnipotencia, grandiosidad, denigración del objeto y que logran mantener esa grandiosidad en base a fuertes mecanismos de escisión. Allí la depresión no es crónica sino que irrumpe cuando colapsa una grandiosidad que había servido para negar la realidad y las limitaciones personales. La depresión es consecuencia de los efectos del narcisismo destructivo sobre las relaciones interpersonales, la inserción en la realidad, o el cuidado de la propia persona.

B. Winograd (*Depresión: ¿Enfermedad o Crisis? Una perspectiva Psicoanalítica*, 2005) describe como específico del trastorno narcisista en la clínica, el sistema de significaciones desde las cuales se organiza la captación de cualquier cosa en la vida del sujeto. Todo es vivido en términos de valoración subjetiva, dentro de una escala comparativa de virtudes y defectos con respecto a modelos ideales o personajes de su entorno. Hay una autoevaluación permanente, que es el núcleo común de los trastornos narcisistas. Dentro de ello, encontraremos variantes según la autoestima esté aumentada o disminuida.

Es muy interesante y útil la descripción que realiza sobre el perfil de estos pacientes: son personas que tienen conflictos en el campo interpersonal, les es difícil captar lo propio de cada integrante de distintas parejas con las que interactúan. Son personas que presentan lo que se podría llamar “choques de distinto nivel en sus vínculos interpersonales.”

Se trata de personas con conflictos en el área de los valores e ideales. Tienen problemas de identidad, es decir que no están claramente ubicadas las diferencias entre los niveles infantiles y adultos. Tienen inconvenientes en el manejo de la agresión y de la conceptualización de la agresión. Sufren dificultades en situaciones de desprendimiento históricas y actuales.

Coincido con el autor en cuanto a las dificultades que estos pacientes presentan en el proceso analítico. Por ejemplo la discordancia entre los objetivos de los participantes de la dupla analítica. El tratamiento se tiene que

adaptar a lo que ellos definen como sus necesidades, por ejemplo, lo que ellos definen como una necesidad puede ser leído por el analista como calmar los conflictos y no concientizarlos.

Los pacientes con trastornos narcisistas tienen marcadas dificultades con el encuadre; una particular decodificación de la interpretación; chocan con la persona del terapeuta y no se adaptan muchas veces a su método sino que tienen permanentes confrontaciones con su persona y la característica de lo que se llama la variable personal real del analista.

Son pacientes que buscan en el tratamiento un reequilibrio de su autoestima perdida. Las interpretaciones no funcionan como un texto que concientiza un supuesto conflicto sino que muchas veces se toman en la forma y no en el contenido. Es necesario analizar la situación del paciente con su yo observador que suele estar invadido por los ideales.

Los contenidos de las problemáticas narcisistas, es decir, las representaciones del ideal y las representaciones de las aspiraciones vinculares, hablan de un tipo de funcionamiento y de representaciones que desbordan las representaciones pulsionales. Por lo tanto es imprescindible abordar la teoría de los procesos identificatorios, ya que será el articulador entre, por un lado, el concepto de narcisismo y la construcción de ideales y, por otro lado las problemáticas depresivas. Cuestiones que intentaré analizar en el proceso terapéutico del paciente presentado.

Es así que, en los cuadros de trastorno narcisista, la elección narcisista de objeto es la predominante y por lo tanto el otro forma parte del sí mismo. Esto hará que al producirse una pérdida sea más difícil elaborarla y sustituirla porque se enfrenta a una situación de orden más total que parcial y por ende hay una mayor pérdida en el yo.

Otra conceptualización interesante en relación al trastorno narcisista es la propuesta por Víctor Korman desarrolladas en el libro Testimonios de la Clínica



Psicoanalítica (2001) material de la cátedra de Clínica de Adultos, Cát. II de la Facultad de Psicología.

Allí Korman propone para este tipo de patologías, en las que incluye también otros tipos de trastornos, la denominación CIRRE: cuadros con insuficiente reorganización retroactiva edípica. Va a decir que esta manera de nombrar las patologías tiene la virtud de reflejar las bases metapsicológicas sobre las que se fundamenta la entidad.

Lo hace sobre los siguientes parámetros: la evaluación de los efectos que en la estructuración de la psique ha tenido el predominio relativo de una de las dos variedades de identificación primaria-incorporativa e introyectiva; las formas de resolución del desamparo originario y su incidencia en la constitución del narcisismo primario. Es decir que, las identificaciones primarias y narcisistas condicionarán a su vez el tránsito del sujeto por el complejo de Edipo y la consumación de las identificaciones secundarias que le son inherentes.

Propone además una serie de elementos que constituyen este cuadro, a saber:

Encontramos la presencia de un poliformismo defensivo, ya que no es solo la represión la que organiza la estructura psíquica. Cuando esto es así, nos encontramos con un aparato psíquico bien escindido entre inconsciente, preconsciente y consciente, ya que se generó una división tópica estable. Este no es el caso de los CIRRE, donde el sujeto necesita utilizar algunas defensas de la serie psicótica y de la renegación, lo cual tiene repercusiones en lo intrapsíquico y en los vínculos intrasubjetivos.

Presencia de un narcisismo insuficientemente transformado en su pasaje por la castración. El tránsito desde el narcisismo primario hacia la objetividad edípica fue sumamente dificultoso, por lo tanto, las elecciones objetales tienen un acusado carácter narcisista. Es de esperar que el pasaje por el Edipo y la castración resignifiquen lo acontecido anteriormente y así estaríamos en

presencia de un aparato psíquico organizado retroactivamente desde lo fálico y la triangularidad, por lo tanto de manera neurótica.

En cambio, si lo que acontece en los momentos iniciales de la conformación psíquica ha producido perturbaciones psíquicas importantes, el tránsito edípico es deficiente y la reorganización es retroactivamente escasa. Esto nos lleva a pensar que la triangularidad es fallida y encontrar un predominio de la cuestión dual. El "pegoteo" con el objeto es característico de estos pacientes, así como el desfallecimiento de la función fálica y déficit deseante.

Encontramos marcados componentes autoeróticos en la organización pulsional, ésta no tiene tampoco el adecuado freno superyoico, con lo cual la presencia de actings son sumamente frecuentes. Hay poca posibilidad de simbolización y por ende, una mayor tendencia a actuar.

Korman sostiene que son sujetos que realizan peculiares construcciones de la realidad y que pueden responder a ciertos eventos traumáticos con alucinaciones y episodios delirantes transitorios sin dejar el defecto psicótico; sino que una vez finalizado se vuelve a un estado similar al anterior de la crisis.

Otro punto importante y que me interesa destacar es la dependencia intensa hacia los objetos del entorno. Así aparecen fenómenos de idealizaciones y persecuciones extremas respecto a estos mismos objetos; ya que los límites y diferencias del yo y el objeto se tornan frágiles y difusas. Hay una polarización de la vida anímica y estos objetos pasan con gran facilidad de un polo al otro.

Estas polarizaciones también ocurren en el plano transferencial, situación complicada a manejar durante el proceso terapéutico. Además la transferencia suele adquirir modalidades muy diferentes tanto en el transcurso de una sesión como en los diferentes momentos del tratamiento.



Coincido con el autor, en que en la neurosis predomina la angustia de castración, en la psicosis, angustia de aniquilamiento y en los CIRRE, la angustia ante la separación del objeto.

Korman sostiene que los CIRRE configuran una organización psíquica definida y que no se debe situarla entre la neurosis y la psicosis, al modo de un territorio intermedio, sino que merecen una categoría nosográfica específica.

Más allá de las discusiones y debates que aún hoy continúan en relación a las distinciones nosográficas, tema en el que no voy a profundizar, encuentro muy interesantes los aspectos clínicos que se observan en estos pacientes y, son además útiles para trabajar el caso en cuestión.

### ***La Eficacia Terapéutica***

Cabe agregar algunas cuestiones en relación, por un lado, a la eficacia terapéutica del psicoanálisis para las patologías estudiadas en el presente trabajo, y por otro, a las condiciones propuestas por los marcos institucionales. Considero imprescindible respetar las invariantes del método y a su vez adaptarlo y flexibilizar el encuadre lo necesario para dar respuesta dentro de las posibilidades presentadas.

Se escucha habitualmente que el psicoanálisis ya no tiene vigencia y que el tiempo que requieren los tratamientos es tan prolongado que resulta imposible de sostener, y si se lo hace, casi resulta una especie de estafa para el paciente embarcado en tal emprendimiento, ya que habría otro tipo de terapéuticas y nuevas ciencias que brindarían el “mismo resultado en mucho menos tiempo.” No obstante para poder realizar una comparación de esta clase habría que empezar definiendo en todo caso, cuál es el resultado buscado y no resultaría nada sencillo llegar a un acuerdo al respecto.

En palabras de Dardo Tumas, (*Testimonios de la Clínica Psicoanalítica, 2001*) el psicoanálisis es básicamente un instrumento que le permite al hombre

acceder a un nuevo campo del saber, entendiendo al saber como un proceso a través del cual el sujeto se encuentra modificado por aquello que conoce.

Freud define al psicoanálisis como "1) un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas fundado en esa indagación; 3) una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica."<sup>4</sup>

De esto se desprende que el psicoanálisis reivindica el descubrimiento de nuevos fenómenos, los fenómenos del inconsciente, gracias a un nuevo instrumento. Sólo el método psicoanalítico nos permite acceder al sentido oculto de dichos fenómenos, sólo a través de las asociaciones libres del paciente podemos establecer las conexiones que nos permitan sacar a la luz el sentido inconsciente. Este es necesariamente un trabajo de a dos y requiere de cierto tiempo, para lograr que ese saber no sabido, sea consciente y elaborable.

Emiliano Galende sostiene en su libro "Psicoanálisis y salud mental" (1990) que el psicoanálisis es el método más riguroso de exploración de la subjetividad y un gran instrumento crítico de la sociedad y la cultura. Muestra un extenso y completo recorrido histórico sobre la hegemonía del modelo médico objetivista y cuestiona la pretendida cientificidad del positivismo psiquiátrico. La propuesta es el desmontaje de su poder a través del cuestionamiento y la crítica permanente para hacer viable una política de salud mental más racional y humana. La idea no es sustituir una hegemonía por otra, con una respuesta psicoanalítica igualmente reductora y totalizante, sino situar a la salud mental como una disciplina del campo socio político.

En general, todas las instituciones asistenciales de la ciudad de Buenos Aires, cuentan con algún analista entre sus miembros, aunque se pregone y hasta se oferte lo contrario. No obstante, es cierto que existe un importante silencio

---

<sup>4</sup> Freud.S.: Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido", OC, Amorrortu, tomo XVIII.



acerca de lo que concierne al carácter de sus prácticas, del sentido y dirección que habría que darles, lo cual seguramente colabora a sumar opositores y es una deuda de los analistas demostrar lo contrario. El presente trabajo se propone mostrar el proceso terapéutico realizado para tratar de realizar algún aporte para disminuir la misma.

Las desviaciones más frecuentes son la reducción del psicoanálisis a las técnicas psicológicas. Por el contrario, en tanto método crítico develador de las configuraciones de conflicto que son los síntomas, el psicoanálisis toma partido por el deseo y muestra sus avatares en el sujeto y en la sociedad. Uno de sus rasgos esenciales es que allí donde la demanda exige respuesta el psicoanálisis instala una interrogación. Lejos de silenciar la demanda y neutralizar los conflictos que expresa, el psicoanalista se propone hacerla hablar.

En el territorio de la salud mental se trata de sujetos que fracasan en la vida social y requieren ayuda, por lo tanto la cuestión es con qué políticas se enfrentan estos problemas. Y en todo caso, la crítica no es para el psicoanálisis, que a dado cuenta de su capacidad, sino a los analistas y a los modos prácticos en que su compromiso se asume o deniega.

Galende, en el mismo libro, profundiza en otro tema importante a tener en cuenta en el trabajo terapéutico en instituciones: la Transferencia Institucional. Sostiene que es previa a la transferencia con el analista y suele permanecer como telón de fondo en el tratamiento.

Propone que entre el paciente y la institución habría una impregnación identificatoria sostenida desde el yo ideal, recuperando regresivamente la primitiva fusión con la madre. Los aspectos regresivos se manifiestan cuando el ritual de asistencia se interrumpe o perturba, y pasa a primer plano la compulsión de repetición.



En general la transferencia institucional no es analizada, y esto es un problema si se presenta en su vertiente resistencial, ya que como dijimos antes, está configurada por la relación regresiva que el paciente mantiene con la institución médica asistencial. Suele expresarse como sometimiento a las demandas de la institución, sin derecho a cuestionamiento de ningún tipo o como exigencias despóticas de protección y cuidado por parte del paciente, en quien no hay lugar para auto responsabilizarse por nada.

En especial, esta segunda vertiente, es la que se verá más claramente en el caso analizado, en el cual la paciente espera de la institución- y por lo tanto de los profesionales- la resolución absoluta de sus problemas. Por supuesto, esto se entrama con su propia historia y biografía, y en consecuencia ella espera que los otros le den lo que ella necesita y todo cuanto considera justo.

Por otro lado, Galende plantea que muchas veces la transferencia institucional también sirve de defensa para el analista, quien deposita en la institución sus propias demandas regresivas de seguridad y cuidados; con lo cual, frente a la demanda del paciente el analista recurre a ella, poniéndose en función resistencial. Por lo tanto, el psicoanalista deberá interrogar tanto la demanda del paciente como la de la institución a la que pertenece, que suele ser diagnóstica y clasificatoria.

Por lo tanto, cabe destacar que la teoría psicoanalítica y su aplicación en un encuadre diferente, en este caso el Hospital Público, es totalmente factible y efectiva. En general es posible hablar de una psicoterapia de objetivos y tiempos acotados de orientación psicoanalítica. Es imprescindible que se tengan presentes las dificultades, limitaciones y obstáculos que la institución y el propio analista generan. Pero mientras se esté conciente de ellos, se pueden instrumentar estrategias que permitan una buena continuidad del proceso terapéutico, más allá de los malestares intrínsecos de las instituciones y de la cultura misma.

### **Tiempos acotados**

Considero oportuno realizar un breve recorrido histórico por la bibliografía psicoanalítica de los intentos efectuados por abreviar los tratamientos, tratando de conservar lo más posible los resultados alcanzados con un tratamiento psicoanalítico convencional.

Ya en Freud encontramos un antecedente de psicoterapia breve en Estudios sobre la Histeria (1895), con el caso "Catalina". En este caso un único encuentro trajo como resultado un gran alivio y un cambio notable en la conducta. Lamentablemente no podemos saber durante cuánto tiempo, ni que tan efectivos fueron los efectos a largo plazo dado que fue imposible un seguimiento del caso.

En realidad, aún hoy, no contamos con procesos terapéuticos bien documentados ni estudios de seguimiento en el campo psicoanalítico o en la psicoterapia.

Otro de los principales terapeutas que experimentó nuevos enfoques con el objetivo de acotar los tratamientos fue Ferenczi, con su *técnica activa*.

Así él proponía oponer a la pasividad del analista la siguiente actividad:

- \* Prevenir o describir ciertos tipos de conducta
- \* Establecer un límite de tiempo para la terapia en forma arbitraria
- \* Emplear fantasías forzadas para acelerar la aparición de los conflictos ocultos
- \* Adoptar un papel definitivo en relación al paciente que aceleraría el tratamiento para sacar a la luz las reacciones neuróticas de transferencia del paciente.

Más tarde Ferenczi y Rank (*Psicoterapia Focal. Terapia Breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Balint, M, P.H. Ornstein, E. Balint, 1986*) centraron su atención en la experiencia emocional del paciente en análisis, con el propósito de disminuir el énfasis que se ponía en el



insight cognitivo a través de la reconstrucción genética. Así, bastaría con volver a experimentar los conflictos infantiles en la neurosis de transferencia. No haría falta esperar a que reapareciesen los recuerdos infantiles por lo tanto sería factible acortar el análisis de manera considerable.

Estos experimentos encontraron gran oposición, inclusive de Freud; y más tarde Ferenczi mismo reconoció su ineficacia; lo cual impidió que durante algún tiempo otros psicoanalistas desarrollaran psicoterapias breves.

Sin embargo, fue durante la segunda guerra mundial que se despertó un renovado interés por contar con modalidades de psicoterapia breve de orientación analítica.

Alexander y French, del Chicago Institute for Psicoanálisis (*Psicoterapia Focal*. Op. Cit. 1986) volvieron a hacer hincapié en la importancia de la experiencia emocional en el análisis y en la necesidad de una integración intelectual; es decir de la elaboración, que consideraban que Ferenczi y Rank habían descuidado.

Así colocaron a la experiencia emocional correctiva en el eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia. Ésta sería el resultado de la diferencia entre la respuesta original de los padres y la del analista durante el tratamiento. El paciente espera del analista las mismas reacciones de sus padres que moldearon su repertorio defensivo. El hecho de que las actitudes del analista difieran de la de los padres, le proporciona al paciente una oportunidad de corregir sus distorsiones. Así la experiencia emocional en la transferencia confiere convicción al insight y constituye un sostén necesario, y al alcanzar cierta estabilidad, dicho insight permite encontrar soluciones nuevas.

Los autores mencionados describieron una serie de actividades y demostraron la eficacia de sus terapias algo más breves. No obstante, al alegar que mejoraban el procedimiento estándar (lo cual no pudo ser demostrado) encendieron la oposición de los psicoanalistas y éstos rechazaron sus

recomendaciones y se marcó aún más la demarcación entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica.

A estos intentos siguieron otros, pero en líneas generales, las tentativas por introducir en el proceso analítico ciertas actividades direccionales que fueran más allá de las intervenciones interpretativas y manejaran el clima emocional no pudieron incorporarse a la corriente direccional del psicoanálisis.

Cabe destacar que las conceptualizaciones de French sobre el concepto de conflicto focal y conflicto nuclear, son el antecedente de la Psicoterapia Focal descrita por Michael Balint.

Para French el conflicto focal es preconciente y el más cercano a la superficie psíquica en un momento dado y es lo que explica la mayor parte del material clínico de una sesión. Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares más profundos y tempranos que permanecen en su mayoría latentes o reprimidos. La técnica terapéutica consiste en interpretar los conflictos focales al tiempo que permite el surgimiento de otros, derivados de los nucleares a medida que la terapia progresa.

Michael Balint y sus colaboradores desarrollaron en la Clínica Tavistock la técnica de la Psicoterapia Focal al buscar la forma de abreviar la duración del psicoanálisis. (*Psicoterapia Focal. Op.cit. 1986*) La misma consiste en concentrarse en un solo "foco". Realizaron un trabajo en equipo multidisciplinario, tratando de demostrar que su método, aunque más breve, no era superficial ni sólo de apoyo.

En la psicoterapia focal, de todo lo que el paciente ofrece sólo se interpretan aquellos aspectos que facilitan y realizan el trabajo dentro del foco elegido. El foco debe ser específico, estar claramente delineado y no ser ambiguo. Debe ser expresado al modo de una interpretación que pueda darse con todo su sentido al paciente hacia el final del tratamiento.



Plantean determinados factores a tener en cuenta para la elección del foco y la selección de los pacientes para realizar este tipo de psicoterapia. Proponen la utilización de determinados instrumentos, como formularios, informes, seguimiento al finalizar el tratamiento, y todo lo van ejemplificando a través de un caso clínico (Sr. Baker)

Los autores diferencian la terapia focal, de las otras terapias breves, porque sostienen que las actividades propuestas por sus predecesores eran manipulativas y determinadas arbitrariamente por el terapeuta. En cambio, la terapia focal mantendría la línea directa con el psicoanálisis ya que todas las actividades del terapeuta están restringidas a intervenciones interpretativas.

La actividad del terapeuta consiste en:

- encontrar el foco apropiado de entre los que ofrece el paciente
- aproximarse de modo constante y coherente al problema focal con la sola actividad interpretativa

El foco elegido ayuda al terapeuta en su actitud de "atención selectiva y olvido selectivo" y lo que no se relaciona directamente con el foco queda sin interpretar. El terapeuta no introduce en el encuadre ninguna actividad con el fin de llegar más rápidamente a la comprensión ni para reemplazar interpretaciones, lo cual convertiría en analítica a la terapia focal, ya que además la teoría y la psicopatología del tratamiento también estarían basadas en conceptos psicoanalíticos.

De esta manera el foco limita el trabajo terapéutico por su mismo diseño, circunscribiendo, especificando y pronosticando con claridad los resultados terapéuticos.

El taller de psicoterapia focal duró casi cinco años, luego, por diferentes motivos se dio por terminado. Sus creadores sostienen que sin lugar a dudas era muy difícil darse cuenta que sus técnicas y esa nueva manera de pensar no

ponía en riesgo ni la teoría ni la práctica psicoanalítica básica, sino que en realidad la complementaban y no se oponían.

Me gustaría citar la frase con la que finaliza el libro, ya que aunque no comparto exactamente los criterios de la psicoterapia focal propuesta por Balint, este último párrafo a mi juicio ilustra una de las deudas y desafíos a las que me referí anteriormente y que todavía hoy tenemos pendientes como psicoanalistas:

*“Los dos extremos del continuo de que hemos hablado, psicoanálisis y psicoterapia focal están, comparativamente bien definidos. Lo que queda entre estos extremos, la amorfa “psicoterapia psicoanalítica”, quizá pueda también alcanzar una modalidad de tratamiento bien definida si la enfocamos desde lo que hemos aprendido del psicoanálisis clásico y de la psicoterapia focal.”<sup>5</sup>*

Otro autor más contemporáneo que se interesa por la temática del foco en psicoanálisis es Ricardo Bernardi (*Psicoterapia Focal: intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*, Dense Defey, Juan H. Elizalde, Jorge Rivera; 1995) quien realiza una exposición de las ideas propuestas sobre este asunto por Willy y Madelaine Baranger. Ellos desarrollan la noción de *punto de urgencia*, que serían los aspectos de la sesión donde el analista siente que tiene que dar respuesta con la interpretación. La sesión es vista como un campo dinámico configurado en torno a una fantasía inconciente compartida por analista y paciente.

También nos encontramos con lo que denominan *puntos de inflexión*, que se refieren no a lo que ocurre en una sesión determinada, sino a ciertos momentos que separan períodos del análisis y que se caracterizan porque entre uno y otro se da un cambio que hace que parezca que el paciente es otro, por los nuevos problemas que presenta y por su presentación psicopatológica.

---

<sup>5</sup> Balint M., Ornstein P.H., Balint E. 1986. “Psicoterapia Focal” Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock” Pág.: 195. Editorial Gedisa.



Por último, denominan *memoria del proceso*, a la memoria que el analista guarda del proceso analítico y que tiende a organizarse también en torno a ciertos aspectos significativos que permiten contextualizar y dar sentido a la interpretación.

Todos estos son elementos de focalización que se dan en el proceso analítico. El punto de urgencia marca el foco en una sesión determinada, mientras que los puntos de inflexión delimitan configuraciones más estables que sólo se modifican en períodos de tiempo más prolongados.

Pero la pregunta sería ¿qué es lo que se ilumina en el foco?

Lo que se subraya en primer lugar es el punto donde convergen los problemas manifiestos de la conducta del paciente con los conflictos más arcaicos de carácter inconciente. Serían los puntos donde se enlazan los contenidos más profundos con los preconcientes, los cuales se vuelven más intensos y con mayor necesidad de atención en el trabajo terapéutico y en donde se intensifica la interacción entre terapeuta y paciente.

Por otro lado, Thoma y Kachele (*Psicoterapia Focal: intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*, 1995) afirman que en el psicoanálisis se considera el foco configurado interaccionalmente como una plataforma giratoria central del proceso y por esto concebimos al proceso analítico como una terapia focal continuada de duración indefinida y de foco cambiante. Esto los lleva a pensar que la asociación libre no conduce por sí misma al descubrimiento de los aspectos inconcientes, sino que es el psicoanalista el que tiene que seleccionar qué interpretará del material según sus metas a corto y largo plazo.

También señalan que las hipótesis del analista son una aproximación gradual en la que va intentando formulaciones más precisas y se va guiando por las respuestas del paciente para ver si son correctas o no. Estas formulaciones se



miden por el cambio que logran, por lo tanto si no se producen los mismos habrá que revisarlas y cambiar los medios.

Estos autores entienden al foco como un punto nodal temático producido en la interacción del proceso analítico que resulta de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión del analista.

La propuesta del paciente, en general no es formulada claramente por el paciente sino que es traída a través de sus actuaciones, sus síntomas, inhibiciones, sus sueños, entre otros. Y por otro lado, la comprensión del analista no se refiere solo a lo que puede formularse en palabras sino también a su capacidad de establecer un contacto empático y de introducir modificaciones en la problemática del paciente.

Sostienen los autores que la sucesión de focos es el resultado de un proceso de intercambio inconciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades del analista. Estas últimas incluyen no solo la personalidad del analista sino también el modelo de proceso que este tiene en la cabeza.

Cuando el terapeuta escoge un foco, está descartando otras posibilidades. Pero ¿no es eso mismo lo que hacemos cada vez que intervenimos? Cuando uno interpreta algo está dejando de interpretar otras cosas que también serían válidas si uno atendiera al carácter sobredeterminado de los procesos inconcientes.

Por lo tanto ¿es posible seguir un rumbo en el tratamiento que esté determinado enteramente por el paciente? Pareciera que no, ya que para tener la seguridad de que la cura evoluciona espontáneamente y uno no la condiciona en absoluto ni la distorsiona con sus propias teorías, ni con la Contratransferencia, no deberíamos intervenir en ningún momento, lo cual es en sí mismo absurdo. Inevitablemente escuchamos, interpretamos y escogemos un foco desde nuestra realidad psíquica y esto nos coloca ante el

desafío de convertir las diferencias en oportunidades para crear nuevos conocimientos e instrumentos de avance.

Siguiendo esta línea de pensamiento y más allá de las terapias que se autodenominan “Focales” considero que la focalización en psicoanálisis está siempre presente y es necesaria tenerla en cuenta para ser los más objetivos posibles a la hora de analizar nuestra tarea terapéutica.

Dado que si bien la asociación libre y la atención flotante son los ejes del tratamiento psicoanalítico y guían nuestra labor ubicándose en el horizonte de la misma, durante el proceso las cosas se complejizan y no es posible ni esperable mantenerlas en todo momento.

Es preciso comprender la regla de la atención flotante como una regla ideal que en la práctica, tropieza con exigencias contrarias: ¿cómo concebir por ejemplo, el paso a la interpretación y a la construcción sin que, en un momento dado, el analista conceda una importancia privilegiada a un determinado material?

Podría conceptualizarse el camino para la producción del material en un tratamiento psicoanalítico de la siguiente manera: a partir de las asociaciones libres del paciente, el analista debe escuchar en un primer momento, en estado de atención parejamente flotante, recolectando elementos y sin apresurarse a formarse una idea en cuanto a los datos obtenidos. En un momento de la escucha algo pasa a ser jerarquizado y pasamos a otra actitud en la cuál intervenimos, ya sea mediante interpretaciones, construcciones, preguntas, señalamientos, confrontaciones, entre otras. En este segundo tiempo ciertos aspectos de la situación terapéutica quedan en el foco de la atención del analista y así se produce lo que podríamos denominar como una especie de atención dirigida. Dirigida a algo específico en un momento particular, mientras que otros elementos quedan en un segundo plano.

Nos encontramos con dos momentos distintos dentro la sesión analítica y el pasaje de uno a otro no resulta sencillo. Debemos tener en cuenta que cuando



intervenimos estamos interrumpiendo tanto nuestra atención flotante cuánto la asociación libre del paciente. Detectar cuándo y cómo hacerlo es una de las tantas dificultades de la clínica. Probablemente, en los tratamientos conducidos en las instituciones haya mayor predominio de los momentos de atención focalizada y de pasos más activos dado el tiempo acotado con el que contamos para trabajar.

Retomando la importancia de poder efectuar tratamientos psicoanalíticos eficaces y de tiempos acotados, como condición en las instituciones de salud mental, me propongo describir cómo se dan los procesos en la actualidad.

Los tratamientos psicoterapéuticos realizados en el hospital tienen un tiempo determinado de duración, que varía de institución a institución. En el hospital que se trató a la paciente descrita, el contrato original es de seis meses, pudiendo recontractarse por tres meses más en su finalización, y de ser realmente necesario, en la práctica puede extenderse un poco más. No obstante, desde el comienzo, terapeuta y paciente saben que no es una terapia sin límites, que el tiempo es acotado y que es necesario aprender a trabajar con lo que hay.

Las sesiones son de cuarenta minutos aproximadamente y la frecuencia es de una vez por semana. En el sector público este tipo de terapias son generalmente el único tipo de tratamiento posible, pero más allá de las cuestiones políticas implicadas, cabe destacar que en determinados casos y por las patologías presentadas, muchas veces también puede ser la mejor elección.

Me interesa profundizar en el tema de la frecuencia semanal, ya que muchas veces la psicoterapia de una vez por semana es considerada implícita o explícitamente de menor valor por el "establishment" psicoanalítico.

Si bien considero que existe una distinción entre la psicoterapia y el psicoanálisis, no creo que sea la frecuencia de las sesiones el indicador más

adecuado para establecer la distinción y por otro lado, las diferencias no establecen jerarquías.

Freud, en *Nuevos Caminos de la terapia Psicoanalítica (1918)* vislumbró y anticipó la necesidad de la creación de instituciones públicas para asistir psicoanalíticamente al sufrimiento de las personas de más bajos recursos económicos. Allí sostiene que “cuando suceda se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones.”<sup>6</sup>

Si bien este proceso ha comenzado hace tiempo, considero que la tarea está a medio construir. Es necesario continuar adaptando la técnica a las nuevas situaciones y realidades y seguir creando en función de esto. Las invariantes del método permanecen (asociación libre, atención flotante, transferencia, neutralidad y abstinencia) pero tal vez por momentos sufran alguna modificación. Ya que por ejemplo, en el tratamiento hospitalario no se busca una regresión demasiado profunda.

Lo que está claro es que los contextos cambian y es necesario amoldarse a ellos y no tener miedo de modificar las cuestiones técnicas y que el mismo Freud describió como consejos y ajustadas a su propia individualidad, por el temor de perder los beneficios del “oro puro del análisis.”

En palabras de Juan Pablo Jiménez: “...el oro puro solo existe en los museos...la verdad es que todos los objetos de oro efectivamente usados contienen diversas proporciones de cobre, pues esta aleación ha demostrado ser más dura y resistente al uso y al paso del tiempo. El problema técnico radica, precisamente, en los procedimientos para producir la mejor aleación, es decir, aquella que destaca de mejor manera las cualidades deseables de ambos metales.”<sup>7</sup>

<sup>6</sup> (FREUD, Sigmund. 1918/1919. Tomo XVII: Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras completas, Editorial Amorrortu.

<sup>7</sup> Psicoterapia Focal: Intervenciones Psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos. 1995. Pág. 31. Dense Defey, Juan Hebert Elizalde, Jorge Rivera Compiladores. Editorial Roca Viva.



Volviendo al planteo de la psicoterapia de una vez por semana y tomando algunas ideas planteadas en un ateneo del Centro Liberman: "Algunas reflexiones sobre la psicoterapia de una vez por semana" (2003) los autores plantean la significativa diferencia lograda en los pacientes con este tipo de tratamientos en lo que respecta a su bienestar emocional. Además subrayan que el objetivo sigue siendo el mismo: aliviar el sufrimiento.

Proponen una serie de pautas a tener en cuenta y un anhelo de una mayor formación de los terapeutas en este tipo de prácticas que son las dominantes a nivel mundial en estos momentos. Y por otro lado, el contacto de una vez por semana, requiere de mayores esfuerzos por parte del analista que debe tener presentes la problemática de más pacientes y más transferencias simultáneamente; y también tiene que mantener una posición más activa en su labor.

Los autores también destacan la necesidad de definir mejor el problema a trabajar con el paciente e idear un plan de tratamiento, así como la posición cara a cara para no favorecer estados regresivos difíciles de contener. Resulta indispensable estar más activo en cuanto al pensamiento. Intervenir más seguido y no dejar al paciente "divagando" ni en silencio durante toda la sesión. Estar más conciente del tiempo de sesión y hacer un esfuerzo por enlazar los comentarios iniciales con los finales. Dentro de lo posible, no finalizar la sesión con un monto de angustia mayor con la que se inició.

Es necesario ser más cauteloso con la interpretación de la transferencia, y en esto seguir a Freud, en tanto se interpreta en tanto devenga resistencia y el trabajo se estanque. Por supuesto que la transferencia estará presente y será uno de los elementos indispensables pero no es lo único que deberá ser atendido para producir un cambio en el paciente. La resolución de la transferencia puede no ser la única manera en que la terapia de una vez por semana pueda mover al paciente hacia adelante.

En general los pacientes que concurren semanalmente traen más información del mundo externo y cuentan más lo que ha pasado en la semana. Parecen no asociar tan libremente con sus pensamientos o nuestras interpretaciones y cuentan sus sueños con menor frecuencia. Más bien, el trabajo terapéutico puede tener una tendencia a estar más orientado hacia el mundo exterior de problemas y el proceso será de afuera hacia adentro. Requiere de más pensamiento racional y las expresiones faciales y el lenguaje corporal necesitan ser incorporados.

Por otro lado, para algunos pacientes, puede no ser necesario trabajar a una mayor frecuencia para producir un cambio. Y otros, pueden no tolerar la cercana relación de dependencia de sesiones más frecuentes. Este es el caso de los trastornos borderlines descritos por Kenberg y podemos pensar que de igual manera en el caso del trastorno narcisista que analizamos, ya que se encuentra aumentado el temor a ser englobados por el terapeuta y su consecuente fantasía terrorífica de abandono. En consecuencia, este tipo de pacientes, muchas veces pueden ser mejor contenidos con menos contacto que con más, justamente para no favorecer la dependencia y la polaridad afectiva que esta conlleva.

### ***Definiciones teóricas de las unidades de análisis: Los Indicadores Clínicos***

Presentaré los indicadores clínicos con los que se trabajó en el hospital para la comprensión del caso estudiado, para posteriormente realizar una articulación teórico-clínica de los mismos y de la paciente en cuestión.

En primer lugar habría que dar cuenta de cómo se seleccionaron esos indicadores. (Encrucijadas Actuales. 2006. Jiménez-Piñeiro: *Trastornos Depresivos. Construcción de indicadores clínicos, psicopatológicos y psicoterapéuticos. Comunicación Preliminar de un estudio clínico empírico.*) Durante los años 2003 y 2004 en el Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Ignacio Pirovano, nos dedicamos a estudiar un determinado



número de casos de pacientes que presentaban un cuadro clínico compatible con trastorno depresivo. Este grupo de pacientes no podían ser ubicados dentro del trastorno depresivo mayor (melancolía) ni dentro de las distimias (lo que podría corresponder a las depresiones neuróticas). Concurrían a la consulta por un cuadro clínico depresivo y se observaban en ellos componentes de un trastorno narcisista.

Nuestro interés se focalizó en tratar de buscar la especificidad de esos componentes narcisistas en su relación con el entramado psicopatológico correspondiente a estos cuadros depresivos.

Se les administró una escala de evaluación de la depresión y se realizaron entrevistas diagnósticas en las que se buscaba sistematizar la búsqueda de elementos clínicos comunes en los diferentes casos, que nos permitieran una mejor comprensión clínica y psicopatológica, así como pensar posibles criterios terapéuticos.

Las entrevistas preliminares se utilizaron para identificar los principales componentes clínicos y psicopatológicos que se repetían en los diferentes casos y elaborar una sistematización en esa búsqueda empírica.

A partir de dicha formalización surgieron ocho ítems que se utilizaron para la comprensión de los casos. Se confeccionaron indicadores clínicos que darían cuenta de un diagnóstico más preciso y más rápido, así como, de las líneas terapéuticas, tipos de intervenciones y objetivos del tratamiento que permitan un mejor abordaje para los pacientes. Cabe aclarar que esta investigación quedó inconclusa y no pudieron cotejarse resultados.

Por otro lado, en la investigación realizada para esta tesis, he desarrollado y profundizado cada uno de estos indicadores desde mi marco teórico para luego articularlos clínicamente. También propongo un noveno ítem que denomino: *La transferencia / La contratransferencia*, ya que lo considero indispensable para el trabajo clínico.

Los ítems que se utilizaron para la comprensión del caso son:

**1) La presentación clínica: (cuadro clínico al momento de la consulta)**

En este ítem se evalúan las siguientes áreas: afectiva, del pensamiento y volitivo-corporal, para poder realizar una primera aproximación diagnóstica.

En este momento inicial, se toman en cuenta también ciertos signos fenomenológicos, de alguna manera similar a la mirada psiquiátrica. No obstante, en un segundo paso, pero paradójicamente, en simultáneo, se comienzan a escuchar otras cosas y desde otro lugar.

Teniendo en cuenta que siempre nuestro diagnóstico será presuntivo, en transferencia y a lo largo de las primeras entrevistas iremos poniendo el acento en la subjetivación del síntoma, en poder detectar cómo este individuo que se nos presenta padece subjetivamente el síntoma que porta y buscando juntos la lógica en juego.

**2) La imagen, las identificaciones, los ideales, el superyó (desvalorización, empobrecimiento)**

Para poder abordar este punto es necesario definir y distinguir algunos términos. Comenzaré con el concepto de *identificación*. Si bien Freud ha realizado varias reformulaciones del mismo, cabe destacar la exposición que realiza en *Psicología de las masas y análisis de yo (1920)* en donde distingue tres modos de identificación:

- Como el lazo afectivo más originario del yo con el otro. Sería una identificación preedípica, marcada por la relación canibalística y por lo tanto ambivalente desde el principio.
- Como sustitutivo regresivo de una elección objetal abandonada.



- En ausencia de toda catexia sexual del otro, pero identificándose a éste por tener un elemento en común, o por desplazamiento, produciéndose la identificación sobre otro punto, como en la identificación histérica.

Considero importante profundizar en la segunda de estas formulaciones, ya que nos reconduce a la génesis del superyó y considero imprescindible la descripción del proceso para luego poder abordar las implicancias del mismo así como sus fallas.

Freud en *El yo y el ello* (1923) sostiene que sobre el ello se asienta el yo, que se empeña en hacer valer el influjo por el mundo exterior y se afana por reemplazar principio de placer por el de realidad. El yo es el representante de la percepción, de la razón, de la prudencia y gobierna los accesos a la motilidad.

Sin embargo lo reprimido confluye con el ello y solo es segregado del yo por las resistencias de la represión. Es decir que lo reprimido puede comunicarse con el yo a través del ello. El ello es pura pulsión, pasiones y reina en él, el principio de placer plenamente.

También dentro del yo, encontramos al superyó que mantiene un vínculo menos firme con la conciencia. En este momento de la teoría superyó e ideal del yo son sinónimos, estos conceptos se distinguen más adelante.

Para explicar la formación del superyó Freud tomará el ejemplo de la melancolía para dar cuenta de cómo una investidura de objeto es relevada por una identificación; es decir, el objeto perdido se erige dentro del yo. Esto mismo ocurre en la conformación del yo y contribuye a la formación del carácter.

Freud refiere que al principio no se distingue entre investiduras de objeto e identificación. La identificación primaria es el vínculo más primitivo del yo con el otro. La identificación con los progenitores nos reconduce a la formación del ideal del yo o superyó. Es anterior entonces a cualquier investidura de objeto,

pero no obstante, las elecciones de objeto de esos primeros períodos y que atañen a ambos padres, parece tener su desenlace en una identificación de esa clase, reforzando la identificación primaria.

Más tarde, las investiduras de objeto parten del ello, el yo recibe noticia de esto y les da cabida o las reprime. Si un tal objeto sexual es resignado, sobreviene la alteración del yo. Se erige el objeto en el yo, igual que en la melancolía. Esta transposición de una elección erótica de objeto en una alteración del yo es un camino que permite al yo dominar al ello. Así el yo cobra los rasgos del objeto y se impone a sí mismo como objeto de amor y busca repararle la pérdida al ello.

La transposición de libido de objeto en libido narcisista conlleva una resignación de las metas sexuales, una desexualización y por lo tanto una sublimación.

Teniendo en cuenta dos factores: la disposición triangular del Edipo y la bisexualidad constitucional del individuo, en este texto formulará el complejo de Edipo completo. Es decir, que a la salida del mismo, madre y padre serán respectivamente objetos de amor y rivalidad. Las cuatro aspiraciones se desmontan y se desdoblan, reteniendo a ambos como objetos de amor y produciéndose una identificación con padre y madre, que pasará a conformar el ideal del yo o superyó.

Así el superyó es residuo de las primeras elecciones de objeto del ello y así mismo una formación reactiva contra ellas. Conserva el carácter del padre, tiene un valor direccional y de prohibición. Cuánto más intenso haya sido el complejo de Edipo y más rápido se haya producido su represión, tanto más riguroso devendrá el superyó.

El superyó permanece en gran parte inconciente, inaccesible al yo, sin embargo tiene comunicación con las mociones pulsionales del ello. Descender de las primeras investiduras del ello y por tanto del complejo de Edipo hace que el superyó mantenga duradera afinidad con el ello y por tanto está más



distanciado de la conciencia que el yo. Introduce en el yo los objetos más grandiosos y conserva su carácter de origen, contraponiéndose al yo y dominándolo.

Freud también describe al superyó como el monumento recordatorio de la endeblez y dependencia de la que el yo se encontró en el pasado. Así el yo se somete al imperativo categórico como el niño se sometía a sus progenitores.

Al engendrarse por una identificación con el arquetipo paterno, la identificación tiene el carácter de una desexualización, se produce una desmezcla de pulsiones y por lo tanto el componente erótico ya no puede ligar la destrucción aleada con él y esta se libera como inclinación de agresión. Sería de esta desmezcla de donde el superyó extrae todo el sesgo duro y cruel del imperioso deber ser.

Más adelante Freud diferencia el superyó del ideal del yo. Lo que a mi juicio esclarece más la doble vertiente del superyó de prohibición y por lo tanto, también de habilitador de otras cosas.

Así el superyó permanece como heredero del complejo de Edipo, formado por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. Quedan adscriptas a él las funciones de conciencia moral, autoobservación, formación de ideales.

Y el ideal del yo, como instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse.

### **3) La relación objetal: tipo de vínculos que establece**

Como mencionamos anteriormente, las relaciones objetales que establecen este tipo de pacientes son particularmente complicadas. Dado que en los cuadros de trastorno narcisista, la elección narcisista de objeto es la

predominante y por lo tanto el otro forma parte del sí mismo. Así al producirse una pérdida de objeto, es mucho más difícil elaborarla y sustituirla porque se enfrenta una situación de orden más total que parcial y por ende hay una mayor pérdida en el yo.

También encontramos una dependencia intensa hacia los objetos del entorno, entonces aparecen fenómenos de idealizaciones y persecuciones extremas respecto a estos mismos objetos; ya que los límites y diferencias del yo y el objeto se tornan frágiles y difusas.

Para pensar lo antedicho, tomaré la conceptualización de libido narcisista propuesta por Raúl Aragonés (*El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*, 1999). Según este autor la libido narcisista existe desde el tiempo inaugural del narcisismo primario, antes de la diferenciación mundo externo-mundo interno y de la separación entre conciente-inconciente. Durante el narcisismo primario la libido sexual es autoerótica, está siempre presente. Boca y pecho están indiferenciados y el objeto de amor es parte del sí mismo.

Todo el desarrollo psicosexual del ser humano se caracteriza por detenciones en cada órgano del desarrollo psicosexual: boca, ano, falo. En estos tiempos los padres sexualizan, libidinizan, narcisizan los órganos del niño, reeditan sus propias vivencias primarias y brindan sustitutos que irán reemplazando las pérdidas, ya que los distintos estadios van jalonando los desprendimientos narcisistas: pecho, heces, falo. Para esto será necesario realizar los duelos correspondientes, el autor sostiene que todo duelo, es duelo de un vínculo narcisístico. El duelo por la completud oral, anal, fálica, edípica, duelo por el pecho, las heces, los objetos incestuosos.

Afirma también que el narcisismo es una teoría del abandono, de pérdidas y de recreación. Ya que cuando se pierde un objeto, lo que se pierde es un objeto investido narcisísticamente, por lo tanto es una pérdida de parte del sí mismo del yo narcisista. La pérdida narcisista desequilibra y cuestiona al ser.



En las neurosis el objeto autoerótico ya se ha perdido y la libido autoerótica se ha reconvertido, la libido narcisista ha evolucionado y ha pasado a ser libido objetal. Por ello, podemos pensar que en los trastornos narcisistas nos encontramos con esta pérdida casi imposible de duelar por contener una parte del sí mismo y desequilibrar al ser, ya que la libido no ha realizado la evolución a libido objetal.

Aragónes refiere que el fin del tratamiento psicoanalítico será en la neurosis, el abandono elaborativo y no traumático del cambio de meta pulsional y en las estructuras narcisistas, la pérdida del objeto autoerótico.

Por otro lado, en determinadas estructuras narcisísticas las pérdidas pueden transformarse en ausencias, ausencias que no serán pérdidas porque se reconvierte la relación conservándose el objeto autoerótico y las sustituciones se resuelven dentro de la realidad única del narcisismo primario. En estos casos el deseo de lo ausente no exige cambios ya que no hay pérdida ni duelo.

En relación a la temática del deseo, postula que para las estructuras narcisistas el deseo no es sólo la satisfacción de órgano sino también de fusión, de completud, de negar las pérdidas; estarán expuestos a la pérdida del objeto que aún no han perdido pero que siempre están amenazados de perder. El deseo y el temor tendrán la dimensión del todo o nada.

El autor realiza una distinción con las estructuras borderlines donde sitúa la escisión, la cual eludiendo la castración no ha renunciado al deseo y retrae el objeto autoerótico autísticamente a un espacio interno a costa de la realidad. Así el síntoma es también cumplimiento de deseo, por subjetivación del objeto, reconstitución de la unidad dual fuera de la realidad, en un espacio autista. Siendo entidades que al no poder plasmar la unidad en la realidad, como el fetichismo por ejemplo, no pueden elaborar la separación del objeto, por lo que toman las formas de los duelos patológicos narcisistas.

Personalmente, considero que la escisión juega un papel importante en las estructuras narcisistas y que en estos cuadros se encuentra también el proceso descrito por Aragonés en los pacientes borderlines.

En las neurosis, al efectuarse el pasaje por Edipo se han perdido los objetos pero se conservan las pulsiones autoeróticas. Así permanece el deseo del reencuentro, la añoranza por la pérdida del objeto autoerótico encubierta por sustitutos de los objetos. Nos encontramos con el objeto ilusional, el objeto "como si", siempre bajo la amenaza de la castración.

La estructura narcisista y la neurótica se encuentran siempre en un equilibrio inestable entre el deseo y la ansiedad. La narcisista no ha perdido la unidad dual pero vive bajo la amenaza de perderla y la neurótica la ha perdido y quiere recuperarla, pero el precio que paga es la castración. *"El paso por la castración en uno consiste en renunciar al objeto de la unidad dual en el otro, a completar la renuncia que subsiste en las pulsiones autoeróticas por la añoranza del objeto"*<sup>8</sup> Por tanto, el deseo, es deseo narcisista cuando niega la castración y busca restituir al yo lo que era del yo y se satisface autoeróticamente englobando a los objetos como parte de sí mismo; y el deseo neurótico se satisface con sustitutos "como si" fueran los objetos que formaban parte del sí mismo y que conservan su marca.

Aragonés propone un deseo narcisista: búsqueda del reencuentro con el sí mismo al que nunca se renunció; un deseo neurótico: búsqueda añorada de ese sí mismo perdido; y deseo sublimado: la aceptación definitiva de esa pérdida. Aunque en el ser humano el deseo está estructurado para estar siempre insatisfecho porque la estructura que lo sostiene es inestable, es una estructura de acercamientos y alejamientos, de encuentros y desencuentros.

---

<sup>8</sup> Aragonés, Raúl. "El Narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica." Nueva Visión, 1999. Pág. 93, Cáp.11



El autor sostiene que en la transferencia la pérdida del objeto autoerótico no sucede por un saber sobre el deseo sino porque el objeto de deseo, el analista, se resiste y no abandona el lugar simbólico desde su lugar de ideal del yo. Así el lugar del analista es el de la abstinencia y por tanto, ocupará el lugar de las expectativas que origina el objeto autoerótico, para que desde ese "como si" el objeto, analista, vaya siendo el otro, ese otro que al subjetivarse hará posible que las catexias y el objeto alucinado por amor al ideal, se resigne. La abstinencia instaurará en el paciente el ideal del yo por desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera, condición de la represión y cuya satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de ese ideal.

#### **4) La agresión: (culpa, autorreproches, su funcionamiento)**

Para hablar de la agresión y la culpa, considero necesario retomar mínimamente el papel del superyó.

En el desarrollo del individuo, maestros y autoridades retoman el papel del padre, sus mandatos y prohibiciones permanecen vigentes en el superyó y ahora ejercen la censura moral. La tensión entre la conciencia moral y las operaciones del yo es sentida como sentimiento de culpa, dado que es la expresión de una condena del yo por su instancia crítica.

Gran parte del sentimiento de culpa tiene que ser normalmente inconciente porque la génesis de la conciencia moral se enlaza de manera directa con el complejo de Edipo que pertenece al inconciente.

Freud en *El yo y el ello* (1923) se pregunta si lo que decide la gravedad de una neurosis es la conducta del superyó. Así en este texto describe cómo se comporta el superyó y las manifestaciones de la culpa en la neurosis obsesiva, en la histeria y en la melancolía.

En la neurosis obsesiva el sentimiento de culpa es hiperexpreso pero no se justifica ante el yo, quien se revela contra la imputación de culpabilidad. El superyó está influido por los impulsos reprimidos, es decir, deseos incestuosos

y parricidas, y estos son el fundamento del sentimiento de culpa. Es decir, que el superyó sabe acerca del ello pero estas mociones son repelidas y permanecen fuera del yo. El yo no acoge estas tendencias y se revela contra ellas con formaciones reactivas y medidas precautorias. Se defiende de los reproches del superyó y de las insinuaciones del ello, así consigue inhibir las acciones más groseras de ambos pero a costa de un automartirio interminable y la martirización del objeto.

En la melancolía, también el sentimiento de culpa es hiperexpreso, pero aquí, el yo se confiesa culpable y se somete al castigo. El objeto a quien se dirige la cólera del superyó fue acogido en el yo por identificación. El superyó se abate con furia sobre el yo como si se hubiera apoderado de todo el sadismo del individuo. Lo que gobierna en el superyó es como un cultivo puro de pulsión de muerte que a veces puede empujar al yo a la muerte.

En la histeria, en cambio, el sentimiento de culpa permanece inconciente; la culpa se reprime. El yo se defiende de la representación penosa con la que lo amenaza el superyó como se defendería de una investidura de objeto insoportable, por represión. De esta manera el yo consigue mantener lejos el material a que se refiere el sentimiento de culpa.

Se puede inferir que si en la paciente descripta el proceso de constitución del superyó se produjo con fallas, esto también tendrá consecuencias en relación al sentimiento de culpa y el manejo de la agresión.

Como primera aproximación, se puede pensar que, si en el trastorno narcisista se hayan rasgos de distintos tipos de neurosis, no sería raro encontrar por un lado, áreas en las cuales la culpa permanece inconciente, concierto predominio de modalidad histérica. Por otro, momentos o facetas donde se puede inferir cierto funcionamiento más melancolizado.



Otro tema a destacar es el tratamiento que recibe la pulsión de muerte en el individuo para tratar de volverla inocua. Una parte se torna inofensiva por mezcla de componentes eróticos y al servicio de la función sexual; otra se dirige hacia el exterior como agresión y destrucción y la última permanece en el interior como masoquismo.

Más adelante articularé cómo se observan estas maniobras en cuanto a la pulsión de muerte en la paciente en cuestión.

### **5) Lo traumático (pérdidas actuales, pasadas, manifiestas, reprimidas o desmentidas)**

En este eje considero importante desarrollar los conceptos de repetición y de trauma, para luego articularlos clínicamente y evaluar si se producen, y cómo si es que lo hacen, los procesos de elaboración, ligadura y duelo.

Freud le da un lugar principal al concepto de repetición y lo articula desde el comienzo con la transferencia.

En Recordar, repetir y reelaborar (1914) sostiene que el analizado no recuerda nada de lo olvidado y reprimido sino que lo actúa, sin saber que lo hace. De esta forma repite y actúa en todas las actividades de su vida y en todos sus vínculos, y por supuesto también con el analista durante el tratamiento.

Cuanto mayor sea la resistencia a la curación, mayor será la sustitución del recordar por actuar. Repite todo cuanto desde las fuentes de lo reprimido se ha abierto paso hasta sus ser manifiesto: sus inhibiciones, sus rasgos patológicos de carácter y, durante el tratamiento, repite todos sus síntomas. Lo cual si bien se convierte en un serio obstáculo, también es la manera con la que contamos para tener conocimiento de sus mociones pulsionales reprimidas y poder verlas escenificándose aquí y ahora con la persona del médico.

Freud propone que el enfermo cambie su actitud hacia la enfermedad y la considere un digno oponente. Para de esta manera, aliarse con la parte saludable del yo y para entender que es parte de la batalla si los síntomas empeoran durante el tratamiento.

El analista deberá librar una lucha para tratar de retener en el ámbito psíquico todos los impulsos que el paciente quiere guiar hacia lo motor. No siempre se consigue y en ocasiones una acción de repetición puede desgarrar el lazo que lo une al tratamiento, como así también realizar acciones fuera de la transferencia que le pueden causar perjuicios para su vida.

El principal recurso con el que contamos para domeñar la repetición y transformarla en un motivo para recordar reside en el manejo de la transferencia. Se la vuelve inocua si le concedemos cierto ámbito donde desplegarse y escenificar todo pulsionar patológico. Dando de esta manera a todos los síntomas un nuevo significado transferencial y sustituyendo la neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia; de la que puede ser curado por el tratamiento dado que es una neurosis artificial.

El vencimiento de la resistencia comienza cuando el analista la pone en descubierto y se la comunica al analizado. No obstante es necesario cierto tiempo para que el enfermo la reelabore, que prosiga el trabajo mediante la asociación libre y de esta forma continuar el levantamiento de las mismas.

Freud sostiene que la reelaboración de la resistencia puede convertirse en una ardua tarea para el analizado y en una prueba de paciencia para el analista, pero no obstante, es la pieza de trabajo que produce el máximo efecto y que distingue el tratamiento psicoanalítico del mero influjo sugestivo.

Años más tarde, en 1920, Freud incluirá otro tipo de repetición que será fundamental en la teoría. En Más allá del principio del placer, y con la introducción de la pulsión de muerte el aparato psíquico se complejiza. A partir



de determinados hechos que comienza a investigar se cuestiona si realmente el curso de los procesos anímicos es regulado por el principio de placer.

Realiza una distinción entre: la angustia, la cual corresponde a una expectativa angustiada y preparación para el peligro. El miedo, el cual se siente frente a un objeto determinado. Y en las neurosis traumáticas ubica al terror, que se produce por el efecto sorpresa y para el cual no se está preparado.

Al estudiar los sueños en las neurosis traumáticas, donde se repite exactamente la vivencia traumática una y otra vez, se pregunta si estos sueños son o no una realización de deseo. Lo mismo ocurre con el juego infantil, el fort-da, donde se repite la vivencia penosa de partida de la madre: ¿por qué se repite si esto no fue placentero en aquel momento ni lo es ahora?

Hasta este momento de la teoría, nos encontrábamos con determinados sucesos que eran placenteros para un sistema y displacenteros para otro; el síntoma por ejemplo. El hecho nuevo, es que descubre una compulsión de repetición que devuelve vivencias que no contienen posibilidad alguna de placer. Por ejemplo: el desaire de los padres con la disolución del complejo de Edipo que se repite en transferencia, los sueños de la neurosis traumática y el juego del fort-da. En estos casos hay una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio del placer. Lo cual lo lleva a las siguientes preguntas, por qué repite? Para qué repite?

Aquí cabe mencionar y desarrollar la noción de trauma para echar luz sobre las consideraciones antes mencionadas.

Freud define a la conciencia como la frontera entre lo interior y lo exterior, es un órgano receptor de estímulos y aún más importante, un órgano protector de estímulos. Denomina como traumáticas a las excitaciones que perforan la protección antiestímulo. Así el trauma es una perturbación en la economía psíquica y pone en marcha las defensas. En un primer momento el principio de placer quedará abolido y el aparato es inundado por grandes volúmenes de

excitación. La tarea del aparato será ligar los volúmenes de estímulo para su tramitación.

Pero frente a una intrusión enorme de cantidades, la contrainvestidura que se necesita para contrarrestarla es también muy grande y empobrece el resto de los sistemas. Así emerge una parálisis y rebajamiento de las operaciones psíquicas. Hay una investidura en libre fluir que esfuerza en pos de la descarga y deviene traumática. La tarea del aparato será la de ligar de alguna manera, ya sea por proceso primario o por proceso secundario. Comenzar a ligar para que el principio de placer restablezca su imperio y posibilite la posterior tramitación. La ligazón es un acto preparatorio que introduce y asegura el imperio del principio de placer.

Las neurosis traumáticas son el resultado de la ruptura de la protección antiestímulo y por lo tanto, los sueños buscan recuperar el dominio por medio de un desarrollo de angustia cuya omisión causó la neurosis traumática. Estos sueños no pueden verse como un cumplimiento deseo, sino que obedecen a la compulsión de repetición, se encuentran más allá del principio de placer y se repiten como intento de ligadura.

Un trabajo parecido será el que se realiza con la fuente de las excitaciones interiores: las pulsiones. También la tarea del aparato es ligar la excitación de las pulsiones y su fracaso produce una perturbación análoga a las neurosis traumáticas.

En este momento de la teoría Freud introduce la dualidad pulsional: las pulsiones vida, en donde quedan incluidas las pulsiones yoicas y las sexuales, que son conservadoras y contrarían el propósito de las otras: pulsión de muerte o Tánatos. No voy a extenderme en este tema dado que me interesa poner el acento en el concepto de lo traumático y en la importancia de las intervenciones tempranas en situaciones traumáticas. Dado que esto que queda coagulado en el aparato sin tramitar está condenado a repetirse, a



actuarse, y muchas veces desemboca en fenómenos psicósomáticos. Deja la subjetividad anclada sin pasado y sin futuro.

Por el contrario, cuando lo traumático se ligó, se abre la posibilidad de duelo, de simbolización, de dolor reconocible, nombrable y elaborable. Es imprescindible poder historizar y poder situar un hecho histórico en una trama significativa, pudiendo pensar simbólicamente eso que pasó.

Aldo Melillo (*Resiliencia y subjetividad: Realidad social, psicoanálisis y resiliencia, 2004*) sostiene que una vez que se revisó el pasado y comenzó el trabajo de elaboración, es absolutamente necesario la apertura al futuro y la construcción de nuevos proyectos. Aquí es particularmente útil el concepto de resiliencia; que es la capacidad de los seres humanos de superar los efectos de una adversidad a la que están sometidos y salir fortalecidos de esa situación.

La idea es poder pensar si se han producido eventos de esta categoría en la paciente estudiada y cómo respondió a los mismos. Así como evaluar la posibilidad iniciar los procesos de elaboración que no se hayan realizado hasta el momento de la consulta.

#### **6) El vínculo con la madre:**

Para desarrollar este indicador es necesario puntualizar algunos conceptos freudianos sobre la feminidad y el vínculo preedípico de la niña mujer con su madre.

En "Sobre la sexualidad femenina" (1931) Freud retoma la constitución del complejo de Edipo y agrega que también para la niña la madre debe de haber sido el primer objeto de amor. Esto es así ya que las primeras investiduras de objeto se producen por apuntalamiento en la satisfacción de las grandes necesidades de la vida y las circunstancias de la crianza son las mismas para los dos sexos.

De esta manera se le plantea a la niña dos tareas extras, resignar la zona originariamente rectora, el clítoris, por la vagina; y mudar el objeto madre, por objeto padre. Mientras que el varón retendrá tanto la zona erógena como el objeto.

También refiere que siempre que había existido una ligazón padre particularmente intensa, había sido precedida por una ligazón madre de igual magnitud y larga duración, hasta el cuarto o quinto año de vida. Es así que esta fase preedípica de la mujer deja espacio para todas las fijaciones y represiones desde donde reconducimos la génesis de la neurosis. Y más específicamente, esta fase de ligazón madre deja conjeturar un nexo particularmente íntimo con la etiología de la histeria.

Freud sostiene que el efecto del complejo de castración en la mujer es diverso que en el hombre, ya que ella reconoce que no tiene pene y así vivencia cierta inferioridad y se revuelve contra ella.

De esto se desprenden tres orientaciones posibles:

- universal extrañamiento respecto a la sexualidad; renuncia al quehacer fálico con su clítoris y a la sexualidad en general
- retener la masculinidad amenazada y la esperanza de tener alguna vez un pene (complejo de masculinidad que puede desembocar en una elección de objeto homosexual)
- configuración femenina, que mediante rodeos toma al padre como objeto y así encuentra la forma femenina del complejo de Edipo

Es así que el complejo de Edipo en la mujer es el resultado de un proceso prolongado y no es destruido por el complejo de castración, sino justamente creado por él.

Freud menciona varios mecanismos que coadyuvan para el extrañamiento respecto a la madre y el vuelco hacia el padre: los celos y la rivalidad hacia los



hermanos; el amor carece de meta; es incapaz de satisfacción plena y está condenado al desengaño, dejando lugar a una actitud hostil. Adicionalmente la nutrición insuficiente y la prohibición de masturbarse efectuada por la madre crean un fuerte motivo para la rebelión.

Debido a lo anteriormente expuesto la niña, sitúa la aceptación de la castración como hecho consumado con su consecuente inferioridad y responsabiliza de esto a la madre. Al final de esta primera fase de la ligazón madre, emerge el reproche hacia la madre de no haberla dotado con un genital correcto y así se produce el extrañamiento respecto a ella y el vuelco hacia el padre.

Aunque en un primer momento se obstina por creer que algún día lo poseerá, luego lo acepta y cree que esto es sólo un infortunio individual y sólo más tarde lo extiende a otros y finalmente a la madre. Al caer la madre fálica, posibilita su abandono y el cambio de objeto de amor. El extrañamiento respecto de la madre se produce bajo el signo de la hostilidad y la ligazón termina en odio, dada la intensa ambivalencia de este tipo de vínculo. Ese odio puede ser muy notable y permanecer toda la vida, aunque por lo común una parte se supera y otra permanece.

El pasaje de la madre al padre es un paso decisivo en el desarrollo de la niña y al par que sobreviene se observa un descenso de las aspiraciones sexuales de meta activa y un aumento de las pasivas.

Freud en la conferencia 33<sup>a</sup>, "La Femenidad" (1932) retoma la predilección de la mujer por las metas pasivas y agrega que la sociedad le demanda a la mujer sofocar su agresión y esto facilitaría que se plasmen ciertas tendencias masoquistas, por esto sostiene que el masoquismo es auténticamente femenino.

También en este texto acentúa el hecho que a partir del complejo de castración, la niña cae presa de *la envidia del pene*, lo cual dejará huellas en su desarrollo y constitución del carácter. Desempeñando los celos y la envidia un

papel más predominante que en los varones. Y adjudica a la feminidad un alto grado de narcisismo que influye también sobre su elección de objeto, y por tanto la necesidad de ser amada es más fuerte que la de amar. En la vanidad corporal de la mujer sigue participando el efecto de la envidia del pene.

Pone énfasis en que al volcarse al padre, espera recibir de él el pene que la madre le ha denegado, pero la situación femenina sólo se establecerá cuando el deseo de pene se sustituye por el deseo de hijo mediante la antigua equivalencia simbólica.

A las postulaciones de Freud, me parece interesante agregarle algunas ideas de Emilce Dio Bleichmar de su libro "El feminismo espontáneo de la histeria" (1985) Allí intenta diferenciar entre identidad de género y sexualidad y profundiza críticamente la identidad femenina. Refiere sobre el yo ideal femenino primario, su caída frente al descubrimiento de la castración simbólica materna y el trabajo de reconstitución del narcisismo de su género que conduce a la estructuración final de su feminidad.

Afirma que el ideal de género se constituye por:

- Representaciones ideales de los objetos, basadas en las tempranas impresiones de los padres, quienes son vistos como modelos ejemplares del género.
- Representaciones del varón/mujer ideal, que provienen del propio ideal de los padres de lo que debe ser un niño/niña.
- Representaciones del varón/nena ideal del propio niño/niña, de lo que quiere ser.

De esta forma la feminidad en tanto sentimiento de género es una línea evolutiva que sufre transformaciones a lo largo del desarrollo, pero que su núcleo se establece en forma temprana y sólida en forma independiente de la sexualidad. La sexualidad femenina y la elección de objeto se logran a plenitud siempre que la mujer armonice el narcisismo ligado a su género y la



narcisización de su sexualidad, proceso más tardío, conflictivo y sujeto a factores psicológicos y sociales.

La autora refiere varias diferencias con los postulados freudianos. Algunas de ellas son: la etapa preedípica no es igual en la niña que en el varón; la diferencia en la organización de la etapa preedípica en los distintos géneros es un efecto de la estructura asimétrica de la maternalización y paternización, procesos que se basan en la célula familiar de nuestra cultura; esta fase no se caracteriza en la niña ni por rasgos ni por manifestaciones de masculinidad; la madre en su carácter de objeto primario, impone la especificidad de su género a la relación madre-hijo; existe en los niños de ambos sexos una teoría preedípica sobre la feminidad; la envidia del pene es secundaria.

Siguiendo esta línea de pensamiento, dirá que el peligro de fusión, proyección y extensión narcisista, así como las mayores dificultades en la separación, se presentan más frecuentemente cuando la relación materno-filial tiene lugar con las hijas mujeres; ya que el período de simbiosis parece ser más prolongado entre madres e hijas mujeres.

Así la prehistoria de lo preedípico, el vínculo con la madre, es esencial para el desarrollo de la feminidad, pero no por la supuesta masculinidad que encierra, sino por la inevitable feminización que genera.

Diferentes estudios demuestran que las madres tienden a experimentar a sus hijas mujeres como menos separadas de ellas, sentimientos de unidad, continuidad e identificación predominan con las hijas mujeres y la relación tiende a retener elementos narcisistas, mientras que el componente libidinal permanece más débil. Por el contrario, cuando es madre de un género distinto al suyo, experimenta al hijo como opuesto a sí y entonces la investidura libidinal predomina sobre la narcisista. De esta forma hay una mayor sexualización del vínculo lo que a su vez reforzará la urgencia de la separación.

La más temprana relación de yo-otro ha sido categorizada en términos de identificación primaria (Freud) o identificación especular (Lacan); en ambos casos se trata de una relación de ser a ser, de ser-otro en la cual el otro queda ubicado como modelo o ideal. Para la niña la madre es un doble total, absoluto, superior al otro género, un ideal. Así vive el paraíso de ser igual al ideal y esto la llena de orgullo, pero así también con este ideal, en virtud de la estructura narcisista de la organización de su yo, se tenderá a fusionar y confundir. En relación a ese ser, la ambivalencia es máxima, ya que se produce cierta duplicidad, es un modelo ideal del género temprano y a la vez objeto anaclítico que otorga o niega. Para Dio Bleichmar allí radica el carácter prevalentemente conflictivo de la niña con su madre. En términos de Lacan, la agresividad es la tensión correlativa de la estructura narcisista.

Según Dio Bleichmar el género mujer contribuye a formar un núcleo en la identidad de la niña, fuerte e idealizado, un yo ideal, ya que la nena en tanto mujer es igual a la madre. Este ideal del yo femenino, esta feminidad primaria, es un objeto interno idealizado y fantasmático que no contiene conocimiento sobre la anatomía y la sexualidad femenina. Esta situación también afecta a la madre, que tiende a experimentar a su hija mujer como no separada y diferente de sí misma.

En relación a la feminidad, es decir al género, la niña no tiene que cambiar de objeto, ya que el objeto primario es el objeto de identificación de su género. Deberá cambiar de objeto para la organización de su goce, de su heterosexualidad. En cambio el varón, conservará a la madre como objeto de su elección para el establecimiento de su heterosexualidad pero deberá cambiar de modelo para la construcción de su masculinidad.

El desenlace edípico podrá reforzar o alterar este proceso que tiene lugar durante el período preedípico. El complejo de castración orienta y normativiza el deseo sexual, no el género, tiene que ver con la organización de la sexualidad femenina y no con la feminidad.



Adicionalmente en el período de latencia el rol de género se consolida a través de varias vías: por identificación al objeto rival, por ejercicio del rol y por un proceso cognitivo y social de aprendizaje que es activamente orientado por el medio.

### **7) El cuerpo (cómo lo siente, qué piensa de él, fantasías)**

La falta de procesos de elaboración, de ligadura y de sistemas simbólicos propicia el pasaje al cuerpo de la pura cantidad, lo cual condice con la aparición de afecciones que podrían encuadrarse dentro de ciertas enfermedades psicosomáticas. También es bastante usual el surgimiento de ansiedades hipocondríacas.

Para describir este indicador desarrollaré las ideas principales de Pierre Marty sobre las afecciones psicosomáticas (Tenorio de Calatroni, Marta. 1998. *Pierre Martí y la psicosomática*).

En un primer momento la observación psicosomática recaía en pacientes que padecían de desórdenes de la motricidad y del pensamiento, raquialgias, cefaleas y alergias. De a poco aparecen algunas nociones que serán centrales para entender el modelo. Una de ellas es la insuficiencia de los mecanismos neuróticos, que en el modelo actual es la falla en los mecanismos de mentalización. Esta insuficiencia de los mecanismos de defensa del yo se acompaña de desórdenes somáticos. Otra noción importante es la defensa somática, que en la actualidad se la integrará dentro de uno de los dos movimientos fundamentales de los procesos de somatización, el movimiento regresivo. Marty la concibe como un modo de defensa que suplirá la insuficiencia de los mecanismos de defensa neuróticos. La investidura de una función somática, al mismo tiempo que está ligada a fenómenos regresivos de defensa que van más allá del aparato psíquico, hace inoperante la organización neurótica defensiva del sujeto. Y la tercera noción es la de una energética común a las funciones psíquicas y las somáticas; es libidinal y opera según un orden evolutivo determinado.

En la medida que avanzan sus conceptualizaciones se agrega una comprensión de los datos clínicos a través de una aproximación metapsicológica. Así se realiza un identikit del paciente somático, sería una primera descripción de un paciente que presenta un estado operatorio. Sus principales rasgos son: falta de expresión afectiva, ausencia de capacidad fantasmática, pensamiento operatorio por su falta de ligaduras con sus fuentes inconscientes y por su cualidad de duplicación de la acción. Este pensamiento es un modo relacional sostenido por un mecanismo llamado reduplicación proyectiva. Mecanismo por el cual el sujeto desconoce su propia singularidad y la del otro, a quien le atribuye el mismo sistema de valores operatorios que el propio y en esta operación toda la enigmática del otro desaparece.

De a poco se llega a la noción de degradación de la libido tanto objetal como narcisista y a la liberación de fuerzas autodestructivas en el soma. La vía está libre para la pulsión de muerte representada por la depresión esencial y la desorganización progresiva. Marty define la depresión esencial por primera vez de la siguiente manera... "la depresión esencial se representa como una desaparición de la libido tanto narcisista como objetal, y esto sin compensación económica, como no sea la fragmentación funcional. Ella constituye, así, una de las manifestaciones clínicas más importantes de la presencia del instinto de muerte."<sup>9</sup>

La construcción del modelo psicosomático alcanza su maduración con la formulación de los procesos de somatización y la descripción de dos movimientos patológicos fundamentales: la regresión psicosomática y la desorganización progresiva. La regresión psicosomática, por analogía con las regresiones del yo de las enfermedades mentales, obtiene su valor funcional del hecho de apoyarse en las fijaciones, sistemas investidos de libido y escalón estable de detención del movimiento regrediente, mientras que la desorganización progresiva revela ser una regresión sin límites sostenida desde los efectos de la pulsión de muerte.

<sup>9</sup> P. Marty (1966) La depresión esencial. *Reveu Francaise de Psychanalyse*, XXXII, 3, pág. 595



En la última etapa de su obra, Marty buscó caracterizar la organización psicosomática individual y singular de cada paciente partiendo de criterios de orden económico.

Describió tres organizaciones estructurales a las cuales ha asociado diferentes tipos de módulos. Las organizaciones estructurales son: la neurosis de comportamiento, la neurosis de cáncer y las neurosis mentales, dentro de esta última podemos situar una organización original, la estructura alérgica esencial. Los tres módulos son: la calidad de la mentalización, que se basa en las características del preconciente, el valor funcional de los sistemas de fijación-regresión y el tipo de proceso de somatización. Así cada sujeto puede ser caracterizado por una combinación individual y singular de esos diversos componentes y la investigación psicosomática debe poder rendir cuenta de tres niveles de actividad: el nivel mental, el comportamental y el somático.

Por último considero importante describir la relación entre los procesos de mentalización y la psicosomática.

Como individuos estamos permanentemente expuestos a estímulos que nos llegan desde el exterior y desde el interior (pulsiones), todo lo cual desencadena excitaciones que conviene descargar. Las principales vías para metabolizarlas y reducirlas, consisten en primer lugar, en un trabajo mental de elaboración de las excitaciones experimentadas; y en segundo lugar en comportamientos sensoriales y motores ligados o no al trabajo mental. Los comportamientos más o menos acompañados de afectos, que se apoyan en la actividad sensorio motora, constituyen un inmenso campo al que cada una de las personas recurre según su naturaleza y las circunstancias.

Pero cuando las excitaciones que se producen no se pueden mitigar o no circulan, se acumulan y afectan a los aparatos somáticos de manera patológica.

La mentalización se refiere a las representaciones, a nuestras imágenes psíquicas y a su dinamismo. Las mismas se organizarán de manera progresiva en el desarrollo individual. Las representaciones facilitan las asociaciones de ideas, los pensamientos y la reflexión interior; así como son utilizadas en nuestra relación con los otros. Es decir que la mentalización trata de la cantidad y calidad de las representaciones en un individuo dado.

Es así que cuando las excitaciones pulsionales son de mediana intensidad y no se acumulan demasiado en un individuo cuya mentalización es buena, probablemente se asista sólo a la aparición de trastornos somáticos espontáneamente reversibles (asma, eczema, gastritis, úlceras, raquialgias, cefalalgias, jaquecas) Pero cuando las excitaciones instintuales y pulsionales son intensas y se acumulan en un sujeto cuya mentalización es mala, se corre el riesgo de asistir a la aparición de trastornos somáticos evolutivos graves (enfermedades cardiovasculares, autoinmunes y cánceres).

#### **8) *Las defensas (principal defensa en juego)***

En el caso estudiado, si bien se encuentra la presencia de la represión, se infiere que hay otros mecanismos defensivos que comandan el cuadro: la desmentida y la negación.

Considero importante describir brevemente estos mecanismos para pensar desde dónde abordarlos para luego articularlos con el caso.

#### **Represión:**

En el Diccionario de Psicoanálisis (1981) se define a la represión desde dos sentidos, a saber,

- En sentido propio, como la operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones, recuerdos, imágenes, ligados a una pulsión. La represión se produce



cuando la satisfacción de una pulsión que provocaría en sí misma placer, amenaza con provocar displacer en otro sistema.

La represión es particularmente manifiesta en la histeria pero desempeña un papel importante en el resto de las afecciones mentales, así como en el desarrollo normal. Es un proceso psíquico universal ya que se halla en el origen de la constitución del inconsciente como dominio separado del resto del psiquismo.

- En sentido vago, el término represión es utilizado por Freud en muchas ocasiones como sinónimo de defensa, ya que el modelo teórico de la represión es utilizado por Freud como el prototipo de otras operaciones defensivas.

Por otro lado, la represión puede describirse también dentro del triple registro de la metapsicología:

- Desde el punto de vista tópico: en la primera teoría del aparato psíquico se describe como mantenimiento fuera de la conciencia, no obstante Freud no asimila la instancia represora a la conciencia sino que el modelo lo proporciona la censura. En cambio, en la segunda tópica la represión se considera como una operación defensiva del yo parcialmente inconciente.
- Desde el punto de vista económico: la represión implica un interjuego complejo de retiro de catexias, recatectización y contracatexias que afecta a los representantes de la pulsión.
- Desde el dinámico: todo gira en torno a los motivos de la represión, es decir, cómo una pulsión cuya satisfacción engendraría placer, llega a provocar tal displacer que desemboca en la operación de la represión.

### Negación:

Según el Diccionario de Psicoanálisis la negación es un procedimiento por el cual el sujeto a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o afectos hasta entonces reprimidos sigue defendiéndose negando que le pertenezcan.

Freud afirma en su artículo de La Negación (1923) que un contenido de representación reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición que se haga negar. Así, la negación es un modo de tomar conciencia con lo reprimido. Sería una cancelación de la represión, aunque no una aceptación de lo reprimido. La función intelectual se separa del proceso afectivo y hay una aceptación intelectual de lo reprimido pero persiste lo esencial de la represión.

### Renegación:

Freud describió a la renegación como un mecanismo de defensa en donde el psiquismo se divide en dos corrientes, una que acepta la realidad y la otra la rechaza.

El sujeto se rehúsa a reconocer una percepción traumática, principalmente la ausencia de pene en la mujer. Lo adjudica inicialmente al fetichismo, luego a la psicosis y finalmente lo considera un mecanismo normal en el desarrollo del sujeto.

También lo menciona como desmentida y lo que produce es una escisión en el yo. En cuanto mecanismo normal del desarrollo del individuo dice que el yo infantil bajo el imperio del mundo exterior, tramita sus exigencias pulsionales desagradables mediante la represión. No obstante, también el yo desmentirá determinadas percepciones penosas que se le presentan desde el mundo externo; serían unos intentos a medias de desasirse de la realidad objetiva.

“La desautorización es complementada en todos los casos por un reconocimiento; se establecen siempre dos posturas opuestas, independientes entre sí, que arrojan por resultado la situación de una escisión el en yo.



También aquí el desenlace dependerá de cuál de las dos pueda arrastrar hacia sí la intensidad más grande.”<sup>10</sup>

Más allá de lo que emprenda el yo para defenderse, ya sea que quiera desmentir un fragmento del mundo exterior o rechazar una exigencia pulsional del mundo interior, el resultado siempre tendrá consecuencias; ya que siempre siguen allí las dos posturas opuestas, de las cuales también la más débil tendrá determinados residuos psíquicos.

De lo antedicho se desprende que determinada escisión en el yo es intrínseca al ser humano y por ende nos posiciona como sujetos escindidos, divididos. No obstante, como dice Freud la cuestión dependerá del equilibrio de las fuerzas en juego y de qué corriente sea la predominante en el psiquismo del individuo.

Es posible pensar que en los casos de trastornos narcisistas haya más procesos de renegación y desmentida y no sea la represión el mecanismo que comanda el cuadro.

Aragonés también hará una interesante reflexión sobre el mecanismo de la renegación.

Según Aragonés (*El Narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*, 1999) la renegación es la capacidad libidinal del yo narcisístico de escindir-se para eludir la represión y conservar en parte su realidad y sus creencias. En el inicio, para el yo sólo existe la realidad narcisista, por lo tanto aceptar la realidad es para el yo renunciar a su realidad y someterse a la realidad del ideal del yo, de la castración, del mundo exterior. Es por tanto la realidad donde el yo acepta desprenderse de sus objetos autoeróticos. Por otro lado, la otra corriente la rechaza, ya que el yo narcisista no está dispuesto a perder su propia realidad, la de sus creencias.

---

<sup>10</sup> FREUD, Sigmund. 1937-1939. Tomo XXIII: Esquema del Psicoanálisis. CAAP. VIII, Pág. 205. Obras completas, Editorial Amorrortu

En las estructuras narcisistas, el yo conserva el objeto autoerótico aún a costa de no incorporarse totalmente a la realidad de la castración. El yo convive con la completud e ignora la amenaza de castración. En cambio en las neurosis se renuncia a los objetos autoeróticos y se aprende a convivir con los señuelos o sustitutos, añorando el objeto perdido.

La renegación puede ser descrita como un mecanismo de defensa del yo para preservar creencias o bien como un factor disociativo, de ruptura y de no integración. Se puede pensar que todo dependerá del uso que se le de y del equilibrio de las defensas en juego. En el tiempo del narcisismo, los movimientos de transformación en lo contrario y vuelta sobre sí mismo, hacen posible que se produzca el mecanismo de renegación; ya que los movimientos de la libido narcisista le confieren al yo la capacidad de fusionarse, desdoblarse y dividirse. Esta capacidad del yo narcisista hace que la renegación sea un mecanismo indispensable en el desarrollo y que estos requiebros del yo narcisista proporcionen tiempo y creen un lugar de espera en lo psíquico dando lugar a una segunda oportunidad para que el acervo narcisista sea rescatado.

Cuando la renegación tiene su oportunidad, ayuda a posibilitar un mejor desarrollo; en realidad el papel fundamental de la represión y de la renegación puede captarse mejor si se observa su acción conjugada.

La represión desencadena el pasaje de un narcisismo primario de un yo cuya libido lo incluye todo a un narcisismo secundario de un yo cuya libido se retrae y deja afuera a un mundo exterior. Así este pasaje está plagado de múltiples momentos fundantes del psiquismo y no es rectilíneo, ya que la renegación y la escisión abren y cierran distintas posibilidades de desarrollo.

En cambio esto no se produce cuando el mecanismo de renegación fracasa por la violencia del desgarramiento y por ende nos encontramos con otros destinos del yo, que se desarrollarán a continuación articulándolo con el caso clínico.

### **9) La transferencia / La contratransferencia**



Para analizar este ítem comenzaré por examinar el concepto de Transferencia. En el diccionario de Psicoanálisis (1981) es definida como: el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y de un modo particular dentro de la relación analítica. Es una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Se la reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

Freud en "Sobre la dinámica de la Transferencia" (1912) explica como todo ser humano por efecto conjugado de sus disposiciones innatas e influjos que recibe de su infancia adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa. Esto da por resultado un clisé que repite de manera regular en sus vínculos.

Afirma que si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha, se volcará hacia cada nueva persona que aparezca y muy especialmente con el analista. Esta investidura se anudará a uno de los clisés preexistentes y así insertará al médico en una de las series psíquicas de la persona.

Hay que tener en cuenta que también las representaciones inconscientes han producido la transferencia, ya que sólo un sector de mociones libidinales ha recorrido el pleno desarrollo psíquico, otra parte en cambio, ha sido demorada, apartada de la personalidad consciente. Esto explica en parte porque la transferencia también nos sale al paso como la más fuerte resistencia.

En la neurosis nos encontramos con el siguiente proceso: ante una frustración de satisfacción, se produce una regresión, una introversión de la libido que reanima las imagos infantiles. La cura psicoanalítica la sigue hasta allí y las fuerzas que causaron la regresión de la libido ahora se elevan como resistencia

al trabajo para conservar el nuevo estado. Para liberar a la libido será necesario cancelar la represión.

Si algo del material del complejo es apropiado para ser transferido sobre el analista allí se anudará la transferencia y la resistencia, produciéndose la desfiguración por transferencia. La respuesta a la pregunta de por qué la transferencia sirve tan bien como medio para la resistencia viene dada cuando logramos diferenciar los tipos de transferencia y sus correspondientes mociones concientes e inconcientes.

Así tenemos la *transferencia positiva*: que a su vez se divide en:

\*sentimientos tiernos y concientes, portadores del éxito terapéutico y con los cuales hacemos alianza terapéutica.

\*erótica e inconciente, que devendrá resistencial.

A esto se suma la *transferencia negativa* de sentimientos hostiles, que también producirá resistencia.

Por lo tanto, es la ambivalencia de los sentimientos lo que mejor explica la aptitud de los neuróticos para poner sus transferencias al servicio de las resistencias.

Las mociones inconcientes no quieren ser recordadas y al ser despertadas, querrán actuarse. El analista quiere que el paciente inserte esas mociones de sentimiento en la trama del tratamiento y en su biografía. De esta manera se establece una lucha entre intelecto y vida pulsional que se desenvuelve en torno a los fenómenos transferenciales.

En realidad todos los conflictos tienen que librarse en el terreno de la transferencia ya que es la manera que tenemos de que se vuelvan actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes. Por eso es tan importante el poder preparar las condiciones para que la transferencia se anude al analista y adquiere un valor tan particular el concepto



de abstinencia, por el cual dejamos un lugar vacante para que se instale la misma.

Freud sostiene que lo más complicado del trabajo del analista es el manejo de la transferencia, y en hacer subsistir necesidad y añoranza como fuerzas pulsionantes del proceso y cuidarse de apaciguarlas mediante subrogados. Es necesario aprender a retener la transferencia como algo que se atraviesa en la cura y que debe ser reorientado hacia sus orígenes inconcientes y así llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa del paciente para así gobernarlo; es decir que pueda entender los fundamentos infantiles de su amor.

Todo este complejo proceso, implica la instalación de la neurosis de transferencia, una neurosis artificial en donde todos los síntomas adquieren un significado transferencial. Representa una nueva edición de la neurosis clínica y su esclarecimiento conduce al descubrimiento de la neurosis infantil.

De esta forma la tarea del analista es llevar al enfermo a tomar noticia de las mociones reprimidas poniendo en descubierto las resistencias, aprovechando la transferencia para que se convenza de que los procesos represivos sobrevenidos en la infancia son inadecuados y que una vida gobernada por el principio de placer es irrealizable.

Al paso que eliminamos las resistencias, el paciente va integrando en su yo las mociones pulsionales hasta entonces escindidas en él. Una vez que la persona vuelve a tener la energía a su disposición, la psicosis se consuma de manera inevitable y es preciso que lo haga según sus propios caminos. Freud advierte sobre el no intentar educar al paciente para que se asemeje a nosotros, sino que es necesario que se libere y consume en su propio ser.

Cabe aclarar que el movimiento indispensable en la terminación de un análisis será la disolución de la transferencia, la caída del sujeto supuesto saber, en términos de Lacan. El tema del fin de análisis es muy rico y complejo pero no

voy a desarrollarlo en este trabajo ya que no es posible articularlo con el caso descrito, dado que se piensa como un alta parcial.

Freud en *Nuevos Caminos (1918)* indica que en determinados pacientes "desorientados" habrá que aunar el influjo analítico con el pedagógico. Que si bien la técnica analítica creció en el tratamiento de la histeria, una espera pasiva de ocurrencias no es apropiada en otro tipo de afecciones y ahí apela a los nuevos desarrollos y a la adecuación de la técnica a las nuevas condiciones mencionada anteriormente.

Este punto es el que se desarrollará en este trabajo y donde se puede situar a la paciente estudiada. En un tratamiento acotado no podemos hablar de resolución de la neurosis infantil ni de disolución de la transferencia, condiciones necesarias e imprescindibles para pensar en un fin de análisis. Sin embargo lo que si se puede pensar es cómo se ha ido instalando la transferencia, cómo ha operado y los movimientos dentro y fuera del análisis que se han dado por el trabajo conjunto. Analizar de qué manera se han producido las polarizaciones de amor/odio que establecen con los objetos, también en el plano transferencial y pensar la forma de manejar esta situación tan complicada que se produce durante el proceso terapéutico. Ya que además la transferencia suele adquirir modalidades muy diferentes tanto en el transcurso de una sesión como en los diferentes momentos del tratamiento.

Ahora bien, paso a examinar el concepto de Contratransferencia. Según el diccionario, sería el conjunto de reacciones inconcientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente frente a la transferencia de éste.

Freud aludió muy poco a la contratransferencia pero subraya la importancia del análisis del analista para poder tener sus propios complejos y resistencias lo más trabajadas posibles y que no se conviertan en puntos ciegos durante el tratamiento con el paciente.



Entre los autores post freudianos hay grandes diferencias en relación a la misma. Para algunos la contratransferencia sería todo aquello que por parte de la personalidad del analista puede intervenir en la cura; otros en cambio limitan la contratransferencia a los procesos inconcientes que la transferencia del analizado provoca en el analista.

También difieren en cuanto al procedimiento a seguir con la misma. Por ejemplo la escuela inglesa apela a su interpretación guiándose por las propias reacciones contratransferenciales, siendo la resonancia de inconciente a inconciente la única comunicación auténticamente psicoanalítica.

Por el contrario, la escuela francesa postula reducir todo lo posible las manifestaciones contratransferenciales mediante el análisis personal, ya que serían resistencias del analista y considera que utilizarlas reduce la experiencia a la mera proyección y a una interpretación de ego a ego que trata de evitar a toda costa.

Otros, siguiendo la indicación de Freud, postulan utilizar las manifestaciones contratransferenciales, pero controlándolas; ya que el propio inconciente es un instrumento para poder interpretar las expresiones del inconciente de los pacientes.

En esta última línea sitúo a Rafael Paz (*Preliminares sobre la contratransferencia*, 1995) y desarrollaré algunas de sus ideas sobre la instrumentalización de la contratransferencia que me resultan muy interesantes y útiles en la práctica clínica.

Postula que las contratransferencias son emergentes intrínsecos y constantes de la estructura básica del campo transferencial. Y que, si habría que evitarlas a toda costa, se perdería una masa enorme de material potencial.

Define a la contratransferencia como la activación de vínculos y fantasías primarias, reconocibles por sus efectos, suscitada en el analista a partir de lo manifestado por el analizado en un proceso analítico.

Siempre somos afectados por las comunicaciones de nuestros pacientes, pero esto no quiere decir que siempre se abran o rocen los aspectos más guardados. Es decir que para Paz, no toda respuesta emocional es contratransferencia. Sin embargo, el fenómeno contratransferencial no es algo circunstancial ni excepcional, ya que se trata de la movilización de aspectos disociados del analista situado en una posición regresiva potencial favorecida por la atención flotante.

Paz la enuncia como "complicación fecunda" ya que siempre se inicia como una dificultad, pero el destino dependerá de cómo se la tramite. La instrumentalización sólo es posible en segunda instancia, ya que la comunicación del analizado que nos moviliza es sorpresiva, de allí que requiera de una recuperación por parte del analista para que se vuelva eficaz como comprensión interpretable.

La secuencia es la siguiente:

- una respuesta emocional profunda y en cierta medida enigmática
- los sentimientos y respuestas suscitadas conmueven el lugar del analista
- se hace necesario elaborar algún tipo de intervención para recobrase del involucramiento
- cuando de logra se evidencia un avance y una consolidación de todo lo que sostiene el proceso analítico.

Sostiene que mantener disponibilidad contratransferencial requiere poner en resonancia las reacciones profundas con las elaboraciones que en la cabeza del analista se van dando y trabajar dentro de sí las respuestas a los múltiples estímulos que recibimos. Operando con prudencia y no dejarse tentar contraactuando mediante formas de saber compulsivo o liquidando el timing con un ping-pong reintroyectivo.



Por otro lado, también me resultan muy atractivas las ideas de Winnicott en su artículo "El odio en la contratransferencia" (1947) y me parecen oportunas para poder pensar el caso presentado. En este texto plantea el tema de la ambivalencia y los efectos del odio en la contratransferencia en el tratamiento con pacientes psicóticos.

*Refiere "...la tarea del analista que emprende el análisis de un psicótico se ve seriamente influida por este fenómeno y el análisis de los psicóticos se hace imposible a menos que el odio del propio analista sea consciente y bien delimitado."*<sup>11</sup>

Considero que lo que Winnicott plantea con pacientes psicóticos se puede ampliar al tratamiento con niños y con pacientes graves; como es el cuadro de la paciente estudiada.

El autor sostiene que una de las principales tareas del analista es mantener la objetividad ante todo lo que le presente el paciente. Para esto es esencial que el analista pueda odiar objetivamente al paciente. En realidad no suele haber dificultad para controlar el propio odio, que permanece latente. Lo más importante es que, a través de su propio análisis, se haya librado del odio inconsciente perteneciente al pasado y a los conflictos internos. El analista debe estar preparado para soportar la tensión sin esperar que el paciente sepa lo que está haciendo, por lo menos por un buen tiempo. Por lo tanto al analista debe resultarle fácil asumir sus propios temores y odios. Propone que sería positivo que a la larga el analista sea capaz de decirle al paciente lo que él ha experimentado en sí mismo, si es que el análisis lo permite.

En el análisis con este tipo de pacientes, en ocasiones el analista pasa mayores dificultades para mantener su odio latente. Lo cual solo logrará si es plenamente consciente de ello.

---

<sup>11</sup> WINNICOTT, Donald: 1947. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis: El odio en la Contratransferencia, Pág. 267

No obstante, en ciertos momentos el paciente busca el odio del analista y entonces se necesita un odio objetivo. Por lo que es necesario que encuentre ese odio objetivo y justificado y para que sea capaz también de encontrar amor objetivo e incorpore la capacidad de tolerar odiar al analista así como el analista es capaz de odiarlo a él.

El autor compara la situación analítica con la relación entre una madre con su bebé recién nacido, en donde la regresión tan profunda impide la identificación con el analista y no puede apreciar su punto de vista más de lo que el bebé puede apreciar de la madre.

Dice que una madre debe ser capaz de tolerar el odio que el hijo le inspira sin hacer nada al respecto, no puede expresárselo. Es necesario que pueda sentirlo, que reciba el daño que el bebé le causa y no pagarle con la misma moneda.

*“El analista debe desplegar toda la paciencia, tolerancia y confianza de una madre dedicada a su pequeño; debe reconocer como necesidades los deseos del paciente; debe apartar de sí otros intereses a fin de estar disponibles puntualmente y de ser objetivo; y debe dar muestras de querer dar lo que en realidad solamente se da debido a las necesidades del paciente”<sup>12</sup>*

Posiblemente halla un período prolongado en el cual sea imposible que el paciente aprecie el punto de vista del analista. No se puede esperar reconocimiento ya que en la raíz primitiva del paciente no hay capacidad para la identificación con el analista y el paciente no puede ver que el odio del analista es generalmente engendrado por las cosas que el paciente hace. No obstante, como expresamos anteriormente, Winnicott plantea que sería esperable que cerca del final del análisis el analista pueda decirle al paciente lo que él mismo hacía a escondidas cuando el paciente estaba enfermo durante

---

<sup>12</sup> WINNICOTT, Donald: 1947. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis: El odio en la Contratransferencia, Pág. 278



las primeras etapas. Ya que si no se realiza esta interpretación el paciente es mantenido en la posición del pequeño que es incapaz de comprender lo que le debe a su madre.

### **Capítulo 3: Desarrollo del trabajo de campo**

Para analizar el caso empírico, dividiré el material clínico de la siguiente manera:

- A. Entrevistas iniciales
- B. El tratamiento

#### **A. Entrevistas iniciales**

##### I. Datos de la entrevista de admisión

Realizada con el psiquiatra y por la cual fue evaluada presuntivamente como una depresión y pasó a formar parte del grupo estudiado.

Alicia, 59 años, argentina, divorciada, ama de casa. Derivada a psicopatología por el médico clínico.

“Me derivó el médico. Cuando me separé empecé a ver que podía subsistir. Noté que no tenía tanto miedo. No lloro más pero por eso tengo dolor de estómago. Esta actitud de aguantar es la de siempre. En los años que me quedan quisiera ser feliz, poder disfrutar, no tengo que seguir comiéndome la acidez.

Tengo embargado el departamento y Eduardo está con ataques de fobia por esos problemas.

Mi mamá es psicótica, tuvo muchas internaciones, fue adicta a los remedios, siempre quiso ser más joven.

Fui decaendo desde semana santa, mi hermana es alcohólica y tengo un hermano que según la psiquiatra es psicópata.



Estoy intentando trabajar pero mi estima es baja. Fui el patito feo de mi familia toda la vida. Mi hermana la superpoderosa.

Sigo pidiendo perdón por todo.

Separada hace cuatro años, era un hombre golpeador.

Tuve depresión posparto después de mi tercer hijo. Hice diferentes tratamientos desde la adolescencia. Una vez por mi hijo con síndrome de down. El último hace dos meses. Estoy medicada, tomo Alplax, Valium, Melatol y Fluoxetina.”

## II. Trascripción de las primeras entrevistas

### *Primera entrevista con el terapeuta*

T: Cuénteme qué la trae por acá Alicia?

P: *Acá estoy, somatizando que da gusto. Sigo con depresión. No estoy siempre igual. Tengo una autoexigencia! Muy cruel. Estoy sin trabajo y se acaba el dinero. De mis tres hijos, uno es down. Somos una lacra junto con Eduardo.*

T: quién es Eduardo?

P: *mi hijo mayor, el que tiene síndrome de down. La única salvación es la desaparición nuestra. Un sello, una lacra.*

T: Cómo es eso?

P: *Es una marca, la cara del mogólico no se puede borrar, su rostro lo demuestra. Había que enfrentar la sociedad, primero con estimulación....Al nacer yo tenía 23 años. Soy cruel conmigo, el tema del dinero...Soy una carga,*

*Eduardo y yo. Hay deudas, embargos. Tengo esa cosa de madre de que mis hijos vuelen, pero no van a poder hacer su vida por nosotros dos.*

T: tiene más hijos? Qué edades tienen?

P: *Eduardo 35 y vive conmigo, Darío 34, se casó hace 5 años y Gastón 25 que vive con nosotros. Eduardo empezó a salir este año, luchamos por tres años para que saliera con sus pares, tiene problemas de pares.*

*No sé si soy divorciada o viuda. Estuve seis años de novia, 34 de casada y en un año y medio me separé, me divorcié y enviudé. Germán falleció hace 3 años, lo encontraron muerto dos días después, un infarto masivo. Hace 5 años, los llamé a los tres y les conté que el padre era golpeador.*

*Tengo asma bronquial. Alergias. Fui una mujer golpeada, hice tratamiento por violencia familiar. Darío está inhibido por las deudas del padre, en unos meses se termina la inhibición de plata. Tengo que sentarlos y decirles: hasta acá, no hay más plata.*

*Tejí todo el invierno, estoy cansada, tengo gastritis crónica, mi mamá a mi cargo. Mi hermana alcohólica con problemas con su hija. Me pesa el cerebro. De mi cuñada espero ayuda y nunca llega. Yo tengo un problema. Mi madre está en un geriátrico y la golpean. No soy clara para pedir ayuda y menos a mis hijos, es un bodrio, pido tantas disculpas que asusto. Mi madre es enferma psiquiátrica incontenible, es otro peso, otra culpa. Tengo un sello de responsable, honrada, limpita. Todo lo asume Gastón, es el menos lastimado, estuvo engañado por un padre que no existía. Darío fue estafado por el padre y vivió la violencia.*

*La psicóloga de Eduardo dice que va a hacer una entrevista con todos para plantear lo de la plata. Eduardo está con ataques de pánico. Darío nos ignora, aparece y desaparece. El psicólogo de él le debe decir "alejate", cada psicólogo cuida a su paciente. Me castiga.*



T: qué es lo que quisiera decirle a sus hijos?

P: *como siempre empezaría pidiendo disculpas. Soy clara cuando escribo. Si es el momento de reventar que no me hagan el estudio del colon. El padre era español y por eso tenemos una ayuda económica de España. Hace 9 meses que no tengo más trabajo. Por dentro tengo un volcán en erupción, hay momentos en que no siento nada, hielo y después me afecta el estómago. No sé si decirles o no a mis hijos. Finjo permanentemente, me dicen "pará de hablar" o "por qué no dijiste antes" Darío es el que está peor, no tengo que esperar nada. Mi cabeza revienta. No estoy en condiciones de ir a trabajar.*

T: de qué trabajaba antes?

P: *relación con el público toda la vida, otra cosa me asusta. Fui secretaria, perito mercantil, profesora de música y de catequesis. Hasta hace 9 meses en una santería haciendo un reemplazo, pero el cura me estafó. Estoy en juicio con el arzobispado.*

*Eduardo trabaja en un local de comidas rápidas hace 10 años. Gastón en una empresa constructora y Darío es profesor de educación física. La esposa está recién recibida y no aporta plata, no lo necesita.*

*El departamento está embargado, después quiero ponerlo como bien de familia para trabarlo. Si vienen a sacármelo llamo a Crónica y pongo a Eduardo en la pantalla. Que tomen el timón mis hijos porque a mi no se me ocurre más nada. Me entrego...*

(Lo último que dice es confuso pero refiere una fotografía mental de Jesús y la Virgen María y un barco en la tempestad donde ella se entregaría.)

T: bueno, tal vez haya otras opciones y se pueda remar en la tempestad. Además tal vez necesite ayuda en este momento pero eso no significa que vaya a necesitar ayuda toda la vida.

P: - (silencio)

T: La idea es volver a tener otra entrevista la semana que viene, para seguir conociéndonos y ver cómo trabajamos juntas y si podemos empezar un tratamiento. Es importante que sepa que aquí, en el hospital, los tratamientos duran un tiempo establecido, más o menos de seis meses y si es necesario se puede recontractar por tres meses más. Ahora lo que tendría que hacer es ver al psiquiatra para evaluar un poco el tema de la medicación.

P: *no quiero porque me dijo que duplicara una de las que estaba tomando y no la tomé.*

T: bueno, de todas formas es necesario que tenga una entrevista y se lo comente y charle con él sobre sus miedos y le pueda preguntar por qué el cambio, y todas las dudas que tenga, le parece? Y después vemos cómo seguimos...

P: *bueno, vengo a verlo la semana que viene...*

### *Segunda entrevista*

(1 semana después)

P: *Estoy empezando la preparación del estudio del colon, mi mamá tuvo cáncer de colon, está operada. Las preparaciones le hacían muy mal, la descomponían, tengo miedo que me pase lo mismo, estoy muy asustada. No sé cómo voy a hacer cuando llegue, el médico me dijo que entre y diga lo que siento, yo siempre con eso de "cómo voy a jorobar lo menos posible" Se ve que sigo con esa cosa de chica abusada.*



T: le explicaron en qué consiste el estudio?

P: *si, le mandé por fax a mi hijo Darío las indicaciones y no me contestó. No nos contesta los llamados. Tengo gastritis crónica. Ahora logré llorar, hace 4 años que no lloro, antes una llorona, me endurecí.*

T: cómo es eso que era llorona y se endureció, por qué?

P: *y...fui una chica abusada, mi madre hipocondríaca. Tengo problemas con Darío desde que murió el padre, antes era perfectito. Se casó...*

*Y al año y medio de Gastón tuve una internación por depresión. Mi marido tenía otra mujer. Con él estuvo todo mal, no tengo buenos recuerdos y los que tengo, fueron mentira.*

T: cuánto tiempo estuvo internada?

P: *no me acuerdo...Ahora voy a empezar a ir a grupos de personas con parientes de alcohólicos para ver cómo tratar a mi hermana.*

T: cómo es la relación con su hermana?

P: *es alcohólica...*

T: y con el resto de su familia de origen?

P: *con mi hermano bien hasta que me di cuenta que me manipulaba. Con mi mamá mal, con mi papá tenía buena relación, él falleció y mi mamá siempre estaba celosa. Sigue igual, me cela con todo, cuando voy a visitarla, me agarra, quiere mi ropa, quiere todo para ella. Yo soy igual físicamente, un calco, como "dos gotitas de agua".*

T: Alicia, usted mencionó un par de veces que fue una chica abusada...

P: *si, pero no quiero hablar de eso. Eduardo me hace planteos de que se quiere ir a vivir solo, no estoy en condiciones de escucharlo. Estoy cansada, mal, necesito hablar de mí y no me puedo ocupar de eso ahora.*

T: cómo está el tema del dinero que la preocupaba tanto la semana pasada?

P: *hablé solo con mi hijo Gastón, iremos viendo. "Me tienen que dar".*

T: tuvo la entrevista con el psiquiatra?

P: *si, hablamos, voy a empezar esta semana con la medicación que él me indicó.*

### III. Algunas consideraciones de estas primeras entrevistas

Como ya lo indicó Freud las entrevistas iniciales tienen una importancia crucial en los tratamientos analíticos.

Sus objetivos son los de establecer un diagnóstico presuntivo, analizar la posible capacidad de transferencia que se habrá de establecer y poder comenzar a generar buen rapport para iniciar la alianza terapéutica con el paciente. Freud propone no comunicar más esclarecimientos que los indispensables para que continúe el relato.

Por otro lado es importante que no se prolonguen mucho para evitar que el paciente haga en demasía y prematuramente de nuestra persona el soporte de sus investiduras y proyecciones por si luego no se continuará trabajando con él.

También es peligroso si se decide iniciar apresuradamente una relación analítica que el paciente no pueda sostener, lo cual podría provocar una vivencia de estado persecutorio o depresivo por repetir nuevas frustraciones.



Es decir que, es necesario un cierto tiempo, pero acotado, para analizar las variables descritas y tomar una decisión. También resulta recomendable poder anticiparle esto al paciente para que no lo tome desprevenido y de alguna manera al anticiparlo, esto facilita la elaboración posterior.

Se ve en el caso clínico descrito como, al final de la primera entrevista, esto es verbalizado directamente a la paciente. Si bien no pregunta nada al respecto, ya fue enunciado y en caso necesario uno lo retomará en el momento oportuno.

En cuanto a las intervenciones en estas primeras entrevistas se puede observar que las mismas intentan, por un lado, que el relato prosiga, pero también ir ordenándolo un poco ya que el discurso se presenta sumamente desorganizado y la paciente salta de un tema a otro sin poder reparar en ninguno en particular. Las preguntas tratan de seguir el hilo que la paciente viene presentando y profundizar en los datos que va trayendo.

Otro autor que cabe mencionar para la temática de las primeras entrevistas es José Bleger. En su artículo "La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación" (1976) postula una serie de cuestiones muy importantes a tener en cuenta al momento de realizarlas.

En primer lugar sostiene que la libertad del entrevistador, en el caso de la entrevista abierta, reside en una flexibilidad suficiente como para permitir en todo lo posible que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos personas y su aspecto fundamental se podría decir es que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento.

De esta teoría de la entrevista derivan algunas orientaciones para su ejecución. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino obtener datos completos del comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que queden incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

La entrevista incorpora algunas de las exigencias del método experimental y así, constituye un procedimiento de observación en condiciones controladas. De esta manera, la entrevista puede ser considerada, en cierta medida, de la misma manera que el tubo de ensayo para el químico, según una comparación de Young.

Es decir que al no ser una situación familiar, sino creada, armada y de observación, es deseable que el paciente la reconozca como tal y por lo tanto su actitud esté influida por la misma. Es así que son esperables la aparición de ciertas expectativas, la observación de la persona que toma la entrevista, así como, la aparición de ciertas ansiedades de tinte paranoide.

Entrevistado y entrevistador se enfrentan con una situación desconocida, ante la cual no tienen todavía estabilizadas pautas reaccionales adecuadas y la situación no organizada implica una cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización es la ansiedad.

La ansiedad constituye un índice del curso de una entrevista y debe ser atentamente seguida por el entrevistador, tanto la que se produce en él mismo como la que aparece en el entrevistado. Debe ser vigilada no sólo su aparición sino también su grado o intensidad, porque si bien dentro de determinados límites es un agente motor de la relación interpersonal, esta última puede quedar totalmente perturbada e incontrolada si sobrepasa cierto nivel, por lo que el umbral de tolerancia a la misma debe ser permanentemente detectado.



En la entrevista se pueden incrementar tanto su ansiedad como sus mecanismos defensivos, porque lo desconocido que enfrenta no es sólo la situación externa nueva, sino también el peligro de lo que desconoce en su propia personalidad. El entrevistado solicita ayuda profesional cuando experimenta ansiedad o se ve perturbado por los mecanismos defensivos ante la misma.

Si estos factores no se presentan, porque están negados, el lograr que aparezcan en una cierta medida en la entrevista, forma parte de la función que el entrevistador tiene que llevar cabo. La ansiedad sólo debe ser manejada comprendiendo los factores por los cuales aparece y operando según esa comprensión.

Podemos pensar que en Alicia no se observó ansiedad en este sentido en estas primeras entrevistas. Tampoco pareciera que se haya mantenido cautelosa o con cierto reparo de lo que contaba o cómo lo contaba teniendo en cuenta que no nos conocíamos y eran nuestros primeros encuentros. Sino, por el contrario, como se expresó anteriormente, verbalizaba todo lo que venía a su mente y sin explicar ni introducir nada, como si yo supiera de quién y qué estaba hablando.

Retomando las ideas planteadas por Bleger (1976), cada ser humano posee sistematizada su personalidad en una serie de pautas o repertorio de posibilidades y son éstas las que esperamos que se pongan en juego o exterioricen en el curso de la entrevista. Así, pues, la entrevista funciona como una situación en la que se observa una parte de la vida del paciente, que se desarrolla en relación a nosotros y frente a nosotros. Ninguna situación puede lograr la emergencia de la totalidad del repertorio de conductas de una persona, y por lo tanto, ninguna entrevista puede agotar la personalidad del paciente, sino sólo un segmento de la misma.

Una entrevista tiene su clave fundamental en la investigación que se realiza en su curso. Las observaciones que se registran en la misma son siempre en función de hipótesis que va emitiendo el observador.

Otra acepción similar subraya en la transferencia las actitudes afectivas que el entrevistado vivencia o actúa en relación con el entrevistador. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta de la personalidad del entrevistado que no entran entre los elementos que él puede referir o aportar voluntaria o conscientemente, pero que agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y al carácter de sus conflictos.

En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se comporta en función de los mismos. En otros términos, traslada situaciones y pautas conocidas a una realidad presente y desconocida, y tiende a configurar a esta última como situación ya conocida, repetitiva.

Con la transferencia, el entrevistado aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el entrevistador podrá encontrar lo que el entrevistado espera de él, sus fantasías de la entrevista, su fantasía de ayuda. Es decir, qué cree él que es ser ayudado y estar sano, incluidas las fantasías patológicas de curación, que con gran frecuencia consisten en el logro de aspiraciones neuróticas. Se podrá igualmente despistar otro factor importante que es el de la resistencia a la entrevista o a ser ayudado o curado y la intención de satisfacer anhelos frustrados de dependencia o de protección.

El fin de la entrevista debe ser respetado como todo el encuadre, y la reacción a la separación es un dato de gran importancia, tanto como la evaluación de cómo se va el entrevistado y como quedamos nosotros contratransferencialmente con él.



Así mismo, Liberman sostiene además que el analista sabe algo acerca de lo que le pasa al paciente del cual el paciente no está notificado. Hay una distancia entre el relato de los sucesos y lo que el analista es capaz de comprender de ese relato, de las hipótesis e inferencias que realiza.

Esta idea se podría relacionar con la diferenciación entre motivo de consulta, aquello por lo que el paciente dice venir y la demanda. Ya que no siempre el paciente desea ser curado del síntoma por el que consulta. En cambio la demanda es inconsciente y sólo se articula como tal en la interpretación del deseo que porta. Por lo tanto requiere ser interpretada y así, en algunos casos, se genera otra demanda: la demanda de análisis, el punto en que se produce una implicación subjetiva con el padecimiento.

Otra autora que considero sumamente interesante para pensar estas entrevistas preliminares es Piera Aulagnier y sus conceptos de "analizabilidad", "autodiagnóstico del analista" y "movimientos de apertura" (*Op.cit.1986*)

Ella dirá que juzgar a un sujeto de analizable es creer que la experiencia analítica le permitirá traer a la luz el conflicto inconsciente que está en la base de su sufrimiento psíquico y de los síntomas. Así como, que las deducciones que se extraigan de las entrevistas iniciales, hagan esperar que el paciente sea capaz de poner aquella iluminación al servicio de modificaciones de su funcionamiento psíquico a objetivos que refuercen la acción de Eros a expensa de Tánatos. Esto es, hacer más fácil el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar, de existir...aunque por momentos la pulsión de muerte se alce sobre lo que se elabora y construye en el espacio analítico.

De estas dos primeras entrevistas podemos indicar que la paciente atribuye cierta causación psíquica y relación, entre sus nervios y angustias con sus padecimientos orgánicos. Por ejemplo cuando dice "somatizando que da gusto" y luego refiere las cosas que la preocupan y la deprimen. Así como, que ya no llora más pero se traga la acidez y tiene dolor de estómago. También refiere

que su carácter se modificó, “de llorona a dura”, por las circunstancias vitales que tuvo que atravesar, algunas de ellas sumamente traumáticas.

Todo esto nos permite inferir que de poder resolver algunas cuestiones emocionales esto le traería aparejado un cambio en varios aspectos de su vida y se sentiría mejor. Veremos más adelante si está dispuesta a realizar estos cambios dado el esfuerzo y las renunciaciones que los mismos presentan. Y si es posible tratar de lograr mayor implicancia en lo que le pasa, ya que hasta el momento pareciera más que las cosas “le pasan” y no hay demasiada pregunta sobre qué tiene que ver ella en esto.

En relación al siguiente concepto mencionado, el autodiagnóstico, considero sumamente importante tenerlo en cuenta para poder trabajar en forma responsable y cuidando la salud psíquica del paciente y la propia.

El autodiagnóstico consiste en lo que el analista puede conocer acerca de su propia problemática psíquica, de sus puntos de resistencia y de su capacidad para poder investir libidinalmente a ese sujeto que se nos presenta como posible paciente. El atravesar o haber atravesado un análisis personal es imprescindible y lo que nos posibilita analizar las variables antes mencionadas y poder elegir lo más libremente posible si ocupamos o no el puesto de analista con ese paciente.

Con Alicia, traté de evaluar lo mayor posible estas temáticas y como resultado arribé a la idea de que puedo ayudarla y que me despierta deseo e interés. Veremos más adelante las cuestiones contratransferenciales que habrán de suscitarse.

Por último: los movimientos de apertura. Ya Freud en “Sobre la iniciación del tratamiento” en 1913 nos convoca a pensar que en el análisis sólo los comienzos y los finales, al modo del juego de ajedrez, pueden ser planificados; diferenciándolos del resto del proceso, que una vez que se inicia seguirá su curso.



Posiblemente Aulagnier parte de este concepto al sostener que los movimientos de apertura estarán dados por la manera en que el analista entablará el diálogo con ese paciente. Decidirá si elige una actitud más o menos silenciosa, más o menos alentadora, favorecerá la palabra, soportará el silencio, entre otros. La idea es elegir la apertura más idónea para reducir en la transferencia que se habrá de establecer los efectos de los movimientos resistenciales.

Sostiene que una escucha ideal y por eso mismo inexistente, descubrirá en las primeras entrevistas, informaciones valiosas acerca de la relación del sujeto con la realidad.

En función de esto podríamos empezar a pensar que Alicia espera recibir bastante del entorno y que su ánimo también varía de acuerdo a los acontecimientos exteriores y la respuesta de los objetos con los cuales se vincula. Modalidad que probablemente se repita en el curso del tratamiento, ya que se puede hipotetizar cierta dependencia con los otros y labilidad intrapsíquica e intersubjetiva. La dependencia de la paciente es en relación al objeto, lo que genera dificultades en la autoobservación.

Otro de los movimientos de apertura será definir el encuadre a establecerse, el puesto que se le ofrece: cara a cara o diván, frecuencia semanal, honorarios, siempre esto dentro de las opciones posibles. No hay que olvidar que en las instituciones encontramos muchas veces un encuadre previamente delimitado. No obstante sería recomendable amoldarlo lo más posible a las necesidades de ese paciente en particular y a su subjetividad y no aumentar las potenciales resistencias por venir.

En la paciente estudiada, en principio se trató de favorecer la palabra mediante preguntas e ir ordenando, organizando, discriminando y acotando el relato tan florido y catártico que presentaba. Empezar a establecer un buen rapport y apelar a su colaboración conciente en función del tratamiento.

Mi actitud trató de ser lo más empática posible y demostrarle que quiero ayudarla. También marcando ciertas condiciones necesarias para la efectividad del tratamiento y así se le explicó e insistió en la consulta psiquiátrica, a la cual terminó accediendo sin mayores dificultades. En principio se establecieron entrevistas de una vez por semana y cualquier cosa tenía mi teléfono para comunicarse conmigo si así lo necesitaba antes del próximo encuentro.

#### IV. Evaluación según los indicadores clínicos

##### **1. Presentación clínica: (cuadro clínico actual al momento de la consulta)**

###### *Área afectiva:*

La paciente prácticamente no expresa estados afectivos, ni se observan durante su discurso. En la primera entrevista dice: "Acá estoy, somatizando que da gusto. Sigo con depresión, no estoy siempre igual. Soy muy autoexigente, cruel conmigo misma. Estoy sin trabajo y se está terminando el dinero"

###### *Área del pensamiento:*

No se evidencia ningún pensamiento reflexivo sobre lo que enuncia. Por ejemplo dice que su autoestima es baja y se define a sí misma como: estimuladora del hijo, mujer golpeada, chica abusada. Se presenta con frases que pareciera "traer" de otros espacios terapéuticos, dado que participó de muchos congresos, charlas y grupos de autoayuda de diferentes temáticas.

###### *Área volitivo-corporal:*

No tiene ganas de trabajar y presenta afecciones en el cuerpo.

Si pensamos en una primera aproximación diagnóstica, podemos hablar de un trastorno narcisista. Esta patología de base está teñida además por el cuadro depresivo que presenta y su falta de ánimo para hacer cosas.



## **2. La imagen, las identificaciones, los ideales, el superyó (desvalorización, empobrecimiento)**

Alicia trae muchas imágenes con las que se identifica y a su vez éstas son bastante contradictorias.

Pareciera que su identidad está organizada en torno a ciertas cuestiones identificatorias superficiales que trae de distintos momentos de su vida. Ella es, de acuerdo a lo que pasa en ese momento, variando de un estado a otro. Trae frases armadas de espacios terapéuticos anteriores con las cuales se designa, pero cuando uno pregunta, no puede abordarlas ni profundizarlas. Pareciera que de alguna manera le aportan identidad y sostienen al yo, pero un yo sumamente indiscriminado y frágil. En base a todo esto se podría inferir un falso self y en cuanto a un primer diagnóstico presuntivo se piensa en un trastorno narcisista.

Ejemplos de estas imágenes son: “De mis tres hijos uno es Down. Me siento una *lacra* junto con Eduardo, somos una *carga*. Yo quiero que mis hijos vuelen pero no van a poder vivir sus vidas por nosotros dos.”

Dice que no llora más y por eso tiene dolor de estómago. Habla de una actitud de aguantar que tiene desde siempre. “Sigo pidiendo perdón por todo” “Fui decayendo desde semana santa. Mi autoestima es baja, fui el *patito feo* de mi familia toda la vida.” “Siento un sello de *responsable, honrada, limpita.*” “*Chica abusada*”.

De ella misma dice: “No sé si soy *divorciada* o *viuda*. Estuve 6 años de novia, 34 de casada y en 1 año y medio me separé, me divorcié y enviudé.”

## **3. La relación objetal: tipo de vínculos que establece**

En general pareciera que suele establecer vínculos bastante conflictivos con las personas de su entorno. De acuerdo al relato de las entrevistas, se

desprende que es una persona muy demandante. Aparece como necesitada de que le provean las cosas que precisa. Se puede inferir que Alicia se posiciona desde un lugar de “dañada” donde espera que el otro suministre, haga y repare sin poner demasiado a jugar su subjetividad y responsabilidad.

Esto puede verse cuando dice que está cansada, que no tiene ganas de trabajar y quiere contarles a sus hijos la situación para que la ayuden. “Que tomen el timón porque a mi no se me ocurre más nada. Pero Darío nos ignora.” “Yo no puedo más y ahora necesito que me ayuden.”

La distancia y la separación con el otro la angustia en demasía y por momentos, cuando siente que el otro no responde o se aleja, busca producir impacto, desde el riesgo y el peligro para convocarlo en su rescate.

Por ejemplo, cuando el hijo se casa y hace un movimiento exogámico tratando de independizarse, ella los cita para informarles sobre la violencia del marido, situación que venía sosteniendo hacía años. Lo mismo ocurre ahora, que se aproxima el fin del pago de la deuda del padre y este mismo hijo terminaría con la inhibición y quedaría libre para hacer un poco más su vida. Ella planea volver a citarlos en reunión familiar para pedir que se hagan cargo de ella y del hermano discapacitado atrayéndolo nuevamente al foco familiar y dejándole poco movimiento de salida.

No obstante, y ambivalencia mediante, dice sentirse mal y culpable por no poder dejar que sus dos hijos “vuelen” y hagan su vida. Situación que se repite con Eduardo a quien supuestamente estimula a que salga y haga sus cosas, pero cuando plantea que quiere irse a vivir solo, ella no puede escucharlo. Probablemente sienta que se desarmaría su vida, ya que la tiene organizada en función de él y depende hasta económicamente, ya que él la mantiene con su sueldo y la pensión de discapacidad.



#### **4. Agresión: (culpa, autorreproches, su funcionamiento)**

Alicia en general no manifiesta autorreproches, aunque en la primera entrevista dice "Sigo pidiendo perdón por todo", no se sabe bien a qué se refiere. Allí también habla de ser una "lacr" y una "carga" pero sólo refiere culpa en relación a que sus hijos no podrán "volar".

Habría que seguir investigando la participación de cierta agresión encubierta por la cual ataca al objeto. Esto sumado a la ambivalencia de sentimientos donde el odio dificulta la elaboración de los duelos correspondientes.

Por otro lado, lo que sí se observa es una manipulación que pareciera ejercer con las personas de su entorno, donde no mide las consecuencias ni los costos sobre el otro. Por ejemplo cuando cita a sus hijos para pedirles ayuda o cuando refiere saber que no va a perder el departamento, ya que lo puso como bien de familia para trabar el embargo y refiere: "si vienen llamo a Crónica y lo pongo a Eduardo en la pantalla."

#### **5. Lo traumático (pérdidas actuales, pasadas, manifiestas, reprimidas o desmentidas)**

Alicia en principio plantea la pérdida del padre como la única significativa. No refiere otras pérdidas que haya atravesado con dolor. Si bien refiere hechos que pueden considerarse como traumáticos, pareciera que ella no los enuncia ni siente como tales. Lo que permite inferir que al no ser procesados tal vez continúen operando por repetición. Otro destino posible para este exceso sin tramitación serían los actings en el mundo externo, que se muestran generalmente de manera violenta.

Se puede postular la siguiente secuencia siguiendo un ordenamiento cronológico de los eventos que pueden pensarse como traumáticos:

- Muerte del padre, que registra como pérdida y es vivida con dolor.
- Nacimiento de su primer hijo con Síndrome de Down.
- Nacimiento de su tercer hijo y depresión, por la cual estuvo internada más de un mes. Aunque este último dato lo revela luego de varias entrevistas.
- Cinco años atrás citó a sus hijos: Eduardo, Darío que se casó ese año y Gustavo y les contó que era una mujer golpeada. Este hecho ella lo enuncia como significativo, aunque no queda claro qué efectos tuvo.
- Muerte del marido, al cual encuentran muerto los hijos dos días después.
- Se descubren las deudas del padre y una estafa a Darío por la cual terminó inhibido. Allí sitúa que se dio cuenta de que había vivido en una mentira.

#### **6. El vínculo con la madre**

La madre la celaba desde chica por su buena relación con el padre. Actualmente está internada en un geriátrico y la sigue celando. Refiere que quiere quitarle lo que Alicia lleva puesto, siente que la agarra con sus manos para sacarle lo que ella tiene. Dice que físicamente son iguales "dos gotitas de agua", cosa que la pone mal. Sería importante entender un poco más del vínculo preedípico, las posibles dificultades surgidas en la separación entre ambas y la ambivalencia en juego.

#### **7. El cuerpo (como lo siente, qué piensa de él, fantasías)**

En relación a ciertas afecciones que podrían pensarse como psicósomáticas, dice que tiene gastritis crónica, alergia, asma bronquial y antecedentes de cáncer de colon y de piel.

Encontramos grandes volúmenes de angustia y ansiedad, que parecieran descargarse sin ligadura ni procesamiento psíquico, directamente al cuerpo en



afecciones psicosomáticas. Probablemente debido a la acumulación de estímulos y a ciertas fallas en los procesos de mentalización.

### **8. Las defensas (principal defensa en juego)**

Si bien podemos inferir que la represión ha operado, ya que no nos encontramos frente a una estructura psicótica; y ciertos ordenadores del psiquismo están presentes, no pareciera ser la defensa que domina el cuadro.

Siendo más evidentes la negación y especialmente la renegación o desmentida. Este mecanismo hace que el psiquismo se divida en dos corrientes, una que acepta la realidad y la otra la rechaza, y da por resultado una escisión en el yo. Esto se puede observar en el caso, por ejemplo, en el sostenimiento de la situación con el marido y las deudas, donde ella veía que las cosas no iban bien pero no preguntaba ni averiguaba nada, manteniendo de alguna manera el “secreto sabido”, el “como si”, el “si...pero no”.

Al faltar procesos de represión, elaboración y ligadura, encontramos mayores niveles de descarga en el cuerpo y en actuaciones en el mundo externo.

Sería esperable que un aparato psíquico más maduro pudiera aspirar a rodeos cada vez más largos y complejos para aspirar a ciertas satisfacciones y sublimaciones, con su consecuente capacidad de espera. Por el contrario en la paciente encontramos una necesidad imperiosa de descarga y satisfacción inmediata.

### **9. La transferencia / La contratrasferencia**

En un primer momento Alicia se presenta como aceptando la ayuda que se le brinda y las indicaciones propuestas. No obstante luego comienza en cierta forma, a rechazar la ayuda y se presenta muy demandante en cuanto a que el

tratamiento y el terapeuta le solucionen rápidamente sus malestares de la manera que ella considera correcta.

Desde la transferencia institucional, se puede pensar que estaría operando resistencialmente y evocando la regresiva relación con la madre nutricia de la que se espera recibir protección y cuidado, sin implicarse demasiado y sin poner a jugar su propia responsabilidad.

Contratransferencialmente se percibe desde el inicio esta demanda voraz y constante para con ella, aunque también pareciera que por momentos no escucha demasiado mis intervenciones.

También en la primera entrevista, más allá del estado depresivo que sin duda está presente, y sólo al modo de hipótesis, algo del impactar para convocar al otro se juega conmigo. Hacia el final, habla de la metáfora donde refiere que se “entregaría”. Y en un momento anterior dice: “si es el momento de reventar que no me hagan el estudio del colon”; pero contrario a esto, en la segunda entrevista, una semana después ya empezó la preparación para dicho estudio.

En cuanto al discurso, es como una catarata de palabras, va “largando” todo lo que se le ocurre, pero no impresiona al modo de asociación libre. Se infiere que tiene tanto para descargar que va evacuando a medida que le va surgiendo y no puede controlarlo ni poner ningún tope o límite para abordar los temas, a pesar de preguntarle específicamente por alguno. Lo cual hace bastante difícil seguir el relato y contratransferencialmente se torna muy abrumador.

#### V. Objetivos y ejes para la conducción del tratamiento

A partir de los indicadores clínicos descriptos y en función de las primeras entrevistas, se postulan los siguientes objetivos y ejes para la conducción del proceso terapéutico a realizarse en el marco del hospital público. A saber:



- Tratar de incluir en su funcionamiento psíquico algunos procesos de pensamiento, ligadura y simbolización para disminuir las actuaciones y el pasaje al cuerpo de la pura cantidad.
- Comenzar a introducir procesos de duelo y elaboración de las pérdidas.
- Procesar la situación de desmentida y negación con el marido y los hijos.
- Conectarla con sus afectos.
- Que pueda modificar los vínculos intersubjetivos para sentirse mejor con ella misma y los otros.
- Poder realizar discriminaciones, en todas las áreas y en especial en el vínculo con su madre.
- Ayudarla a repensar su actitud de tener que ser reparada y que los otros le provean lo que siente que le corresponde sin poner nada de ella en juego. Lo que llevaría a tratar de modificar algo de la posición subjetiva del lugar de “dañada”.

Si estas cuestiones pueden ponerse a trabajar sería esperable lograr otros objetivos como ser:

- Poder crear un mundo propio, buscar actividades, intereses y trabajo. Que algo del deseo empiece a circular.
- Concretar el desprendimiento de Eduardo, que no lo obstaculice y que pueda procesar la separación entre ambos.

Cabe aclarar que la primera indicación que se realiza es la evaluación psiquiátrica para reevaluar, ordenar y modificar si fuese necesario, la medicación psicofarmacológica que tomaba según su propio criterio.

## **B. El tratamiento**

Al comenzar el tratamiento semanal con Alicia, se implementa como estrategia adicional, el comunicarse telefónicamente con la psicóloga de Eduardo para tratar de aunar criterios y seguir en lo posible alguna línea terapéutica en común, especialmente en lo que hace al vínculo entre ellos. Alicia accede y también ofrece que vengan sus otros hijos. Se le comunica que por ahora hablaré con la psicóloga y después vemos si es necesario incluir a alguien más.

No obstante a la sesión siguiente se olvida el teléfono y la llamo en la semana para que me lo pase.

En la sesión siguiente comienza a decir que se siente menos angustiada y supone que se debe a la medicación. Continúan las frases sueltas, por ejemplo “no sé si existo o no existo”, al preguntarle sobre esto refiere a la disminución de la angustia pero no agrega más.

Dice que tuvo que limitar las salidas de Eduardo por un tema económico, aunque ella quiere que salga pero no se puede. Por otro lado plantea que le gustaría irse de vacaciones unos días sola.

Se le pregunta y plantea el tema laboral, pero dice que no averiguó más, que tendría que llamar alguna gente que tiene contactos a ver si le consiguen algo. Vuelve a aparecer la frase “me tienen que dar”.

El hijo casado le dijo que el año próximo por ahí buscarían tener un hijo con su mujer. Le pregunto qué le produce la idea de tener un nieto y dice que en otro momento la pondría más contenta.

La sesión siguiente falta, llama para avisar y dice que está con mareos y vértigo y por eso no puede venir.



Al retomar cuenta que está tramitando las pensiones de Eduardo y también describe un Congreso en el que él participó contando sobre su experiencia por tener Síndrome de Down, cómo se desenvuelve su vida, su trabajo, etc. Cuando vivían con el padre, toda la familia y especialmente ella y Eduardo tenían gran participación en fundaciones y organizaciones sobre la temática y en instituciones religiosas.

Por otro lado, Eduardo insiste con que quiere irse a vivir solo y Alicia remarca que esto no es posible dada la situación económica y los problemas y deudas que aparecieron al fallecer su ex marido. La enoja que el resto no entienda esto y que le digan que quiere manejar al hijo.

Me comunico telefónicamente con la psicóloga de Eduardo y me cuenta que ellos siguen trabajando el desprendimiento entre él y su madre. Las temáticas giran en torno al trabajo de Eduardo, del grupo de pares y eventualmente su independencia para vivir sin ella. Compartimos cierta preocupación sobre qué pasaría con Alicia de lograrse esto, ya que la dependencia entre ellos es mutua y por momentos aún mayor de parte de la madre.

Por otro lado, y dado que ella atiende a Eduardo hace años, lo acompañó en todo el proceso cuando se destapan las cuestiones ocultas a raíz de la muerte del padre. Antes de esto, pareciera que la familia se mostraba al medio como una familia feliz y modelo en cuanto a la discapacidad de Eduardo y con una cuestión religiosa muy fuerte, al modo de “elegidos de Dios”.

Algo de esto puede pensarse que continúa, por ejemplo cuando cuenta del Congreso de la semana pasada, ya que en cierta medida Alicia añora esos tiempos donde prácticamente habían hecho de la discapacidad una capacidad y una forma de vida por la que eran reconocidos.

Se puede inferir que el nacimiento de su primer hijo con Síndrome de Down fue una injuria narcisista muy difícil de superar para ella y apareció una necesidad de compensar esto haciéndolo ser brillante en su discapacidad.

En relación al transcurso de las semanas, continúa con los trámites por las pensiones y al hacerlo siente que se ocupa del tema económico. Surge en ella la pregunta de qué haría ella si le pasa algo a Eduardo, ya que en cierta medida depende para todo de él. Pero no se puede profundizar más en esto ni en los afectos suscitados en este momento.

No tiene más gastritis pero tiene que operarse la cara para extirparle un lunar por los antecedentes maternos de cáncer de piel. A raíz de esta cirugía me cuenta que ella tiene una medicina prepaga, pero no quiere contarle en el hospital ni al psiquiatra por miedo a que la deriven a su cobertura y no pueda seguir atendiéndose acá.

Es así que las recetas que el psiquiatra le da, ella las lleva a rehacer por su medico clínico de la prepaga y así obtiene el descuento correspondiente. Circuito que a veces se demora y por el cual algunos días no toma la medicación.

Se puede inferir que en este momento se produce cierto giro en el tratamiento. Hasta el momento Alicia venía trayendo material en relación a las vicisitudes cotidianas, el tema de la falta de dinero, las discusiones con sus hijos, los malestares físicos que padecía, entre otros. Pero en este momento cuando me cuenta el tema de la prepaga hay un giro de inflexión ya que aparece en la transferencia un elemento diferente. En realidad hay una actuación por parte de ella y es en ese momento que intervengo estableciendo un límite y realizando un corte.

La intervención aquí efectuada fue la de explicar que no cortaríamos el tratamiento en la mitad por más que tuviera cobertura y que era necesario que ella abra el tema con el psiquiatra ya que esto ocasiona obstáculos en su terapia. Como así también, explicitar que yo no podía sostener esta especie de pacto de silencio que me proponía dado que estábamos realizando un trabajo en equipo y esto era continuar con los manejos, ocultamientos y apariencias



que tanto daño le había ocasionado en el pasado y ahora eran generados directamente por ella.

De alguna manera intervengo rompiendo cierta simbiosis, estableciendo una terceridad y por lo tanto dando lugar a la entrada de la ley.

Pasadas un par de entrevistas y puesto este tema a trabajar, finalmente le cuenta al psiquiatra y por supuesto que el tratamiento continúa.

Considero que este fue un movimiento importante y dio lugar a una nueva etapa en el proceso, ya que se logran atenuar un poco algunas ideas paranoides que presenta la paciente y se comienza a profundizar en los perjuicios que ocasionan el ocultamiento de información como pasaba con el marido. En el sentido del “como si” y la desmentida constante de toda la situación familiar. Por otro lado, se continúa generando un entorno de mayor confianza y sinceridad en el proceso terapéutico.

En las siguientes sesiones cuenta que le ofrecieron un trabajo en un salón de fiestas y esto le interesaría pero tienen que confirmarlo. También que asistió con Eduardo a una fiesta que realizó la compañía donde él trabaja por sus diez años de permanencia en la misma.

Pasadas tres entrevistas más, le planteo llamar al hijo menor, el otro que vive con ellos para tener una entrevista con él.

Esta intervención está al servicio de las muchas cuestiones que no pueden trabajarse con Alicia sólo a nivel representacional ya que no logra procesarlas de esta manera. Es necesario intervenir de un modo más activo y en el medio ambiente. A raíz de su narcisismo tan cerrado y centrado en sí misma, no puede reposicionarse mentalmente de una forma diferente con el objeto y por lo tanto es necesario traerlo. Es como si el movimiento se realizara de afuera hacia adentro, luego esto genera cambios internos. Es así que el hecho de que su hijo acuda y participe en cierta medida de su tratamiento, la tranquiliza y la

predispone mejor. Es una manera de modificar algo de su fantasía que el hijo no se ocupa de ella y por lo tanto no la quiere. No obstante, se le aclara a la paciente que no se le harán a Gastón las demandas y reclamos que ella pretende, pero de todas formas accede de buen grado y facilita el encuentro.

Por otro lado, esta intervención más activa también sirve para poder tener un mejor panorama de la situación familiar actual y ver con qué recursos contamos. Lo cual suele ser muy útil en ciertos casos y especialmente cuando el tiempo de tratamiento es acotado.

El hijo viene sin dificultad, confirma mucho de lo dicho por Alicia especialmente de la situación familiar antes y después de la muerte del padre. Dice que ve a su madre mejor desde que comenzó el tratamiento, cosa que lo alivia ya que él se siente muy sobreexigido y se hace bastante cargo de la situación en la casa, de su madre y de su hermano discapacitado.

Se puede inferir que el movimiento descrito produjo cierta respuesta y reacción ya que en la siguiente sesión Alicia ya se operó, salió la pensión de España y organizó para irse unos días afuera a la casa de una amiga, sola, a descansar.

También aparece en el discurso una situación histórica, cuenta recién en este momento sobre la internación psiquiátrica que tuvo al nacer su último hijo. Que tuvo una duración de un mes y refiere que fue por algo parecido a ataques de pánico. No obstante, no da muchos más detalles y al preguntarle esquiva el tema y refiere no acordarse.

Si bien salió la pensión de España, le dieron menos dinero del que esperaba ya que la embajada se queda con una parte. Dice que se sintió muy mal porque se tuvo que callar y ella es "denunciar" cuando no está de acuerdo.



Aquí vuelve a aparecer un punto importante de su historia infantil y se abre cierto acceso al inconsciente ya que lo de la denuncia abre el tema del supuesto abuso y cuenta algo al respecto:

*P: Cuando era chica, en el barrio había un negocio que atendía un viejo y que manoseaba a todas las chicas que iban. Yo no lo contaba porque tenía miedo que no me creyeran. Hasta que un día, supongo que la mamá de una amiga hizo la denuncia, me vinieron a buscar como la única testigo y como si esto me hubiese pasado solamente a mí. Recuerdo que me subieron a un patrullero y me encontré con mis padres en la comisaría. Terminé declarando en el juicio.*

T: entonces sus padres le creyeron?

*P: no sé, no hicieron nada...*

T: pero si declaró en un juicio, siendo menor, sus padres lo aprobaron...

*P: ah, si entonces, ahora me doy cuenta. Bueno, por lo menos...Igual quedé en el barrio como la "chica abusada", como si hubiese sido la única que pasó por eso, porque las demás no dijeron nada.*

Esto daría cuenta de que la paciente está más involucrada en el proceso terapéutico. Hay mayor circulación, algo de la situación narcisista se modificado que trae algo histórico y traumático y puede empezar a cambiar su mirada hacia algunas situaciones, aunque cierta fijeza permanece.

La sesión siguiente cuenta que Eduardo se va una semana afuera solo con una amiga de la familia y ella no va. No puede ir dado que no le debe dar el sol en la cara y el resultado de la biopsia dio que era cáncer. De todas maneras le extirparon todo y el tratamiento terminó ahí, solo debe cuidarse en lo sucesivo del sol.

Le parece bien quedarse sola para poder descansar y dedicarse a ella; no es la primera vez que él se va solo, generalmente ella no tiene problema cuando no tiene ganas de acompañarlo. Los problemas se suscitan cuando esto no coincide, tal vez lo novedoso aquí fue que coincidieron las ganas de ambos y pudieron concretarlo sin dificultades.

Con respecto al trabajo en el salón de fiestas hay que esperar ya que recién se concretaría en dos o tres meses.

Vuelve a irrumpir el cuerpo y llega diciendo que fue al médico y que tiene que operarse de la oreja, se le abrió el agujerito donde van los aros y abría que cerrarlo mediante cirugía. Al mismo tiempo dice que no tiene ganas, "no estoy con ganas de que me agredan".

Intervengo apuntando a frenar la acción y a tratar de que circulen pensamientos. Es así que le señalo la cantidad de intervenciones que se realizó en el cuerpo en el último tiempo y pregunto sobre la urgencia de realizar ésta en este momento. Lo piensa un poco, dice que las otras eran necesarias pero que esta no sabe. Le propongo que lo siga pensando y hable con el médico si tiene dudas para que pueda decidir hacerla cuándo realmente quiera dado que esto es solo una cuestión estética.

Estos movimientos representaciones en el proceso analítico conducen a que comience a traer nuevas temáticas. Dos temas que empezaron a trabajarse a partir de la sesión número 14 son el de su madre y el del ex marido.

Con respecto a su madre y a su conflictiva relación entre ambas, dice que logró cambiarla de geriátrico y está más tranquila ya que le queda a tres cuadras de su casa. Sin embargo se le torna muy dificultoso el ir a visitar. Dice:

P: "Cuando vas te agarra, siempre pendiente de la ropa y te la agarra, te lo quiere sacar, lo quiere para ella. Te chupa. Si llevás algo que no le gusta te



grita. Si no le gusta te corrige, *ese pelito así no va*. Siempre igual, para ser lindo hay que sufrir. Yo soy igual físicamente, un calco.”

Las intervenciones en este momento apuntan a la discriminación con su madre y mostrar que no son iguales aunque se parezcan en algunos aspectos. Retomando la frase “dos gotitas de agua” trato de que pueda pensar y enunciar semejanzas y desemejanzas entre ellas, ya que hay cuestiones identificatorias muy complejas en este punto.

La idea es poder parcializar, ya que ella suele tomar la parte por el todo. Si se parecen físicamente, son iguales. Cosa que además la angustia por todo lo que no le gusta de su madre, se ve reflejada en ella y siente como una cosa de destino el terminar igual de sola.

El tema de la madre y de su propia maternidad es un punto delicado y de quiebre en su vida. Antes de ser madre, ella trabajaba y era responsable de sí misma. Luego, pareciera que hay algo que ya no vuelve a ser como antes, donde ciertas cosas dejan de importarle, interesarle o sentir que ya no debe ocuparse porque ella pasó a ser madre.

No queda claro que pasó a nivel psicopatológico con el nacimiento de su último hijo, podemos pensar en una depresión postparto o una psicosis puerperal donde se reactivan cuestiones no resueltas con su propia madre.

Es posible que algo de esto también se haya reactivado con el nacimiento del primero y sumado al hecho de que tenía síndrome de down, pero pareciera que aquí esto estuvo negado y en lugar de aparecer los afectos correspondientes a una situación difícil de afrontar, se produce un nuevo embarazo, el segundo hijo, al modo de acting.

Si pensamos que la maternidad la sacó de circulación de muchas cosas y que en la actualidad sus hijos ya no la necesitan tanto, lo que le dio identidad

durante estos años se está terminando y habrá que construir nuevos lugares para ella.

Si bien esto corresponde a una crisis vital normal a procesar en esta época de la vida, en Alicia se suma el hecho de que Eduardo ha sido como un emblema del cual se sostenía y por tanto el desprendimiento entre ellos está mucho más comprometido. Tema que se comenzará a trabajar en las próximas sesiones.

Con respecto al ex marido, en estas semanas encontraron papeles que denotaban las deudas. Dice:

P: *Queremos olvidar.*

T: Entiendo que es difícil, pero pasaron muchas cosas. Pareciera que ya no se puede hacer más como si no pasó nada y olvidar, antes no lo veían...

P: *Tengo mucha bronca contra él.*

T: y tal vez también con usted, por la actitud que tomó...

P: *sí, también. Él manejaba todo sobre el dinero y yo no me metía...*

Si bien la separación con el marido y el destape de todas las deudas se produjo hace cinco años, pareciera que Alicia empieza a destapar sus propias cuestiones recién ahora. Se puede inferir que el fin del dinero es una de las cosas que la lleva a deprimirse y a replegarse. No puede elaborar la situación, no accede a nuevas representaciones ni realiza el desprendimiento correspondiente.

Durante la etapa anterior, había una negación masiva o renegación más específicamente. Si bien habría cosas evidentes, se hacía como si no pasara nada, o nada más allá de eso; el tan característico funcionamiento del "sí, pero no".



Se puede inferir que Alicia con su modalidad seductora, de convencimiento y de cierto manejo de los otros según sus propios intereses, arrastraba a sus hijos y ellos adoptaron el mismo funcionamiento.

También podemos pensar en la repetición de modalidades vinculares diádicas, antes con el ex marido, donde ambos sostenían la alianza y el pacto de silencio y en la actualidad con la relación simbiótica que mantiene con su hijo Eduardo.

Durante estas semanas que venimos trabajando los temas de la situación de especularidad y ambivalencia con su madre y el tema de las deudas y separación con el marido, se produce un cambio en su aspecto. Viene vestida de negro, no tan arreglada y se la ve más decaída. También disminuyen sus ganas de buscar trabajo y de ver al psiquiatra.

A pesar de sentirse mal, considero que es un momento rico del tratamiento ya que este decaimiento daría cuenta de que comienza a haber alguna conexión con los afectos correspondientes a las situaciones atravesadas y a intentar cierto proceso de duelo. Al poder vincularse por primera vez con estos temas, las defensas disminuyen y es lógico que no se sienta bien y que aparezca la angustia.

No obstante, la situación le resulta desbordante, se desorganiza por el dolor suscitado y vuelve a recuperar ciertas defensas anteriores. Es así que no quiere ver al psiquiatra, quiere bajar la medicación y comienzan sus acciones para rearmarse.

Se trabaja su renuencia a ver el psiquiatra y refiere que su médico clínico le bajó la medicación, pero el psiquiatra no está de acuerdo. Justifica su no planteo de este tema al psiquiatra porque los hombres le dan vergüenza y él también.

Cabe destacar que ella quería bajar la medicación; por lo que se señala sus maniobras para terminar haciendo lo que ella quiere independientemente de lo que el otro pide o indica. La intervención apunta a cortar algo de la compulsión a la repetición y poder pensar un accionar diferente.

Empieza a surgir una propuesta laboral a realizar con su hermana que consistiría en tejer y vender bufandas. Continúa esperando el tema del salón de fiesta pero una de forma muy pasiva.

Se trata de mostrarle que hasta ahora ella se fue arreglando económicamente con lo que tenía o le tocaba, pero que sería algo positivo y beneficioso si pudiera generar algo por ella misma que le permita estar más holgada, darse algún gusto y no depender tanto de la disposición de los otros. Le cuesta poder ver algo de esto y reclama que ha desperdiciado energía en los otros siendo tan servicial con todos. Se señala que tal vez el estar pendiente de los otros hizo que no pueda ocuparse de ella misma y sería un buen momento para empezar.

Llega con un corte de pelo diferente y se resalta este hecho ya que la diferencia físicamente con su madre y ella está muy a gusto con el cambio.

A su hijo Eduardo le sale un viaje con unos compañeros y finalmente deciden que ella no lo acompañará, que tiene cosas que hacer acá, como seguir tejiendo y a él le hará bien ir solo.

Empieza a tener más relación con la hermana y surge una discusión ya que la hermana le plantea que para qué hace tanto si en el caso que ella se muera primero a Eduardo lo internarían. Esto la angustia mucho y se suma el hecho de que se cancela el viaje. Se siente mal y no duerme bien. Comienza a surgir de nuevo el miedo y la desesperación porque en unos meses se le terminará de nuevo el dinero. Señalo que el miedo la paraliza y que tendríamos que encontrar algún motor para que busque otras cosas.



Refiere que habló del tema con su hermana y ésta habló por teléfono con una prima que vive en el exterior y que le mandaría dinero y ropa desde allí, cosa que la calma y por otro lado hace que vuelva a esperar pasivamente la resolución de su problema.

Para la misma época habla con un sacerdote de donde trabajó antes y piensa en la posibilidad de aceptar si le ofrecieran un trabajo. Sin embargo, si bien refiere estar muy mal porque no le alcanza el dinero; dice que *no está desesperada por trabajar*. Al señalar esta contradicción, ella dice que ve que es como si esperara que todo llegase de afuera y se solucionara mágicamente. Seguimos trabajando el hecho de que Alicia se manejó así durante mucho tiempo, el dinero venía del otro, pero que es tiempo de hacer algo por ella misma. Comienza a pensar en vender las bufandas tejidas en algún negocio...

Llama una hora antes para suspender su sesión porque está descompuesta. A la semana siguiente dice seguir sintiéndose mal y continúan las dificultades para dormir; por lo que está pensando consultar a otro psiquiatra. Le propongo que tenga una entrevista con el psiquiatra que la está tratando la semana próxima para ver de reevaluar la medicación, pero no cree venir ni a verlo a él ni a su sesión conmigo porque se va toda la semana al interior con una amiga. Dice no querer nada de responsabilidades.

Los días que estuvo enferma se quedó en la casa de la hermana y ésta la cuidó. Hablaron por primera vez del tema del alcoholismo. Dice que no tenía ganas de hablar con Eduardo y que está muy mal por la enfermedad terminal de un amigo. Dado que no hay correlato afectivo con esto, lo señalo y le pregunto qué piensa al respecto. Dice que ella no demuestra estar mal y que no puede llorar desde que falleció el ex marido, pero no se puede abrir más este tema.

Le adelanto que nos quedan por delante dos meses más de tratamiento ya que ya llevamos ocho y que luego tendremos que finalizar el contrato, acuerda con esto sin inconveniente.

Efectivamente suspende la siguiente sesión para irse afuera con una amiga. Al volver cuenta que le fue muy bien y descansó.

Tuvo la entrevista con el psiquiatra y éste le bajó la medicación.

Continuamos trabajando la temática de que ella espera recibir del otro lo que necesita. Se trata de fortalecerla y mostrarle que ya no está deprimida como cuando llegó a la consulta y que tiene algunos recursos con los que podría operar. Sin embargo a Alicia las responsabilidades la ponen mal y las define como “un campo de batalla”. Se trata de discriminar entre lo que para ella han sido batallas a lo largo de su historia y las tareas y problemáticas cotidianas que forman parte de la vida.

Vuelve a faltar a sesión, llama al día siguiente y explica que se quedó dormida y está con gripe. Le doy turno para la semana siguiente.

Llama nuevamente, el día lunes para decir que no concurrirá porque tiene que ir al médico ya que se sigue sintiendo mal. Dado que tenemos hora para el jueves le digo que yo la espero igual en su horario ya que en estos días por ahí se mejora y puede venir. Llama el miércoles y avisa que no concurrirá, dice “tengo necesidad de hablar con vos pero tengo que priorizar lo del médico.”

Pareciera que la resistencia está operando cada vez con más fuerza y amenaza la continuidad del tratamiento. En lugar de poder aprovecharlo para trabajar su estado, se repliega, falta y aparecen nuevamente las manifestaciones en el cuerpo.

A la otra semana concurre y se trata de poner a trabajar el tema de las faltas para pensar qué está ocurriendo.

Cabe destacar que las faltas comenzaron a repetirse luego de que le planteé que se aproximaba el final del tratamiento; aunque en ese momento no



manifestó ninguna reacción afectiva al respecto. Teniendo en cuenta esto podría pensarse que ante la separación con el objeto, en este caso conmigo, ella lo deja antes para no sentirse abandonada por él.

Es allí que se interviene sobre el espacio terapéutico, aportándole representaciones. Pareciera que a raíz del trabajo realizado y del vínculo construido, ella ahora puede escuchar algo de lo que le interpreto. Se señala que tal vez el tener que terminar y dejar un espacio que ella valora, la ponga triste o la enoje y tal vez esto influye para que esté faltando. Si bien, no habla mucho del tema, menciona que tal vez está faltando para ir preparándose para terminar. Además ya está averiguando para continuar la psicoterapia en otro lado.

Habla de sus estudios médicos los cuales le dieron todos bien. Pero está preocupada por la hermana porque parece que podría tener cáncer en un ojo. Esto la pone mal por pensar en lo que podría pasar y principalmente porque no puede hablar del tema con su amiga ya ésta no puede escucharla por haber tenido muchos familiares con la misma problemática.

Se acerca su cumpleaños número 60 y con ello aparecen más demandas y contradicciones para con sus hijos. Quiere que le hagan una fiesta sorpresa pero se queja de cómo la están organizando; y por otro lado no quiere ocuparse. Se trata de abrir el tema y poder pensar que si los hijos son los que se están encargando, probablemente lo harán a su manera y esto diferirá de la forma en que lo haría ella misma.

También se trata de plantear si hay cosas que se movilizan dado el cambio de década, que ella va a tener 60 años, sus hijos están grandes y haciendo su camino y tal vez esto le devuelve la pregunta acerca de qué hacer ella con su vida de acá en más. Pero no es posible abrir mucho más en este momento.

Finalmente la fiesta sale muy bien y ella está contenta con el resultado. Puede pensarse que la fiesta representa su mundo interno, donde ella siente como

terrible todo lo que no se adecue 100 % a sus expectativas. Así como atravesó esto de distinta manera, tal vez en el futuro pueda ampliar el modelo a otras situaciones.

Es la anteúltima sesión y comenzamos a realizar un balance del tratamiento. Refiere que le hizo bien, que su ánimo mejoró, también la relación con su hermana y que pudo aprender a no engancharse con ciertas cuestiones de ésta. Dice que lo más positivo del tratamiento fue darse cuenta que su papá la apoyó con el tema del abuso (dado que ella había ido a declarar al respecto).

En la última sesión cuenta que sigue buscando otro lugar para continuar la terapia pero no inmediatamente, ya que no tiene muchas ganas de empezar de nuevo en este momento.

Esto último parece bastante adecuado, estamos realizando un cierre, está pensando en poder sustituir al objeto y no de forma maníaca, sino tolerar algo de la pérdida y cierta espera hasta encontrar otro.

En relación a lo laboral, está vendiendo de a poco, la ropa que le envió la prima del exterior y por ahora está conforme con esto.

Realizo una devolución de los temas trabajados y resalto algunos logros. Como ser que hace un tiempo que ya no presenta tanta sintomatología en el cuerpo, cierta diferenciación con su madre en algunos aspectos y especialmente en el físico por el corte de pelo que decidió hacerse. De a poco empieza a distanciarse con Eduardo sin angustiarse tanto y comienza a tener más vínculo con la amiga así como con su hermana. Acuerda y nos despedimos.

Tiene que venir a ver al psiquiatra en un mes y le digo que ahí pida un turno conmigo para tener una entrevista de seguimiento. Pero no lo hace y no retorna al servicio.



Es probable que esto esté asociado a su estructura narcisista donde las demandas son de todo o nada, y el venir, sabiendo que sólo realizaríamos una entrevista de seguimiento podría movilizar muchos afectos y frustraciones.

Tiempo total de tratamiento: 10 meses.

## **Capítulo 4: Conclusiones**

### **Sobre Ejes y Objetivos**

Se comparará en este apartado cada uno de los ejes y objetivos que se propusieron para la conducción del tratamiento para determinar los cambios producidos y las mejorías observables en la paciente. Así como los topes con los que nos encontramos y los aspectos que no pudieron ser abordados, ya sea por el momento psíquico de la paciente y/o por las limitaciones temporales de la institución.

### **Funcionamiento psíquico:**

Las intervenciones se orientaron a lograr modificaciones en cuanto a los procesos de pensamiento y ligadura, así como a potenciar la simbolización.

Por ejemplo cuando se trabaja con ella la rehistorización del episodio del abuso y la actitud que tuvieron sus padres, pudiendo escribir una nueva versión del incidente. Al decir de Lacán “...*la historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado.*”<sup>13</sup> Es decir que el paciente rememore no es tan importante, sino lo esencial es lo que reconstruye de los acontecimientos. Justamente de lo que se trata es de reescribir la historia, y esto es lo que realiza Alicia con respecto a este evento y especialmente al vínculo con su padre, provocándole mucho alivio.

Por otro lado, se interviene en el sentido de que produzca algún posicionamiento personal en relación a las operaciones a que somete a su cuerpo, y es así que puede poner una pausa y disminuyen las actuaciones en el mismo.

---

<sup>13</sup> Lacan. Los Escritos técnicos de Freud. Cap. 1, pág. 27



A medida que el tratamiento avanza también disminuyen las afecciones somáticas. Sólo retornan y con gran estridencia cuando aumentan las resistencias, lo cual coincide con sus faltas a sesión. Allí se evidencia nuevamente la dificultad de pensamiento, simbolización y la falla en los mecanismos de mentalización, probablemente por el estado operatorio que encontramos en esta paciente. De esta manera, cuando las principales vías para metabolizar y reducir los excesos de estímulo se ven obstaculizadas (trabajo mental de elaboración de las excitaciones experimentadas y comportamientos sensoriales y motores) se vuelcan al cuerpo. No obstante, luego de desplegarse, se puede trabajar este tema con ella y el tratamiento continúa hasta su finalización.

#### **Procesos de duelo:**

Se trabaja y elabora con ella la situación actual con sus hijos adultos y puede empezar a aceptar que se terminó la etapa en que la necesitaban más. Especialmente Eduardo está pudiendo comenzar a pensar por sí mismo y Alicia puede promover su autonomía y acompañarlo en este proceso. Sin embargo le cuesta bastante poder desinvertir ese pasado idealizado y poder vislumbrarse armando nuevos proyectos para el futuro. Durante el tratamiento hay momentos en que lo logra, y hace pequeños planes, por ejemplo las salidas y visitas a sus amigos del interior.

No obstante, se puede pensar que queda pendiente la elaboración de ciertos eventos traumáticos a lo largo de su historia, como el nacimiento de Eduardo con su discapacidad y sus consecuentes dificultades y el nacimiento del tercer hijo que desemboca en un cuadro psicopatológico. Probablemente estos duelos no realizados, continúan complicando la situación actual de Alicia y dificultan el que pueda armar planes nuevos y propios.

Se infiere que Alicia pertenece al grupo de las personalidades que despliegan su omnipotencia, grandiosidad, denigración del objeto y que logran mantener

esa grandiosidad en base a fuertes mecanismos de escisión. Aquí la depresión no es crónica sino que irrumpe cuando colapsa una grandiosidad que había servido para negar la realidad y las limitaciones personales. La depresión es consecuencia de los efectos del narcisismo destructivo sobre las relaciones interpersonales, la inserción en la realidad, el cuidado de la propia persona.

Es así que la pérdida que la desestabiliza es el fin del dinero que tenía disponible. Le cuesta mucho elaborar esto, en un primer momento lo niega y luego, cuando la realidad se le viene encima, pareciera que este tema es justamente lo que desencadena el estado depresivo. Esto se trabajará durante todo el proceso terapéutico y tendrá fluctuaciones. Hay momentos donde puede elaborar, pensar y operar distinto, y otros, en los que regresa, se decae, enoja y vuelve a un lugar muy pasivo.

Un momento importante para elaborar la pérdida y realizar un trabajo de duelo es el final del tratamiento. Motivo por el cual se le avisa con tiempo y se trata de poner este tema a trabajar. Al principio esto se complica, ya que las resistencias aumentan, comienza a faltar, y como se expresó anteriormente, pareciera que Alicia niega la finalización y la actúa, abandonando ella primero. Luego, algo de esto puede comenzar a circular, vuelve, podemos realizar un cierre juntas y comienza a pensar en reemplazar al objeto, buscando un nuevo espacio terapéutico para cuando quiera retomar.

### **Desmentida y Negación**

Se infiere que el mecanismo de la negación operó al momento del nacimiento de Eduardo y es así que no se elabora la discapacidad sino que, como se expresó anteriormente, se hace de ella una capacidad y motivo por el cual serían reconocidos como familia. En la actualidad hay un mayor reconocimiento de las limitaciones de este hijo.

Por otro lado, recién a partir de la muerte del marido es que se hace evidente para ella la situación económica en la que se encontraba la familia desde hacía



mucho tiempo. Este momento en el que no puede seguir negando es uno de los principales motivos que desemboca en la depresión.

Hasta aquí ella desmentía la situación, sabía que algo pasaba pero funcionaba dentro de la lógica del "como si" o del "si, pero no..." Este mecanismo que hace que el psiquismo se divida en dos corrientes, una que acepta la realidad y la otra la rechaza, da por resultado una escisión en el yo. Este tema se trabajó a lo largo de todo el proceso terapéutico para que pueda incorporar otros mecanismos defensivos no tan regresivos y de menor costo para el yo.

También vía neurosis de transferencia, esto se trabaja cuando Alicia pretende hacerme cómplice ocultando al psiquiatra su cobertura médica. Esto pudo ponerse a circular y encuentra la manera de mantener su tratamiento sin necesidad de ocultamientos ni engaños y pudiendo incorporar otros mecanismos de acción.

Sin embargo y a pesar que el tema económico la angustia mucho, hay momentos en que vuelve a rigidizar las antiguas defensas, negando la gravedad de la situación. Retorna a un lugar muy pasivo en donde espera ser reparada y recibir ayuda de los otros sin poner demasiado de ella en juego, lo cual continúa hasta la finalización de este tratamiento.

Para entender esto es necesario tener en cuenta lo que sostiene Freud en *Análisis terminable e interminable (1937)*, allí plantea que uno de los objetivos del análisis es robustecer al yo, es decir que puede ampliar su repertorio defensivo original. Pero esto se consigue parcialmente ya que algunas defensas permanecen intocadas por el trabajo analítico y el yo del adulto se sigue defendiendo de unos peligros que ya no existen.

Es así que estos modos de reacción se fijan en el interior del yo y devienen unos modos regulares de reacción del carácter que se repetirán a lo largo de la vida y en la situación analítica. Los mecanismos de defensa retornan en la cura como resistencias al restablecimiento, ya que la cura misma es tratada como

un peligro nuevo. Por tal motivo el desenlace dependerá de la intensidad y arraigo de estas resistencias de la alteración del yo, de la intensidad pulsional y del posible influjo de nuevos traumas.

### **Conexión con los afectos**

Resulta muy difícil que pueda conectarse con la ambivalencia que le genera su vínculo con Eduardo. Sólo llegó a registrar que cuando están muy pegados ella termina sintiéndose ahogada y desea un poco de espacio, así como a evidenciarse cierta envidia ante algunos proyectos del hijo.

A partir del enojo con su ex marido se la conecta con la bronca hacia ella misma por haber permitido y sostenido la situación de desmentida económica y familiar. Lo cual, conduce por un tiempo a cierto estado de angustia y esto repercute en su falta de ganas de hacer cosas y en su aspecto físico. Considero que esto puede considerarse un cambio favorable ya que anteriormente había una total desconexión afectiva y utilizaba todo tipo defensas para no afrontar la situación vivenciada. No obstante, por momentos y hasta el fin del tratamiento, vuelve a recurrir a defensas que terminan disociándola de los afectos, con el consecuente costo para el yo.

Hacia la finalización del proceso terapéutico y justamente motivado por este cierre es que Alicia comienza a faltar frecuentemente pero sin manifestación afectiva al respecto. Recién cuando esto pudo ponerse a trabajar en transferencia, es que se logra conectar algo sobre la bronca y el dolor de terminar. Es ahí que puede comenzar a venir, a duelar y a despedirse.

### **Vínculos Intersubjetivos**

Alicia mantenía vínculos bastantes conflictos con los otros en general. Pero especialmente las relaciones con su madre y con su hijo discapacitado se le tornaban muy complicadas por la ambivalencia en juego. Mantenía con ambos una relación diádica, muy simbiótica, dependiente y de demanda recíproca y



voraz. La relación con la madre se analizará detalladamente en el apartado siguiente.

Con respecto a Eduardo se trató de trabajar cierta discriminación entre ambos y empezar a poder pensarse como separados. Si bien antes también realizaban algunas actividades solos o pasaban algunos días distanciados, esto parecía ser el resultado de cierto agotamiento y sofocación. Lo cual decantaba en esta separación y pasado un tiempo, volvían a lo mismo. Este tema se trabajó con Alicia y en conjunto con la psicóloga de Eduardo. Alicia pudo empezar a pensar algunos proyectos para ella misma y organizar actividades y escapadas de la ciudad movida más por las ganas y el deseo que por el desgaste del vínculo.

La relación con sus amistades, cuñada y su hermana especialmente, también se le tornaban complicadas y en general siente que las cosas no son justas para con ella. No obstante el vínculo con su hermana se modificó bastante. Pasó de describirla como alcohólica y con problemas con su hija y donde no cabía nada más; a poder contar con ella para ayudarla con el tema económico y hasta a alojarse en su casa y ser cuidada por ella cuando estaba enferma. El diálogo mejoró, pasan más tiempo juntas y Alicia acepta un poco más las limitaciones de ésta.

Con los hijos en algunos momentos las cosas mejoran, disminuyen las demandas desmedidas y puede aceptar algunas distancias y diferencias. Por ejemplo en su fiesta de cumpleaños, luego de ciertos enojos porque ellos no cumplían exactamente con sus pedidos, puede valorar lo que han hecho por ella y disfrutarlo.

Sin embargo, continúa dependiendo y esperando mucho de sus tres hijos. Hasta el final del tratamiento, al menos, continúa sintiendo que es obligación de ellos el ocuparse de ella.

Un momento clave en su vida será cuando Gastón decida independizarse y si Eduardo finalmente concreta el proyecto de vivir sólo. Habrá que ver si los cambios conseguidos se mantienen o si estos nuevos hechos, barren con ciertos logros y el yo se empequeñece.

Pero tal cual refiere Freud en *Análisis terminable e interminable (1937)* no se puede activar un complejo que no es actual por mero señalamiento y tampoco puede afirmarse que se haya podido tramitar de manera definitiva y para todo el tiempo un conflicto pulsional. No podemos “vacunar” a los pacientes contra la posibilidad de que surjan conflictos nuevos. Todo dependerá de la relación entre la robustez del yo y la robustez de las pulsiones, si ésta se intensifica o la otra se rebaja puede volver a aspirar a satisfacciones por caminos anormales. De igual manera puede barrer con esto el influjo de nuevos episodios accidentales, traumas, frustraciones.

### **Vínculo con la madre**

La relación con la madre era una de las más demandantes y voraces, sintiendo que quedaba totalmente expuesta, desvalida y a merced de sus caprichos.

Alicia la define como conflictiva desde niña, ya que refiere que la madre la celaba por la buena y profunda relación que ella mantenía con el padre. Esto se puede pensar desde los conceptos de Freud planteados en *“Sobre la sexualidad femenina” (1927)* en donde sostiene que siempre que había existido una ligazón padre particularmente intensa, había sido precedida por una ligazón madre de igual magnitud y larga duración. Así el extrañamiento respecto de la madre se produce bajo el signo de la hostilidad y la ligazón termina en odio, dada la intensa ambivalencia de este tipo de vínculo. Ese odio puede ser notable y permanecer toda la vida, como parece ser el caso de Alicia y su madre.

El padecer de parecerse tanto y ser “dos gotitas de agua”, puede entenderse si partimos del hecho de que las madres tienden a experimentar a sus hijas



mujeres como menos separadas de ellas. Sentimientos de continuidad e identificación predominan con las hijas mujeres y la relación tiende a retener elementos narcisistas. Lo cual da lugar a los celos, la crítica y a las rivalidades en juego de las que se queja Alicia, como también al sentir que quiere sacarle cosas propias. Justamente por la falta de individualidad e independencia.

Además, la identificación con ella hacía que también se proyectara en el futuro con igual destino de soledad y angustia.

Dado que Alicia solía totalizar, las intervenciones se orientaron a parcializar y a discriminar. Ya que parecerse en ciertos aspectos no implica igualdad, exactitud e indiferenciación.

Por ejemplo y teniendo en cuenta que el área de lo estético y lo físico es muy importante para Alicia, el haber conseguido un cambio en su corte de pelo que le agrada y la diferencia de la madre es un logro importante que además refleja en lo exterior el cambio producido en lo intrapsíquico.

#### **Posición subjetiva del lugar de “dañada”**

El que pueda posicionarse desde otro lugar y no continuar sintiéndose y definiéndose como “dañada” y por lo tanto con derecho a demandas y reclamos permanentes hacia los otros, no pudo modificarse. Si bien, este tema se puso a trabajar y pudimos pensar algunas cosas en relación a esto y en algunos momentos Alicia pudo posicionarse desde otro lugar y modificar algunas actitudes y comportamientos, estos cambios no fueron estables.

Tal vez esto se deba a que se necesitaba trabajar más tiempo con ella para consolidar los cambios. O pueda deberse a que no era el momento adecuado para que ella pudiese hacer un verdadero insight y poder cortar ciertos circuitos repetitivos.

Considero que poner una verdadera cuña a la repetición y lograr una modificación de la posición subjetiva, se alcanza mediante el acceso a determinados aspectos reprimidos y a la elaboración y creación de nuevas ligaduras. Todo esto posibilita abrir diferentes sistemas representacionales que lamentablemente en este caso y bajo estas circunstancias no pudo realizarse.

Sin embargo pienso que es de suma utilidad para el paciente, si logramos que pueda aprender a conocerse más y estar alertado por si reaparecen determinadas cuestiones de su personalidad o si retornan antiguos síntomas que lo hagan padecer en demasía.

A mi entender, la transferencia continúa operando una vez finalizado el proceso terapéutico. A veces, pasado cierto tiempo, algunas "semillas analíticas" "prenden" con posterioridad y esto puede dar lugar a un cambio o a una nueva consulta si tuvo una experiencia analítica favorable.

### ***Comentarios Finales***

Por lo expuesto se puede ver que durante todo el proceso terapéutico se llevaron a cabo los pasos planteados en el inicio de este trabajo. Se partió de las entrevistas iniciales, el diagnóstico, los ejes clínicos propuestos y de esta manera y teniendo en cuenta esta modalidad de trabajo se arribó al logro de muchos de los objetivos del tratamiento.

También se han observado durante el proceso varias de las dificultades planteadas en relación a la psicopatología específica de estos cuadros; pudiéndose trabajarlas, mediante la transferencia, para continuar con el proceso más allá de los avatares intrínsecos al mismo, con sus avances y retrocesos, y levantar algunas de las resistencias suscitadas.

Por tanto, podemos decir que la hipótesis de esta tesis queda confirmada. Dado que, los logros parciales conseguidos, son suficientes para aseverar que



la paciente puede continuar con su vida desde un lugar más satisfactorio y con menos costo psíquico. Al poder conectarse con ciertos temas y afectos por primera vez, puede armar otra imagen de sí misma al terminar el tratamiento.

Algo de la energía psíquica retenida e “hipotecada” por la psicopatología, pudo liberarse y ponerse al servicio de objetivos que refuercen la acción de Eros. Como refiere Piera Aulagnier “hacer más fácil el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar, de existir...”<sup>14</sup>

Se puede destacar que encontramos eficacia terapéutica en un alta parcial dada en una institución pública. A pesar de las limitaciones específicas, y sobre todo, en lo referente a la brevedad del tiempo propuesto para llevar a cabo el tratamiento.

En cuanto a las modificaciones en el dispositivo psicoanalítico, la flexibilización del encuadre y la actitud más activa por parte del terapeuta pueden verse en este caso, por ejemplo en la comunicación telefónica con la psicóloga del hijo discapacitado, en la entrevista con otro de sus hijos, en la recuperación de sesiones a pesar de las faltas, en el mantenimiento de la transferencia a través de las comunicaciones telefónicas permanentes en momentos complicados del tratamiento, entre otros.

El abordaje más dinámico del paciente estará dado al orientar las intervenciones según los indicadores clínicos propuestos para los casos de depresiones que se presentan en una personalidad narcisista y al poder precisar mejor los objetivos y ejes sobre los que se desenvolverá el proceso analítico.

Por todo lo expuesto puedo concluir que los ejes ordenadores propuestos, colaboran para llevar adelante un tratamiento psicoanalítico realizado en una

---

<sup>14</sup> Aulagnier, Piera: El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Capítulo 3: Las entrevistas preliminares y los movimientos de apertura, pág. 172.

institución. Aún en patologías graves este modelo de abordaje favorece a que el mismo sea exitoso en múltiples aspectos.



## *Bibliografía*

AKHTAR, Salmar. 1998. *Kohut y Kernberg: Una comparación crítica*. Revista nro. 24 Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Nro. 24. Bs. As.

ARAGONÉS, Raúl. 1999. *El Narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Editorial Nueva Visión.

Ateneo Bibliográfico Centro Liberman, 23 de mayo de 2003: Prophency Coles: *Some reflections on once a week psychotherapy, en Psicoanálisis and Psychotherapy. The controversies and the future*; S. FRISCO; R.D: Hinshelwood y J.M.Gauthier (eds.) Karnac, Londres, 2001.

AULAGNIER, Piera. 1986. *El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Capítulo 3: Las entrevistas preliminares y los movimientos de apertura*. Editorial Amorrortu.

BALINT, Michael. 1982. *"La falta básica": Aspectos técnicos de la regresión*. Bs. As. Editorial Paidós.

BALINT M., ORNSTEIN P.H., BALINT E. 1986. *"Psicoterapia Focal" Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*. Editorial Gedisa.

BLEGER, José. 1976. *Temas de psicología: entrevista y grupos. La entrevista psicológica*. Ediciones Nueva Visión.

BLEICHMAR, Hugo. 1997. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona. Editorial Paidós.

BLEICHMAR, Hugo. 2002. *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Bs. As. Editorial Nueva Visión.

DIO BLEICHMAR, Emilce. 1985. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Editorial ADOTRAF.

ENCRUCIJADAS ACTUALES. 2006. Jiménez, Luis – Piñeiro, Lorena: *Trastornos Depresivos. Construcción de indicadores clínicos, psicopatológicos y psicoterapéuticos. Comunicación Preliminar de un estudio clínico empírico*. Editorial Akadia.

FIORINI, Héctor. 1998. *Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista: Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Bs. As. Editorial Nueva Visión.

FREUD, Sigmund. 1912. Tomo XII: *Sobre la dinámica de la Transferencia*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1914. Tomo XII: *Recordar, repetir y reelaborar*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1915. Tomo XIV: *Duelo y melancolía*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1918/1919. Tomo XVII: *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1920. Tomo XVIII: *Más allá del Principio del placer*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1920-1922. Tomo XVIII: *Psicología de las masas y análisis de yo*. Obras completas, Editorial Amorrortu.



FREUD, Sigmund. 1923. Tomo XVIII. *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"*, Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1923. Tomo XIX: *El yo y el ello*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1923-1925. Tomo XIX: *La Negación*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1927-1931. Tomo XXI: *Sobre la Sexualidad Femenina*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1932-1936. Tomo XXII: *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 33 º: La feminidad*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

FREUD, Sigmund. 1937-1939. Tomo XXIII: *Esquema del Psicoanálisis*. CAP. VIII, Pág. 205. *Análisis terminable e interminable*. Obras completas, Editorial Amorrortu.

GALENDE, Emiliano: 1990. *Psicoanálisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.* Editorial Paidós.

GREEN, André. 1986. *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Cap. 6: La madre muerta. Bs. As. Editorial Amorrortu.

KOHUT, Heinz. 1986. *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Editorial Amorrortu.

LACAN, Jacques. 1953. *Los Escritos técnicos de Freud*. Seminario 1. Editorial Paidós.

LAPLANCHE, J - PONTALIS, B. 1981. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, tercera edición.

MARTY, Pierre. 1966. *La depresión esencial. Reveu Francaise de Psychanalyse, XXXII.*

MARTY, Pierre. 1995. *El orden psicossomático. Movimientos individuales de vida y muerte.* Capítulo: La depresión esencial. Valencia. Editorial Promolibro.

MAXWELL, Joseph. 1996. *Qualitative research design. An interactive approach.* Applied Social Research Methods Series. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

MELILLO, Aldo: 2004. *Resiliencia y Subjetividad: Realidad Social, Psicoanálisis y Resiliencia.* Editorial Paidós.

Mesa redonda 1998. Gérez Ambertín, Marta; Gratch, Luis; Lutenberg, Jaime; Borensztein, Laura. *Narcisismo: constitución del objeto y de la subjetividad.* Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Nro. 24. Bs. As.

PAZ, Rafael: 1995. Bs. As. Rev. Zona Erógena Nro. 25: "Preliminares sobre la *Contratransferencia.*"

Psicoterapia Focal. 1995. *Intervenciones Psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos.* Dense Defey, Juan Hebert Elizalde, Jorge Rivera Compiladores. Editorial Roca Viva.

ROBSON, Colin. 2002. *Real World Research. A resource for social scientists and practitioner-researchers.* Great Britain: Blackwell Publishers.

TENORIO de CALATRONI, Marta: 1998. "Pierre Martí y la psicossomática." Editorial Amorrortu.



*Testimonios de la Clínica Psicoanalítica*. 2001. Susana Álvarez Cantoni de Tausk-Dardo Tumas Compiladores. JVE Ediciones.

WINNICOTT, Donald: 1979. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis: El odio en la Contratransferencia*. Editorial Paidós Psicología Profunda.

WINNICOTT, D.W. 1980. La familia y el desarrollo del individuo. Bs. As. Ediciones Hormé - Paidós.

WINOGRAD, Bruno. 1998. *Las depresiones y los psicoanálisis: bosquejos para la comprensión y abordaje de las problemáticas depresivas*. Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. Nro.24. Bs. As.

WINOGRAD, Benzión. 2005. *Depresión: ¿Enfermedad o Crisis? Una perspectiva Psicoanalítica*. Editorial Paidós.