

**ESTRUCTURAS
CLINICAS
INCONSCIENTES**

RÓMULO LANDER

Editorial Psicoanalítica

Caracas, Venezuela
Rlander39@gmail.com
Primera edición: 2017

Imagen de Portada: Imagen fotográfica de Felipe Pinel, Sigmund Freud,
Emil Kraepelin, Melanie Klein, Wilfred Bion y Jacques Lacan.

Depósito Legal:
ISBN:

Impresión: Yuruani Güerere
Yuruani73@gmail.com

PROLOGO

Este libro es la continuación de mi anterior libro titulado APARATO MENTAL. En este libro se aborda un tema extremadamente delicado: la clínica psicoanalítica, la cual se basa en la existencia del inconsciente. Hoy día debido a los avances de la neurociencias y en especial a los avances de la psicofarmacología, ha ocurrido que la clínica Psiquiátrica y la clínica psicoanalítica se diferencian cada más. La clínica psiquiátrica se basa en los procesos de consciencia y en la importancia del diagnóstico. Este diagnóstico está basado en el estudio de los síntomas, que lleva inevitablemente a la terapia psicofarmacológica. A su vez la clínica psicoanalítica, no se basa en el estudio de los síntomas, sino en el estudio de los mecanismos mentales inconscientes. Estos mecanismos son la consecuencia de las estructuras psíquicas inconscientes. El psicoanálisis ha evolucionado progresivamente, desde un pensamiento fenomenológico topográfico, a un tipo de pensamiento topológico. Y aún ha ido más allá. Ha diferenciado lo que podría considerarse patología mental, a lo que ahora se denomina: formas de diversidad en el vivir. Esta diversidad no es patológica, ni configura ninguna enfermedad. Esto nos abre a un serio dilema. La post modernidad con su cultura globalizada y demanda de inmediatez, presionada por la grave explosión demográfica, establece y refuerza: la nueva cultura de las pastillas. La cultura actual protege a los artificiales e inexactos <Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico> y se resiste a aceptar la diversidad no-patológica en el vivir. En este libro sobre estructuras clínicas inconscientes se diferencia claramente lo que es patológico de lo que no lo es [Diversidad del Ser]. Estoy consciente que al presentar estas ideas he desatado la furia de los poderosos.

Rómulo Lander
Enero, 2017

INDICE DE CONTENIDO

Capítulo 1 **INTRODUCCIÓN: SEMIOLOGIA Y CLÍNICA**

Los inicios de la Psiquiatría Clínica en 1793 con Felipe Pinel—Semiología y clínica en psiquiatría--Inicios de la nosografía psiquiátrica—Estudio de las enfermedades mentales basado en los síntomas y en la fenomenología—El siglo 19 es la época del positivismo científico y del pensamiento topográfico—El diagnóstico en clínica psiquiátrica--Sigmund Freud y la aparición del concepto de Aparato Mental—La primera y segunda tópica Freudiana—Introducción al pensamiento topológico--Los avances ocurridos en 1950—Aparición del estructuralismo en las ciencias humanas--El tercer modelo [topológico] introducido por Jacques Lacan.

Página 17

Capítulo 2 **¿QUÉ SON LAS ESTRUCTURAS CLINICAS?**

¿Cuál es el concepto de estructura en psicoanálisis?—El diagnóstico en clínica psicoanalítica no se fundamenta en los síntomas: se fundamenta en las estructuras psíquicas inconscientes— ¿Qué es una estructura?--Lo topográfico y lo topológico—Importancia de la fenomenología de tipo psicoanalítica—El sentido del síntoma en psicoanálisis--Otto Fenichel y su enciclopedia fenomenológica—La llegada de los psicoanalistas que no son médicos después de 1970—¿Cuál es la clínica psicoanalítica basada en el estudio de las estructuras clínicas inconscientes? Consecuencias de los avances de las neurociencias después de 1980—Los neurotransmisores—Las historias médicas de base estadística [computarizadas] y su efecto con la aparición de los manuales de diagnóstico de las enfermedades mentales—El problema ético con estos manuales de diagnóstico--La Organización Mundial de la Salud y su manual [ICD] y la American Psychiatric Association y su manual [DSM]—El nuevo paradigma psiquiátrico en la Psiquiatría post-moderna—El debate: Psicofármacos y Psicoanálisis. ¿Es posible psicoanalizar y medicar a la vez? ¿Cuáles son las consecuencias? **Página 28**

Capítulo 3

ESTRUCTURAS CLÍNICAS INCONSCIENTES

Las tres estructuras clínicas inconscientes: Neurótica, Psicótica y Perversa—Cada una con sus propios mecanismos mentales constitutivos. **La Estructura neurótica:** Está fundamentada en el mecanismo de la represión, lo cual inicialmente refiere a la histeria y a las obsesiones—Luego se incluyen: Las fobias y los borderlines--**Estructura psicótica:** Inicialmente refiere a la estructura esquizofrénica fundamentada en el mecanismo de la forclusión del significante paterno: la no-inscripción del nombre del padre--Luego se incluye y describe la Paranoia y las Psicosis maniaco depresivas--**Estructura perversa:** fundamentada en el mecanismo de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos—Algo adicional importante: Las dos formas básicas de organizarse las estructuras clínicas inconscientes: variante Narcisista y la variante Edípica--¿Cómo reconocer en la entrevista estas dos variaciones en la estructura?—¿Cómo reconocer en la entrevista las tres estructuras clínicas inconscientes?—Para lograr reconocerlas es necesario utilizar cuatro conceptos psicoanalíticos: (a) Lógica del falo: permite precisar en la escucha: la relación que el entrevistado tiene con la metáfora del falo. (b) La relación de Objeto: Es necesario determinar cuál tipo de relación de objeto está usando el entrevistado en ese momento de su vida. (c) Tipo de angustia: Es necesario precisar qué tipo de angustia está presente en su funcionamiento mental actual. (d) Mecanismos de defensa: ¿Qué tipo de mecanismo inconsciente está usando? **Página 46**

Capítulo 4

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Primera parte

Estructura de la Histeria: ¿Qué es una estructura neurótica? ¿En que se fundamenta la estructura histérica?—El histérico se identifica en la temprana infancia a un otro castrado—Descripción de la fenomenología de la histeria: (a) Seducción y el señuelo fálico (b) Teatralidad (c) Conquista del objeto fálico (d) Sugestionabilidad (e) Conflicto con el deseo sexual propio (f) Sentimiento de incompletud y temor a la muerte—Lógica del sostén que ofrece la estructura—Los dos tipos de histeria: N/e y n/E—Locura histérica y el narcisismo—Contribución topológica--El otro en posición de amo—Las crisis disociativa—utilidad de usar mate-

mas y grafos en la teorización—Matema de la histeria—Significado del matema—aplicación clínica del matema histérico—**Página 53**

Capítulo 5 **ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Segunda parte**

Estructura de las obsesiones: ¿En que se fundamenta la estructura obsesiva? El obsesivo se organiza alrededor de la imagen de un otro fálico—Descripción de la *fenomenología* de las obsesiones y la histerización del obsesivo: (a) Ideas obsesivas (b) Ideas cabalísticas (c) Dudas obsesivas (d) Rituales obsesivo-compulsivo (e) Necesidad de control (f) Necesidad de perfección (g) Gran capacidad sexual (f) No temen a la muerte—Aspectos *estructurales* de las obsesiones—Matema de la estructura obsesiva—Significado del matema—Validación clínica del matema. **Página 65**

Capítulo 6 **ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Tercera parte**

Acting out, pasaje al acto y enactment: Sigmund Freud y el acting out—El Agieren de Freud—Se trata de Repetir, sin saber, asuntos de la infancia, para aliviar la angustia—La vulgarización del concepto—El acting out como algo descalificador de la conducta--Los aspectos valiosos del acting out—Un acto sin sujeto—El pasaje al acto—Enactment--El acto del analista—importancia de la tercera afirmación. **Página 73**

Capítulo 7 **ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Cuarta parte**

Las fobias: La fobia no es una estructura en si misma--La fobia y el objeto fóbico--La conducta de evitación—El objeto acompañante--las fobias y el miedo—La crisis de pánico—Búsqueda del equilibrio psíquico—Los **dos tipos de fobias:** en el eje narcisista y en el eje Edípico—Las fobias: (a) como un síntoma (b) como una estructura—Fallas y carencias tempranas en las fobias narcisistas—La evitación del objeto fóbico—La angustia y el pánico—El atrapamiento materno—Lo que obtura la falta—Las fobias del eje Edípico—La angustia de castración—Las fobias curables y las incurables. **Página 81**

Capítulo 8

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Quinta parte

Los borderlines: ¿Qué son los estados limítrofes? ¿Qué es un borderline? El problema teórico con este paradigma: Los borderlines son una estructura neurótica inconsciente narcisista con poca estabilidad funcional—Los mecanismos narcisistas primitivos—El Border presenta en la fenomenología clínica <altos y bajos> en un eje vertical—En ese sentido se pueden ver como bipolares verticales—Los mecanismos mentales propios del borderline: (a) El vacío interior (b) La demanda de reconocimiento (c) Tipo de relación de objeto (d) La relación de dominio (e) El síntoma grapa (f) La Segunda piel (g) Los Estados Adhesivos (h) La vida sexual del borderline (i) Su sistema de ideales (j) La reversión de la perspectiva (k) El control de los impulsos (l) Compulsiones y adicciones.

Página 85

Capítulo 9

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Sexta parte

Los psicósomáticos: La mente y el cuerpo como una unidad—El cuerpo es el sostén orgánico de la mente—El cerebro no es la mente—La mente es un fenómeno virtual, algo funcional—Ambos aspectos se influyen mutuamente—Es necesario diferenciar cinco formas de presentarse el fenómeno somático: (1) Las conversiones: refiere a los trastornos funcionales de los músculos estriados y órganos de los sentidos, incluye a las cefaleas. (2) Las somatizaciones: cuando los conflictos psíquicos producen cambios somáticos que no llegan a organizarse como enfermedades somáticas. (3) Alucinaciones somáticas y delirios somáticos: aparece en las estructuras narcisistas primitivas e incluye a las alucinosis de Bion. (4) Las hipocondrías: cuando existe la firme creencia de padecer enfermedades que no existen. A veces son ideas falsas con certeza que se aproximan mucho a la idea delirante paranoica. (5) Las enfermedades psicósomáticas: cuando la mente en su vertiente inconsciente pueda enfermar el cuerpo—Así aparecen enfermedades somáticas del tracto digestivo, aparato respiratorio, circulatorio y la piel, entre otras—Cuando la mente no simboliza el conflicto psíquico, lo pasa al cuerpo y lo enferma—Un problema teórico especial: El cáncer. Sus dos teorías psicósomáticas principales: La teoría del <Callejón sin salida> y la teoría del <Pipote de basura>—Otro problema especial: Anorexia y

bulimia—La anorexia y la bulimia como un problema mental y no un problema alimentario--La joven con anorexia nerviosa no sólo renuncia a comer por miedo a engordar, sino también es una persona que no gusta de sí misma--El atrapamiento narcisista con la figura internalizada de la madre--La niña sumisa a su madre—La madre atrapadora--La función paterna salvadora--El deseo de nada--La madre 'que me necesita' y la presencia forzada de una 'hija sumisa'—El impulso salvador matricida—Su imposibilidad por los sentimientos de culpa--La familia poco expresiva--El matricidio frustrado--La imposibilidad de zafarse--El goce del síntoma. **Página 99**

Capítulo 10

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Primera parte

La psicosis esquizofrénica: Las Psicosis y su diagnóstico diferencial—Las Psicosis histérica—La esquizofrenia y el mecanismo de la forclusión del nombre del padre --La importancia del mecanismo psíquico de la afirmación [Bejahung]--**Los Fenómenos Elementales:** (a) El empuje al otro sexo, al cual Lacan le decía el empuje a la mujer (b) La ausencia del shifter (c) El otro como la cosa en sí (d) La genitalidad sin sujeto (e) El mar de Goce (f) La ambigüedad en la escogencia de objeto sexual--La producción psicótica—La metáfora delirante curativa—Los tres anillos [RSI] y el cuarto nudo--El fuera de discurso--Los dos tipos de suplencia--la función de la suplencia--Dos desencadenantes de la crisis psicótica: (a) La sensibilidad al rechazo (b) La imposibilidad de ocupar el lugar simbólico del padre—**Algo más:** El sentido de la cura y la posibilidad de restituir las suplencias—La importancia de la afirmación en la técnica. **Página 111**

Capítulo 11

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Segunda parte

La paranoia: Desde el psicoanálisis: ¿Qué es la paranoia? ¿Qué es el delirio paranoico? ¿Será una idea falsa de referencia que tiene certeza? ¿Quién define lo que es falso y lo que es verdadero? ¿Quién define la realidad?—Si la realidad es algo subjetivo, entonces no es universal—Termina siendo algo arbitrario--Tres tipos de pensamiento paranoico: (1) Pensamiento no organizado (2) Pensamiento sistematizado lúcido (3) Pensamiento fuera de la realidad común [psicótico]--¿Cuál es el ori-

gen de la paranoia?—La propuesta sobre la paranoia de Sigmund Freud como expresión de un conflicto homosexual reprimido—Las ideas de Melanie Klein sobre la angustia de persecución y el objeto paranoico: el odio proyectado—La propuesta de Jacques Lacan sobre la paranoia como un fenómeno de auto-punición—Mi propuesta sobre la génesis de la paranoia: la paranoia aparece cuando el sujeto hace fusión objetal con el objeto padre asesino. Un caso clínico y otros más. **Página 122**

Capítulo 12

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Tercera parte

La melancolía [depresión grave]: Clínica de la melancolía o depresión grave desde el punto de vista del Psicoanálisis—El síntoma depresivo y la psicosis maniaco depresiva [PMD]—La clínica depresiva se instala cuando: (a) Previamente en la historia del sujeto existe un predominio del vínculo de odio con el objeto. (b) Este odio al objeto va devenir posteriormente en odio a sí mismo y aparece la baja autoestima. (c) la aparición azarosa de una experiencia de fracaso. (d) La pérdida de la esperanza—La lógica del acto suicida--El suicidio como síntoma--Acto suicida radical y el suicidio heroico--El empuje al suicidio como síntoma--¿Qué hacer ante el riesgo suicida?--¿Qué hacer ante el peligro inminente suicida?--Acto suicida radical: las buenas razones para morir--El sujeto en su acto suicida radical muere por sus ideales--El suicidio heroico puro--Los suicidas en masa. **Página 149**

Los estados maniacos: Presencia del estado maniaco psicótico--La Psicosis Maniaco Depresiva [PMD] de Emil Kraepelin—La modernidad con sus nuevos estados bipolares--La agitación maniaca—La depresión melancólica—los sujetos bipolares horizontales—Los altibajos de la patología limítrofe Borderline--Los polos en el eje horizontal—Los polos en el eje vertical--identificaciones al objeto de amor y luego la identificación al objeto de odio--Escisión horizontal y escisión vertical—Amor y odio al objeto--Los bipolares horizontales y su oscilación en las identificaciones--Los bipolares verticales y su hueco estructural--Algo más sobre ambos fenómenos bipolares. **Página 151**

Capítulo 13

ESTRUCTURA PERVERSA: Primera parte

El acto perverso: ¿Qué son las perversiones sexuales? ¿Cuál es la lógica del acto? Las perversiones sexuales vistas desde la clínica Psicoanalítica—Diferencia entre un acto y una estructura perversa--¿Qué es un acto perverso?—El vértice de la clínica fenomenológica--El vértice de la clínica psicoanalítica--Sentido del acto perverso en las perversiones--Un exhibicionista callejero-- Un masoquista célebre-- Un masoquista verdadero-- El sentido del acto perverso en las neurosis-- El fantasma sexual--Inclusión del fantasma sexual-- El fantasma en acto-- Dos breves ejemplos-- El acceso al fantasma. ¿Qué es una estructura perversa?

Página 158

Capítulo 14

ESTRUCTURA PERVERSA: Segunda parte

La estructura perversa: ¿Cuál es la lógica de la estructura perversa? Explicación de la estructura: paso a paso--El Grafo de la perversión--La verleugnung--La ichspaltung--Ser el falo--Ser el instrumento de goce--La voluntad de goce--La tiranía del guión perverso--El Perverso como un ciudadano ejemplar—La perversión verdadera es exclusiva de la mente masculina [presente en hombres y mujeres]. **Página 169**

Capítulo 15

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Primera parte:

La diversidad sexual: La organización psíquica de los sexos—Los fundamentos psicoanalíticos--Los cinco aspectos de la organización sexual humana: (1) Lo real sexual: el cuerpo, esto refiere a Lo Real anatómico visible e invisible. (2) La Identidad sexual lo cual refiere al sexo de asignación: varón o hembra, nivel jurídico de la identidad. (3) El Género sexual cultural: relativo a las identificaciones sexuales: masculino o femenino. Son valores sociales arbitrarios. (4) La escogencia del objeto sexual: heterosexual, homosexual o bisexual. Es relativo al complejo de Edipo--Edipo en el varón--Edipo en la niña. (5) El género sexual inconsciente: Refiere a la estructura sexual inconsciente definido según la fun-

ción fálica: refiere a la masculinidad y feminidad inconsciente e involuntaria--¿Qué es un hombre? ¿Qué es una mujer? Ambas preguntas son de muy difícil respuesta—Un nuevo intento de respuesta: Los cuatro registros dialécticos: (1) Sadismo y masoquismo (2) Perversión y erotomanía (3) Ingenuidad e intriga (4) Violencia asesina y maldad oculta--El problema teórico de la bisexualidad. Lógica de la ambigüedad sexual: La importancia del sexo biológico--Controversias sobre la identidad sexual--Los estados intersexuales—Controversia sobre los pseudohermafroditas. Antecedentes de la bisexualidad y la biología. La identidad hermafrodita. Diferencias entre los transexuales y los tranvestistas. ¿Qué es la homosexualidad? **Página 174**

Capítulo 16

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Segunda parte:

Autismo infantil de Kanner: Es una diversidad del desarrollo, algo permanente y profundo. Hoy en día no se considera una enfermedad, es visto más bien como una diversidad del ser. El niño autista muestra una gran dificultad en la relación que tiene con el otro. La comunicación y la reciprocidad emocional se encuentran seriamente obstaculizadas. Los niños autistas muestran una incapacidad de interacción familiar, con un completo y llamativo aislamiento social. Algunos autistas muestran estereotipias motoras muy visibles. Estas estereotipias refieren a la presencia de movimientos repetitivos incontrolados generalmente del tronco [rocking] o de las manos. **Página 205**

Capítulo 17

OTRAS FORMAS DE VIVIR: LA DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Tercera parte:

Síndrome Asperger: Tanto el autismo precoz de Kanner como el Síndrome Asperger comparten tres características básicas: (1) Obstáculos para relacionarse con los demás. (2) Obstáculos para comprender la comunicación emocional de gestos [no-verbales]. (3) Interés obsesivo por actividades repetitivas concretas, afición a la rutina y temor al cambio. Aparte de estos rasgos comunes básicos, en cada caso se puede observar un conjunto de síntomas específicos, si bien éstos no son siempre los mismos, ni muestran la misma intensidad, ni evolucionan de

la misma manera a lo largo de la vida de la persona. De éstos rasgos, los dos que sirven para establecer una cierta frontera entre el Autismo de Kanner y el Síndrome de Asperger son: (1) **El aprendizaje del lenguaje:** en las personas con autismo de Kanner se observa un retraso en la aparición del lenguaje, que no se produce en el Asperger. (2) **El cociente intelectual:** en el Asperger es normal o superior al normal. Mientras que en el autismo de Kanner puede estar por debajo del normal [bajo rendimiento] o algunos casos como superior [alto rendimiento]. A continuación describo los quince rasgos más frecuentes que pueden estar presentes en el síndrome Asperger. **Página 208**

Capítulo 18

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Cuarta parte:

Lógica de la tristeza. Refiere a la tristeza y otros estados mentales similares que no son Depresión. Me refiero a: (a) La clínica del duelo (b) La Clínica del vacío (c) La clínica del masoquismo moral (d) La Clínica del goce—Empecemos por los elementos del duelo normal y patológico—El duelo y la relación de amor-odio del sujeto con el objeto muerto—El duelo con el objeto de simbiosis--Las pérdidas necesarias y duelos inevitables—El sufrimiento y los tres tipos de masoquismos según Freud: el masoquismo sexual, moral y femenino-- Clínica del Goce--El sufrimiento y el equilibrio psíquico. **Página 233**

Capítulo 19

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Quinta parte:

Lógica del vacío interior: Teoría del espacio psíquico--Donald Meltzer y sus identificaciones adhesivas--Este problema de no disponer de un espacio psíquico que fuera apto para las identificaciones estables es un problema estructural, el cual es originado por serias carencias afectivas ocurridas en una época muy temprana, en los inicios de su vida—La configuración del espacio y del tiempo psíquico--Fenómeno del vacío y el concepto del tiempo psíquico--El vacío interior se calma cuando aparece un apego al objeto--La observación clínica revela un apego exagerado al objeto, a predominio fusional y simbiótico: No con todos los objetos, solo con el objeto elegido para tal fin--El origen de este vacío in-

terior proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre-hijo--El sujeto se constituye gracias al mecanismo de identificación que ocurre en esa relación temprana—El proceso de introyecciones e identificaciones tempranas del niño, proceso realizado con diversos aspectos sensoriales de su madre, va a dar origen a la formación de un Yo primitivo--La textura de ese Yo temprano se va a formar con las progresivas introyecciones e identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes--La deficiencia en estas identificaciones y el predominio de las frustraciones con el pecho nutricio por incapacidad en la continencia y en la función reverie de la madre va a dejar un efecto de hueco o de vacío en la textura de ese Yo primitivo--Todos nosotros tenemos una cuota inevitable de deficiencia de la función reverie materna--un vacío o un hueco que corresponde con las experiencias del período temprano narcisista del desarrollo va a estar presente en la textura del Yo de todos nosotros. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista que todos nosotros tenemos, varía según las experiencias originarias que hayamos tenido en la temprana infancia--En 1970 Jacques Lacan introdujo su teoría de las suplencias--Son significantes que pueden hacer la función de obturar el hueco o vacío--Es común encontrar ciertas patologías graves relacionadas con la existencia de un hueco o vacío en el sujeto--Me refiero por ejemplo a las patologías compulsivas de 'juegos de azar', las llamadas Ludopatías o la adicción grave a drogas lícitas o ilícitas y el Alcoholismo grave. **Página 241**

Capítulo 20

OTRAS FORMAS DE VIVIR: LA DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Sexta parte:

Lógica de la soledad: El sentimiento de soledad--El estar solo--La soledad íngrima—La capacidad de compartir con el otro—El sujeto y el grupo: la manada--La Soledad y los tipos de aislamiento social: (a) Aislamiento espiritual: incluye los Eremitas y los Silobatos (b) Aislamiento autista que incluye el síndrome Asperger—(c) Aislamiento social: Los anacoretas—Otras soledades: la barrera autista neurótica de Esther Bick—La soledad que cura--La existencia del otro y la aparición del lazo social—El apego al objeto—El exceso de apego--La necesidad de pertenencia y el instinto gregario. **Página 246**

Capítulo 21**OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA**

Séptima parte:

Los trasgresores de la ley: El sujeto civilizado que obedece la ley—Los delincuentes no necesariamente son enfermos mentales—Los inadaptados-- El sujeto del delito y los transgresores de la ley—Importancia y efectos de la renuncia al incesto y al parricidio—El enfoque psiquiátrico del psicópata [psicopatía] y el delincuente—El delincuente que no padece de sentimientos de culpa—El delito provocado por sentimientos previos de culpabilidad--El enfoque psicoanalítico: El origen de la transgresión—Las tres vías: (a) La pasión de odio y la transgresión delirante. (b) La destructividad humana: con su voracidad, envidia, grandiosidad e intolerancia. (c) La Agresividad humana al servicio de la supervivencia—La transgresión sin delito—La lógica de los ideales. **Página 253**

Capítulo 22**BIBLIOGRAFIA**

Página 257**Capítulo 23****INDICE DE PALABRAS Y CONCEPTOS**

Página 262

Capítulo 1

SEMIOLOGÍA Y CLÍNICA

En los inicios de la Psiquiatría en 1793 el médico francés Felipe Pinel liberó en París a los enfermos mentales de las cadenas. En esa época las cadenas los mantenían atados a las paredes para así controlar los episodios de agitación violenta que convertían a esas personas en seres inmanejables y peligrosos. Pinel insistía en que solo hablando razonablemente con ellos se podía controlar su conducta agitada, sin necesidad de sujetarlos a las paredes. Con este acto de liberarlos, Pinel quien en ese momento era el nuevo Director del Hospicio de Bicetre, introdujo en la Medicina, el nuevo concepto de alienación. Esas personas ya no eran unos poseídos o unos trasgresores de la ley. Desde entonces serían llamados enfermos mentales. Desde esa época los alienados empezaron a ser tratados con dignidad y respeto. Con Felipe Pinel se inició la práctica de elaborar el historial clínico de cada uno de estos enfermos. En esos historiales se describía cuidadosamente lo observado en los pacientes. Así se abrió la posibilidad de estudiar cuidadosamente la semiología y su clínica. Se inició el estudio de los síntomas que presentaban estas personas en su diario vivir. Con este estudio de los síntomas se inicia la posibilidad de ponerle nombre a las nuevas enfermedades y crear diagnósticos. Se trataba de nominar [nosografía] a estos recién descubiertos padecimientos mentales.

Las enfermedades mentales no tenían nombre

Como en esa primera época las enfermedades mentales no tenían nombre, fueron los psiquiatras humanistas de diversos países europeos, quienes siguiendo lo establecido por Felipe Pinel y observando las muy variadas conductas, fueron identificando grupos de enfermedades. Observaban los síntomas y tomando en cuenta su evolución clínica, le daban un nombre a lo que desde entonces se consideró: enfermedad mental. Felipe Pinel redactó en 1801 un <Tratado sobre la Alienación Mental> donde clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: (1) La Melancolía simple [delirio quieto] (2) La Manía [delirio agitado] (3) La Demencia [déficit cognitivo generalizado] y (4) La Idiocia [perturbación generalizada de las funciones mentales] llamadas luego Psicosis. Así se da inicio a la nosografía psiquiátrica moderna.

Estos distinguidos psiquiatras europeos estaban tan interesados y ocupados en ordenar ese universo de pacientes que no se les ocurrió pensar la idea de la posible existencia teórica, de un modelo abstracto de aparato mental. Fue el mérito extraordinario de Sigmund Freud quien produjo y definió el primer modelo de aparato mental en la historia. Sigmund Freud era un médico neurólogo vienés quien provenía del campo de la investigación experimental en neurología. Freud investigaba el sistema nervioso de los moluscos en el laboratorio del famoso médico investigador Ernst von Brücke en Viena. Su carrera como investigador, giró al campo de la clínica, al comenzar a trabajar en las salas clínicas de neurología en el Hospital general de Viena. Poco a poco se comenzó a interesar por una extraña enfermedad europea muy frecuente en la época, llamada: Neurastenia. Estos neurasténicos eran pacientes que padecían de infelicidad, sufrimiento psíquico, angustia crónica y síntomas nerviosos variados. Eran considerados incurables con los métodos disponibles para la época.

De la neurastenia se distinguía, otra enfermedad muy frecuente, llamada por los clínicos: Histeria. En 1892 Freud viaja a París a estudiar con Jean-Martin Charcot. Este distinguido Neuro-psiquiatra francés, ofrecía en el Hospital de la Salpêtrière en París, clases magistrales sobre la histeria. En sus demostraciones prácticas utilizaba la hipnosis. Los estudios sobre la histeria y sobre los sueños, llevaron a Freud a hacer abstracciones importantes de cómo funciona la mente humana. Ya de regreso en Viena, Freud propone en 1895 el primer modelo de Aparato mental en la historia de las ciencias. Este primer modelo se llamó muchos años después: la primera tópica Freudiana. Este primer modelo consistía en un aparato psíquico compuesto de tres sistemas abstractos e invisibles, relacionados entre sí llamados: Consciente, Preconsciente e Inconsciente. Introdujo además dos ideas escandalosas para la época: (1) La teoría de la vida sexual de los niños: llamada sexualidad Infantil y (2) La teoría de la existencia del inconsciente. Con esto funda el Psicoanálisis en 1895 ilustrando sus ideas con los casos que aparecen en su libro titulado: Estudios sobre la Histeria. Este libro pionero fue escrito conjuntamente con su mentor de esa época, el distinguido médico internista vienés: Josef Breuer. En este libro aparece publicado el caso célebre de Anna-O.

La nueva ciencia del Psicoanálisis va a hacer conocida por los médicos e intelectuales de toda Europa, cuando el día 1 de Enero de 1900 aparece

en las librerías un nuevo libro escrito por Sigmund Freud, titulado: La interpretación de los sueños.

Pasarán 25 años, antes de que Freud pueda mejorar y crear un segundo modelo del Aparato Mental. Esto ocurre en 1923 a sus 67 años de edad. En su importante libro de ese año: El Yo y el Ello Freud introduce su segundo modelo, que consiste en las novedosas instancias psíquicas: Yo, Ello y Superyó. Este modelo pasa a ser llamado años después: la segunda tópica freudiana.

En los inicios del siglo 20 ocurren enormes descubrimientos, tanto en las ciencias como en las artes. Albert Einstein introduce en 1906 su importantísima teoría de la relatividad. La teoría de la relatividad y poco después la teoría de la física cuántica [Plank] da por concluido el imperio de la certeza que con tanto éxito había iniciado Isaac Newton en el siglo 17. Progresivamente termina el férreo dominio del pensamiento positivista en las ciencias. Con Albert Einstein comienza una nueva era, en donde la teoría de lo relativo, la teoría del caos y la importancia del principio de contradicción, abren el entendimiento a todo aquello, que no es dominado por la certeza del mundo de la consciencia. Esto hace posible que se inicie el estudio de las estructuras mentales inconscientes.

El aparato psíquico y la primera tópica freudiana

Como ya dije, Sigmund Freud tiene el mérito de haber sido el primero que pudo formalizar el concepto del aparato psíquico.¹ Su capacidad de observación de los fenómenos mentales y su interés en conceptualizarlos y ordenarlos en una forma intelegible, lo llevó a hacer proposiciones teóricas metapsico-lógicas abstractas que fueron revolucionarias para su época. Así Freud introduce en 1895 su extraordinaria teoría del aparato psíquico. Un aparato dotado de sistemas, de energía y de propósito. Crea su propuesta de los tres sistemas: consciente, preconsciente e inconsciente. Estos tres sistemas posteriormente van a constituir lo que se llamó la primera tópica freudiana.

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=vo8y8owfy5w> Breve video de la imagen de Sigmund Freud con su propia voz en inglés, seis meses antes de morir en Londres. Subtitulado en español video de 3 minutos.

El concepto de Tópica

El término tópico refiere a una teoría que supone la existencia de lugares relativos y se fundamenta en una concepción topográfica de las superficies. En cierta manera se podría decir que el modelo visual inevitable que la acompaña es un modelo antropomórfico. La tónica freudiana es una teoría metapsicológica que supone la existencia en la psique de lugares relativos que funcionan como sistemas diferenciados dotados de funciones propias y relacionadas entre sí. Freud aclara varias veces que ésta propuesta no está relacionada con los esquemas anatómicos cerebrales de la época. Es una propuesta teórica virtual abstracta. Su esquema que aparece en el capítulo VII de la <Interpretación de los Sueños> publicada en 1900 sugiere un modelo topográfico con un polo perceptivo y un polo motor. Esta propuesta de la primera tónica con sus tres sistemas es en esencia de naturaleza estructural, ya que cumple los requisitos lógicos de cualquier estructura.

Lo dinámico² y lo económico³

En este modelo del aparato psíquico, además de la teoría tónica de los lugares relativos, Freud introduce la teoría dinámica [energía] cuando dice que estos sistemas están relacionados entre sí, en tensión mutua, lo cual abre la posibilidad para la existencia del conflicto psíquico. También introduce la teoría económica cuando habla del monto de las cargas o catexias de energía psíquica que van a invertir en uno u otro sistema. Además este movimiento de las cargas de energía sigue un cierto orden. Los elementos que él llama mnémicos van a constituir representaciones en los distintos sistemas y van a recibir investidura: es decir cargas de energía, siguiendo un cierto orden. Así Freud habla de la posibilidad de la progresión y regresión tónica.

Teoría de los lugares

¿Como entender el concepto de los lugares psíquicos relativos de esta propuesta freudiana? Freud dice que su interés es hacer comprensible lo incomprensible del funcionamiento psíquico. Para lograr esto Freud va a

² Lo dinámico refiere a fuerzas en movimiento y que se pueden oponer.

³ Lo económico refiere a la presencia de mayor o menor cantidad de energía disponible en el sistema.

descomponer este funcionamiento en partes, asignando una función particular a cada una de las partes. El concepto de los lugares psíquicos implica que cada parte es exterior a las otras. Que cada una posee una función especial y que todas estas funciones están relacionadas entre sí, de tal manera que la modificación de una de ellas produce un efecto en las otras.

Origen del aparato psíquico

Freud abordó el enigmático problema del origen del aparato psíquico. Ante el planteamiento de este problema encontramos en Freud dos respuestas diferentes, pero no excluyentes. En la primera respuesta Freud plantea la formación del inconsciente a partir del proceso de la represión, situación que lleva a Freud a proponer la existencia de una *repre-sión primaria*, también llamada originaria, efecto de la Spaltung original.⁴ En la segunda respuesta, Freud plantea el origen del aparato mental como un efecto de las experiencias, la aparición y diferenciación progresiva de los distintos sistemas a partir del sistema inconsciente, cuyo propio origen se hunde en lo biológico genético. Esta respuesta va a encontrar confirmación en la propuesta freudiana de la segunda tópica, donde se introduce el nuevo concepto del Ello. Así quedan establecidas las bases para lo que va a ser llamado *lo reprimido inconsciente* y el *más allá* del inconsciente reprimido, donde luego Lacan siguiendo a Freud, ubicará al Das Ding, llamada en español La Cosa.

La Segunda Tópica

En 1923 en su trabajo titulado <El Yo y el Ello> Freud va a proponer una nueva concepción del aparato psíquico. A menudo nos referimos a ella como la segunda tópica. En este trabajo Freud plantea la existencia de tres instancias psíquicas: Ello, Yo y SuperYo. El esquema que acompaña esta propuesta, el cual es un dibujo hecho por el mismo Freud, sugiere un modelo antropomórfico con una pequeña oreja en el lado izquierdo del esquema, un polo perceptivo en la parte superior que nos relaciona con el mundo exterior y otro polo pulsional en la parte inferior que se hunde en lo biológico del cuerpo. Esta segunda tópica es com-

⁴ El mecanismo freudiano responsable de la primera represión fundante de la mente humana fué llamada por Freud en alemán <Spaltung> y fue al inglés como <splitting> y traducida al español como <escisión>.

plementaria a la primera ya que no son excluyentes entre sí. Es importante mencionar que también esta segunda tónica es estructural ya que esta propuesta sigue la lógica de las estructuras.

La propuesta del desarrollo

Freud planeó la progresiva formación del aparato psíquico en términos de desarrollo, lo cual corresponde al modelo de pensamiento topográfico. Así pues tenemos sus trabajos sobre el desarrollo psicosexual de la libido. Donde la organización de la libido pasa por diversas etapas: oral, anal, fálico-uretral y genital. Habla del SuperYo como una instancia psíquica que es heredera del Complejo de Edipo. Es decir esta instancia del SuperYo se va a constituir como un efecto del drama edípico. Todas estas propuestas teóricas dejaron la idea inexacta de que el aparato psíquico se constituye en forma evolutiva. Existe duda de que esta idea evolutiva haya sido una idea original de Freud, ya que Karl Abraham había insistido mucho en este tipo de propuesta evolutiva.

Sincronía y diacronía

Aquí es necesario hacerse la pregunta siguiente: ¿es lo mismo el desarrollo de la personalidad, que la formación de la estructura psíquica? A mi entender son dos maneras diferentes de conceptualizar el origen del aparato psíquico. En la primera predomina la diacronía y en la segunda la sincronía. La primera es claramente topográfica. El concepto de desarrollo refiere a la observación de cambios progresivos que están ocurriendo durante la formación de la psique. Está basado en la observación secuencial de los cambios. Sugiere fuertemente la idea de una secuencia lineal de evolución. Una evolución a lo largo del eje del tiempo, algo diacrónico. Pero esta secuencia lineal, es una verdad a medias. Es una ilusión de secuencia. El proceso de la formación psíquica es mucho más complejo ya que existe una interacción permanente entre el material genético original del ser y el ambiente que rodea al sujeto.

La propuesta de la sincronía también es estructural pero de fundamentación topológica. Esta sincronía sostiene la hipótesis de procesos introyectivos y proyectivos, que son simultáneos, y que solo los comprendemos si artificialmente los describimos de manera secuencial. Lacan propone que la formación de la estructura psíquica

ocurre en forma topológica y sincrónica. Por lo tanto la descripción de las etapas secuenciales del desarrollo, son un artificio didáctico que nos ofrece las posibilidades de transmitir, más fácilmente, el conocimiento psicoanalítico en los inicios de su estudio.

Este dilema de la evolución, llamado desarrollo de la estructura psíquica versus la formación sincrónica de la estructura psíquica, es de naturaleza compleja. Todos sabemos que el niño en su desarrollo: primero se sienta, luego gatea y finalmente camina. ¿Cómo negar esas realidades secuenciales del desarrollo? No se trata de negar nada. Simplemente, aún cuando la secuencia del desarrollo es un observable clínico, las potencialidades del producto final están presente desde el comienzo y ejerciendo su efecto en cada momento. Así la sincronía y la diacronía no son excluyentes. Son momentos lógicos topológicos. No son contradictorios, sino paradójicos. Lacan decía que la percepción [lo observable] eclipsa a la estructura [lo invisible].

Melanie Klein

Así las cosas transcurren hasta 1932 cuando Melanie Klein introduce una propuesta revolucionaria. Hasta ese momento no había surgido ninguna nueva idea que modificara el concepto de la segunda topica que nos había dejado Freud en 1923. Es Melanie Klein quien propone que el funcionamiento de la psique posee la peculiar característica de poder **oscilar** entre dos posibilidades.

La oscilación propuesta por Klein

Se oscila entre la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. Esto representa un avance extraordinario en la concepción del funcionamiento del aparato psíquico. Una verdadera ruptura epistemológica. Aunque es necesario admitir que no se trata de un nuevo modelo de aparato. Sin embargo se produce una ruptura epistemológica al concepto tradicional de la evolución lineal. Recordemos que Freud en su propuesta de las etapas del desarrollo psicosexual de la libido había planteado una evolución lineal progresiva, con la posibilidad de puntos de fijación y regresión pulsional. En esta teoría freudiana había una opción de progreso libidinal y otra de retroceso. Se podía pensar en la maduración como un progreso y la enfermedad psíquica como un retroceso, una regresión a los puntos de fijación. Es Melanie Klein, con su propues-

ta de la capacidad de oscilación de las dos modalidades básicas del funcionamiento de la psique que introduce por primera vez un concepto no lineal.

Otra ruptura epistemológica

Es Jaques Lacan el gran teórico estructural del Psicoanálisis quien va a introducir una nueva y significativa ruptura epistemológica en la concepción del aparato psíquico. Esto lo logra con la introducción del pensamiento topológico en psicoanálisis. Lacan va a lograr zafar el Psicoanálisis del modelo clásico topográfico y antropomórfico que Freud introdujera en 1895 y 1923. Lacan va a introducir la propuesta topológica en la concepción de la psique.

La propuesta topológica

La topología es una rama de las matemáticas que estudia las propiedades de las figuras geométricas. Estudia los cambios en las formas geométricas sin que estas alteren sus propiedades y características básicas. Estudia las propiedades del espacio no métrico, estudia propiedades cualitativas. Así una circunferencia es topológicamente equivalente a un cuadrado por más que sus propiedades métricas sean diferentes. Una esfera, un exahedro y una cubo, en su esencia, son la misma cosa.⁵ Lacan utiliza primero la topología según la teoría matemática de los conjuntos y segundo la topología de las superficies.

La tercera tópica Lacaniana

La referencia topológica a la teoría matemática de los conjuntos es necesaria para la formalización del estatuto paradójico del otro. Se trata de una relación paradójica del sujeto con el Otro del significante. Lacan propone que el sujeto se va a constituir en el lugar del Otro [del inconsciente]. Un Otro que no existe en el mundo externo. El Otro en un momento lógico. A la vez fué un ser encarnado [en la figura de la madre] en otro momento lógico. El Otro es un lugar relativo virtual [en el inconsciente]. El Otro existe en la medida en que el sujeto lo encuentra, pero a la vez el sujeto existe, en la medida en que es

⁵ Un breve video sobre TOPOLOGÍA para la educación secundaria en 20 minutos:
<https://www.youtube.com/watch?v=V2Dr2RIY2U>

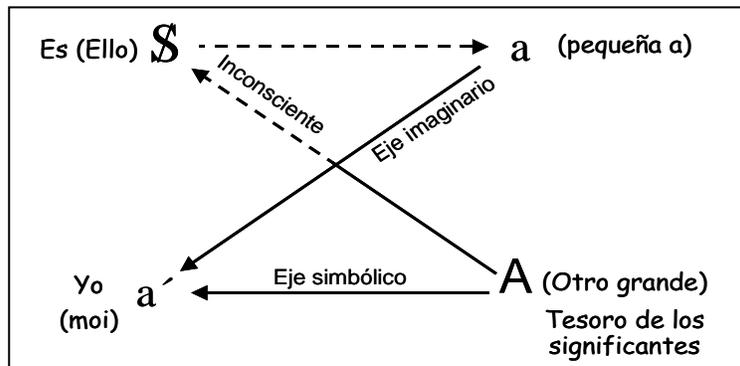
encontrado por este Otro. Y es en el lugar del Otro donde el sujeto se va a constituir. Como podemos observar esta es una paradoja topológica.

Lógica de las superficies

Lacan recurre a la topología de las superficies como son la banda de moebius, la figura topológica del toro, el cross-cap y la botella de Klein, para explicar aspectos centrales de la experiencia analítica en donde se zafa de los lugares topográficos como por ejemplo: el adentro y el afuera, lo superficial y lo profundo, lo total y lo parcial, arriba y abajo. Se zafa de esa lógica topográfica. Lacan va a elaborar una nueva lógica analítica topológica que se fundamenta en la lógica de la falta. Así Lacan propone un nuevo modelo del aparato psíquico que rompe con el enfoque topográfico. El nuevo modelo topológico estructural aparece en dos grafos fundamentales: en el grafo Lambda (L) y en el grafo del deseo. De forma claramente inexacta pero con profundo sentido histórico he preferido llamar a esta nueva propuesta estructural del aparato psíquico: la tercera tópica.

Grafo Lambda

Lacan presenta en los inicios de los años cincuenta, una nueva propuesta no-antropomórfica del aparato psíquico.



El concepto de sujeto para el psicoanálisis refiere al sujeto del inconsciente, por lo tanto es ex-sistente al Yo. Es decir el inconsciente

se encuentra externo al ámbito del Yo. Este grafo pone en evidencia la relación dual del Yo con el otro: La <a> pequeña y la <A> grande.

El sujeto se va constituir en el lugar del otro en forma dual: en el eje imaginario [narcisista] y en el eje simbólico [edípico]. La presencia permanente a lo largo de la vida del eje imaginario <a→a'> obstaculiza e impide el advenimiento del sujeto al lugar de su determinación significante: <A>. Por efecto de la barrera imaginaria se va causar de forma permanente e inevitable y por razones de estructura: el diálogo de sordos. Esta barrera imaginaria crea el efecto de la subjetividad. Lacan dice en sus <Escritos 2> pagina 530, lo siguiente: 'el sujeto está estirado en los cuatro puntos del esquema [del grafo]. A saber: en <S> su inefable y estúpida existencia, en <a> sus objetos, en <a'> su Yo: lo que se refleja de su forma en sus objetos y en <A> el lugar desde donde puede plantearse la cuestión de su existencia'. Este grafo es necesario estudiarlo en cada uno de sus partes. También es importante recordar que este grafo se complejiza posteriormente con el grafo <R> y el grafo <I>. Dichos grafos adicionales aparecen en el texto de 1956 titulado: 'De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis'.

Capítulo 2

¿QUÉ SON LAS ESTRUCTURAS CLINICAS?

El concepto de estructura en las ciencias se fundamenta en la relación que los diversos elementos de un conjunto tienen entre sí. En la lógica de las estructuras existe una relación especial entre el todo y las partes, en donde la modificación de una de las partes, afecta al todo de la estructura. El estructuralismo en ciencias humanas: especialmente en lingüística, antropología social y psicoanálisis, refiere a una teoría que concibe el objeto de estudio como un todo, cuyas partes se determinan mutuamente entre sí, en relación a sus funciones. La estructura se encuentra sujeta por tres principios básicos: principio de totalidad, de transformación y de autorregulación, en donde cualquier elemento que se modifique, modifica el resto de la estructura.

El concepto de estructura inconsciente en Psicoanálisis se opone al descriptivo fenomenológico, el cual es propio de la clínica psiquiátrica. Sin embargo la formulación de la estructura inconsciente en psicoanálisis se origina de la observación clínica fenomenológica que ocurre al escuchar y observar al analizando. Está claro que el estructuralismo en psicoanálisis es contrario al sustancialismo, doctrina ésta, que se funda en el estudio de las propiedades de las partes o sustancias aisladas. Al contrario, la hipótesis estructural propone la idea de que la estructura se sostiene por la relación que existe entre las partes, que son las que forman el todo. Los elementos se definen unos en relación a los otros. En ese sentido forman un conjunto estructural. Inevitablemente el descubrimiento teórico de las estructuras da origen a la necesidad de su formalización.

La formalización de la estructura

La formalización de una estructura es una creación teórica abstracta. Está fundamentada en el razonamiento lógico matemático y expresado en fórmulas algebraicas, algoritmos, matemáticas y grafos. El estructuralismo en este sentido hace desvanecer los misterios. Expone las ideas teóricas abstractas con claridad a partir de correlaciones lógicas elementales que al combinarse pueden tornarse complejas. Aquí es oportuno aclarar que la estructura no permite gradientes. La estructura es binaria. En ella aplica el principio de la transformación y autorregulación de

las partes, en donde los elementos de la estructura se relacionan siguiendo el principio binario: sí o no [todo o nada].

Efecto de ausencia

Una vez formulada la proposición estructural aparece un efecto de ausencia [des-sustancializante]. En este sentido la estructura despliega al objeto de estudio en su ausencia. De esta forma ya no se ven cosas concretas sustantivas. Ya no se ve individuo definible en tanto tal. Sólo se perciben relaciones lógicas entre las partes, que son las que sostienen al todo. Es una proposición invisible, en la cual el individuo aparece ausente y surge el sujeto como un concepto.

La problemática del lugar

Como ya dije, para la hipótesis estructural, lo fundamental son las relaciones. Esto va a producir un efecto tópico, es decir topográfico, en donde las relaciones implican lugares. Aparece la problemática del lugar en donde las características esenciales de las partes, van a depender, del lugar que ocupan en la red de relaciones. De allí que se diga que tal elemento ocupa el lugar de tal otro en una estructura determinada. Este punto de vista estructural no otorga propiedades a los elementos más que por el lugar que ocupan en las relaciones. Por eso esta es una proposición contraria a la fenomenológica. El elemento no transporta sus propiedades cuando ocupa otro lugar. Sino que por haber cambiado sus propiedades, se ubica teóricamente en un nuevo lugar en la estructura. Esta proposición se hace más compleja ya que el elemento por haber cambiado sus características [en forma topológica] es por lo que se ubica en el nuevo lugar. Pero a la vez el nuevo lugar le ratifica y le da las características. Aquí estamos en presencia de una paradoja topológica.⁶ Ocupa el nuevo lugar: porque tiene las características de ese nuevo lugar. A la vez el nuevo lugar le ratifica esas mismas características.

De la topografía a la topología

⁶ Un ejemplo: la madre puede pasar a ocupar el lugar del padre en la estructura familiar. Esto ocurre porque la personalidad materna, en ese caso, está capacitada para eso. Eso hace que de manera involuntaria pase a ocupar el lugar del padre. Pero cuando eso ocurre: al ocupar ese lugar, el mismo lugar: le ratifica las características de la función paterna que ella va a ejercer [y que ya posee desde el inicio]. No es contradicción, es una paradoja.

Jacques Lacan fue un eminente psicoanalista freudiano parisino quien tiene el mérito de haber introducido después de 1936, pero más claramente después de 1950, el pensamiento topológico y las ideas estructuralistas en psicoanálisis. Al introducir la problemática de los lugares Lacan encontró que en la formulación matemática de las estructuras surgían elementos que estaban en dos o más lugares a la vez, coexistiendo en forma simultánea y paradójica. Por ejemplo si utilizamos el pensamiento topográfico e insistimos en distinguir claramente el mundo psíquico interno, del mundo psíquico externo, en distinguir el adentro del afuera, lo superficial de lo profundo, lo parcial de lo total: es decir en distinguir los opuestos, entonces es obligante utilizar inevitablemente la lógica que nos remite a los lugares topográficos.

El problema con esta forma de pensar topográfica surge, porque no es lo mismo, una cosa que otra, ni se puede estar en dos o más lugares a la vez, a menos que se caiga en una contradicción lógica y desde el punto de vista positivista, eso es algo inaceptable. Este razonamiento topográfico era propio del pensamiento positivista del siglo 19. Estaba sólidamente sostenido por los principios filosóficos de Descartes [el cogito cartesiano: pienso luego existo] y la exactitud físico-matemática de Isaac Newton [Ley de la gravitación universal]. La lógica positivista se fundamentaba en los principios de la continuidad y precisión matemática, principio del conocimiento unívoco y presencia de la verdad absoluta: donde las cosas eran o no eran. En la ciencia positivista no hay espacio para la ambigüedad, ni paradoja.

La ruptura epistemológica y la verdad

La transformación producida por las ideas de Albert Einstein y Max Plank con las teorías de la relatividad y de la física cuántica y luego las teorías de Stephen Hawkins con su matemática celeste, provocaron una ruptura profunda con las teorías positivistas. La ciencia se abrió a las teorías de lo relativo, de la discontinuidad, a la lógica del absurdo y a la teoría del caos, donde nada es definitivo, ni total, ni unitario. Cae así el imperio de la certeza. El concepto de verdad comienza a ser distinguido de lo exacto y de lo verdadero, que surge como un eje: eje de lo verdadero, en donde la verdad pasa a ser un efecto: efecto de verdad, en donde la verdad como única o unívoca, es inasible, ya que para el humano, siempre será un efecto. Recordemos que Lacan en el Seminario

25 de 1977 dice que <la verdad tiene que ver con Lo Real> y Lo Real es un imposible, no atravesado por el significante, no conocido por el sujeto, que sólo podemos captar por sus efectos en lo simbólico. Cuando Lo Real se hace conocido por el sujeto, deja de ser Lo Real y pasa a ser llamado la realidad [de cada sujeto].

Otra vez la topología

Así surge en Psicoanálisis el uso de la topología. La topología refiere a una rama de las matemáticas que estudia las propiedades de las figuras geométricas las cuales no varían cuando las figuras son transformadas. Leibniz: 1679, Euler: 1750, Moebius: 1861, Klein: 1874, Bourbaki: 1948. La topología pone de manifiesto los límites del espacio plano y abre al estudio de la relación del objeto con su espacio. Se inicia así el estudio de la estructura topológica.⁷ Así el adentro y el afuera dejan de ser lugares tópicos, para ser figuras topológicas, en donde el elemento o parte de la estructura, puede estar dentro y fuera a la vez, sin caer en contradicción. Aparece en gramática la figura de la paradoja: el silencio ruidoso o la quietud agitada [oxímoron], donde las cosas son y no son a la vez, aproximándonos así cada vez más al concepto de lo inconsciente y no me refiero a cualidad de conciencia. Me refiero al inconsciente como algo positivo, algo que existe por sí mismo, por derecho propio [es más su lado de sustantivo y no de adjetivo].

Fenomenología Psiquiátrica

Para aclarar aún más la clínica psicoanalítica, que como acabo de explicar es topológica, resulta útil precisar más, la clínica psiquiátrica, la cual se apoya en los síntomas que están presentes en un paciente dado. Esa clínica es topográfica. Como dije, la fenomenología hace clínica y se fundamenta en el estudio de los síntomas. El estudio de los síntomas es algo indispensable en la práctica de la Psiquiatría y nos permite hablar de fenomenología y de clínica psiquiátrica.

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=FdSehUWcl9Q> TOPOLOGIA video de YOUTUBE en español en 4 minutos.

<https://www.youtube.com/watch?v=wMM8CbwLRik> TOPOLOGIA video en 17 minutos en español.

Hay que recordar que en psiquiatría el acto médico requiere de un diagnóstico preciso para llegar a un tratamiento adecuado. Todo esto basado en la correcta observación fenomenológica y la correcta calificación diagnóstica. La importante prescripción farmacológica que usualmente hace el psiquiatra se basa en un diagnóstico fenomenológico correcto. Así aparecen los manuales estadísticos, que ayudan a unificar criterios para lograr el correcto diagnóstico mental, tan popular en el siglo 21. Estos manuales no toman en cuenta los detalles subjetivos de la vida de cada persona. Ignoran la subjetividad del ser, ya que el diagnóstico se apoya en los síntomas observados. Según la presencia de tales y tales síntomas, el diagnóstico correcto será tal o cual. Este diagnóstico correcto significa la medicación apropiada para ese supuesto trastorno mental.

Clínica Psicoanalítica

En Psicoanálisis tenemos también clínica y observación fenomenológica de predominio auditivo, pero en este caso se trata de fenomenología psicoanalítica. Sigue siendo una observación fenomenológica de los fenómenos psíquicos.

Aquí surge una diferencia con la clínica psiquiátrica. En psicoanálisis no diagnosticamos entidades clínicas, como en la psiquiatría. Diagnosticamos estructuras psíquicas inconscientes y mecanismos mentales. Este diagnóstico psicoanalítico va a resultar de suma importancia en la dirección de la terapia analítica, ya que no es lo mismo tener en análisis una histeria narcisista grave, que una estructura psicótica esquizofrénica estabilizada. Ambas se parecen en sus síntomas, pero son muy diferentes en su estructura mental inconsciente. Y es muy diferente la manera de abordarlos en la técnica.

Hasta aquí estamos en un nivel de diagnóstico psicoanalítico de la estructura clínica inconsciente. Esto puede ocurrir y de hecho ocurre en el periodo de sesiones preliminares o también llamado de evaluación diagnóstica. Cuando el analizando cesa de pedir ayuda, bienestar y felicidad al analista, a quien se le atribuye ser el portador del saber, entonces es cuando el sujeto comienza a cuestionarse a sí mismo. Ahí se abre espacio para el acto analítico. Pasa de ser un paciente, a ser un analizando. Puede decirse que se ha iniciado el análisis. Algunos analistas dicen: ahora puede pasar al diván.

En los años cincuenta, anterior a la aceptación de las innovaciones propuestas por Lacan, se decía, en relación a este progreso: que el paciente había pasado a una posición analítica. Wilfred Bion hablaba del <no-proceso> o del <si-proceso> analítico. Es decir existían aquellos casos que nunca pasaron a la posición analítica y continuaron su análisis en un modo de trabajo similar al periodo inicial de las sesiones preliminares. En ese modo preliminar continúa un pedido de auxilio al analista, con la esperanza de que el analista, al cual se le atribuyen las respuestas curadoras, le dará la clave del bienestar, sin tener que descubrir por sí mismo algo de su mundo inconsciente. Esto puede ocurrir aún con varios años de tratamiento. Son casos que nunca entraron verdaderamente en análisis, aún cuando se aliviaron enormemente con la catarsis y con la función reverie que ejerce el analista. Estos pacientes sinceramente no podían pasar a la posición analítica y terminan su experiencia analítica muy agradecidos, sin nunca haber comenzado el análisis.

El interés por el estudio de las estructuras en todo lo relativo al fenómeno psíquico no es extraño al psicoanálisis. Sin embargo el estudio de la psicopatología psicoanalítica siguiendo el ordenamiento fenomenológico fue el que se impuso en la enseñanza y práctica psicoanalítica hasta la década de los años setenta. Así fue desde 1918 en que aparecen los Institutos de Psicoanálisis en Viena y Berlín, hasta 1970. Este predominio del enfoque fenomenológico en psicoanálisis tiene su explicación.

Positivismo científico

Este enfoque surgió como una consecuencia del positivismo científico de inicios del siglo 20. El empuje de esta corriente científica impuso la búsqueda de un conocimiento unívoco con el establecimiento de un saber universal. Los avances de la química, física y matemáticas epitomizan este empuje y producen el imperio de la certeza en las ciencias.

Las ciencias Médicas

Esto tuvo sus efectos sobre las ciencias médicas. La presión de los medios científicos insistió en ubicar las manifestaciones psicopatológicas en categorías diagnósticas definidas que siguiendo el modelo médico llevarían al tratamiento adecuado. Recordemos que según el modelo

médico un diagnóstico correcto lleva a un tratamiento correcto. La psiquiatría, como rama de la medicina, ganó respetabilidad científica utilizando el modelo médico y mejorando cada vez más los diagnósticos psicopatológicos.

La nosología

A fin de siglo 19 con Jean-Martin Charcot y Joseph Babinski en Francia, Emil Kraepelin y Ernst Kretschmer en Alemania y luego a comienzos del siglo 20 con Eugene Bleuler en Zúrich y Karl Jaspers en Heidelberg, se había iniciado un definido avance en la precisión diagnóstica fenomenológica en Psiquiatría. A partir de 1940 se comenzó a incorporar especialmente en los Estados Unidos, los conocimientos Psicoanalíticos, a la clínica Psiquiátrica. Sin duda mejoró la precisión diagnóstica fenomenológica de origen europeo.

Las cosas se precisaron aun más, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo en el Código Internacional de Enfermedades [diagnóstico estadístico mundial] llamado **ICD** [International Code of Diseases] un capítulo nuevo dedicado a las enfermedades mentales. Esto mejoró con la aparición del primer Manual de Diagnóstico Estadístico de la Enfermedades Mentales elaborado por la American Psychiatric Association [APA] en 1952 llamado DSM-1. En 1968 aparece el DSM-2 con mayor precisión y sustitución de cierta terminología fuera de uso. Luego en 1980 aparece el DSM-3. La Asociación Psiquiátrica Americana APA propone una revisión de este último en 1987 el llamado DSM 3-R. Posteriormente aparece en 1994 el DSM-4. En estos manuales de diagnóstico se precisan en detalle las manifestaciones fenomenológicas [los síntomas] de las diversas entidades clínicas que corresponden a groso modo con las entidades psicopatológicas psicoanalíticas de la época. Las cosas hoy en día [2016] han cambiado mucho con la aparición en Psiquiatría de la poderosa industria farmacéutica. A ocurrido una censurada intromisión de la industria farmacéutica [por el enorme aporte económico hecho a las asociaciones de Psiquiatras americanos] en la creación y revisión de los nuevos Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico. El número de nuevas enfermedades descritas y luego numeradas en los últimos manuales de diagnóstico: es alarmante. Tanto así que el último manual de Diagnóstico llamado DSM-5 es considerado <carente de base científica> por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y luego por el NIMH [Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, USA]. Estos

institutos oficiales de salud, consideran que según el manual DSM-5 todos los seres humanos del planeta aparecen numerados en algún lugar del nuevo manual y requieren de tomar medicación.

Los analistas médicos

Hasta aproximadamente 1970 la mayoría de los psicoanalistas eran médicos y provenían de la Psiquiatría. Por un lado su formación en las Escuelas de Medicina, los marcaba con el modelo médico y su formación psiquiátrica, los empujaba al enfoque fenomenológico. Así el psicoanálisis se encontraba atrapado y en cierta forma, obligado a utilizar el modelo médico y a precisar fenomenológicamente sus entidades clínicas. Surge así la psicopatología psicoanalítica de base fenomenológica.

La psicopatología psicoanalítica

El texto enciclopédico del Psicoanalista de origen europeo Otto Fenichel, titulado: <Teoría Psicoanalítica de las Neurosis> y publicado en USA en 1945 [analista de Berlín emigrado a USA] representa un importante esfuerzo para ordenar psicoanalíticamente toda esta psicopatología. Esta contribución de Fenichel ordena en forma coherente y clara las distintas aportaciones clínicas que sobre psicopatología psicoanalítica aparecían hasta esa fecha. Esta obra ofrece un beneficio pedagógico, con el grave inconveniente, que cierra la búsqueda al dar por terminada y completa las definiciones y dinamismos de las entidades clínicas psicoanalíticas. Además perpetúa a mí entender en forma negativa, el enfoque fenomenológico en la enseñanza psicoanalítica. Este texto escrito por Fenichel, ha sido usado comúnmente en muchos Institutos de Psicoanálisis del mundo entero, prolongando el uso del pensamiento topográfico fenomenológico y obstaculizando la evolución al pensamiento topológico.

La utilidad de la fenomenología

El enfoque fenomenológico también logra mantenerse porque permite exitosamente el ejercicio del psicoanálisis. Esto es así por lo siguiente. La presencia del material clínico psicoanalítico requiere primero que nada de un ordenamiento de los datos registrados. Este ordenamiento del material clínico que se hará de acuerdo a los conocimientos teóricos del analista será siempre un ordenamiento fenomenológico, ya que es el fenómeno observado visual y auditivo, lo que va a ordenarse según las teorías del analista.

El ordenamiento

Este ordenamiento deja un sentido ya que los síntomas comienzan a revelar su contenido oculto. Produce en el analista el efecto de haber comprendido algo del sentido perdido de los síntomas. Desde este punto es indudable que el analista puede trabajar: puede interpretar lo que le ha sido revelado. Se abre así la posibilidad o no, de que el paciente se transforme en analizante. De esta manera la teoría psicoanalítica de base fenomenológica ha sido utilizada por tantos años de forma exitosamente para ordenar un sensible y producir un sentido. Nada mal, pero absolutamente insuficiente. El sensible puede ser engañoso y conducir a revelaciones erróneas, por lo tanto se requiere de algo más. En el estudio psicoanalítico del síntoma, es provechoso y espero poder demostrarlo, pero es necesario desprenderse progresivamente del sensible como principal referencia. Es necesario adentrarse en el estudio de los mecanismos mentales, adentrarse en la lógica del funcionamiento de la psique para así conocer y comprender lo que está más allá de los síntomas.

Propuesta estructural

¿Adónde nos lleva esto? A utilizar la misma lógica formal que se utiliza en la teoría fenomenológica, para construir hipótesis invisibles estructurales, que se sostienen sólo por la coherencia intrínseca de esta lógica formal. Estas hipótesis de la estructura inconsciente de las entidades clínicas pueden llegar a explicar y hacernos comprender lo que está más allá del síntoma y de otras construcciones del inconsciente, aparentemente contradictorias, que serían insostenibles con la simple psicopatología fenomenológica. Por ejemplo un paciente que muestra en su sintomatología la realización de actos sexuales perversos. ¿Será un perverso estructural? ¿Será un acto perverso en un simple neurótico? ¿Será un acto perverso en un psicótico?

Estructuras Clínicas

Estas preguntas pueden ser aceptadas fácilmente y no tiene problemas. Pero para sostener este enunciado con razonamientos lógicos y coherentes es necesario utilizar la lógica formal de las estructuras clínicas inconscientes. Por eso habría que preguntarse ¿qué define, desde la

estructura, a una neurosis, a una psicosis, o a una perversión? La proposición estructural se apoya en la proposición fenomenológica, para luego desprenderse y sostenerse con su propio razonamiento lógico intrínseco. Soy de los que creen que ésta lógica de las estructuras inconscientes debe poder amarrarse nuevamente con lo fenomenológico a través del hecho clínico.

La tabla de Bion

Después de Sigmund Freud es el mérito de Wilfred Bion con sus proposiciones matemáticas algebraicas, su célebre tabla [the Grid] y luego especialmente mérito de Jacques Lacan, el haber provocado una significativa ruptura epistemológica en el campo psicoanalítico al introducir en forma consistente un pensamiento matemático y una arquitectura estructural.

La propuesta de Lacan

Especialmente Lacan y su escuela proponen y desarrollan una revisión de la teoría psicoanalítica, redefiniendo la importancia de los procesos inconscientes en la dinámica psíquica, desafiando las ideas positivistas de la no-contradicción, de la ilusión de creer que se ha alcanzado el objeto de conocimiento en su plenitud y sobre todo desafiar el progresivo predominio de una psicología de los procesos conscientes en los desarrollos psicoanalíticos posteriores a Freud.⁸

Otras corrientes psicoanalíticas

Es necesario aclarar e insistir que Jacques Lacan no se encuentra solo en esta preocupación por el predominio en el psicoanálisis actual de una psicología de la conciencia. Las escuelas Kleinianas y Bionianas igualmente contribuyen a insistir en la naturaleza inconsciente de nuestro trabajo.

⁸ https://www.youtube.com/watch?v=l_zxuISJvKo Algunas ideas de JACQUES LACAN en 7 minutos, presentadas en francés por él mismo, subtítulo en español.

Las estructuras clínicas inconscientes

Lacan propone que desde el punto de vista estructural y siguiendo (a) La lógica del falo (b) La lógica del objeto (c) La lógica de la angustia y (d) La lógica de mecanismos mentales, que entonces es posible concebir tres estructuras clínicas inconscientes. (a) La estructura neurótica [histeria y obsesiva] fundamentada en el mecanismo de la represión. (b) La estructura perversa, propia de las perversiones sexuales, fundamentada en el mecanismo de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos. (c) La estructura psicótica fundamentada en la forclusión del significante del nombre del padre.

El paradigma Psicoanalítico

El paradigma psicoanalítico se fundamenta en el estudio de los mecanismos mentales que estén presentes en el sujeto en un momento dado de su vida. No se fundamenta en el estudio de los síntomas, ni en la nominación diagnóstica arbitraria de cada época. La cura analítica aparece cuando el sujeto, a través del dialogo analítico, se conoce de sí mismo y se acepta tal cual es.

Por lo tanto los códigos de diagnóstico tales como el ICD [International Code of Diseases] y el DSM [Diagnostic Statistical Manual]⁹ son códigos establecidos y sostenidos en análisis estadísticos de los síntomas reportados en las historias médicas.¹⁰ Por eso digo que carecen de valor psi-

⁹ Campaña Internacional STOP DSM: Este es un manifiesto a favor de un abordaje subjetivo del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes, diferente al concepto utilizado en el DSM. Este manifiesto lo firman multitud de profesionales de diversas naciones e instituciones. Sugiero leer en la revista Medscape Medical News: <Los expertos reaccionan a la aprobación del DSM-5 > escrito por Deborah Brauser en Diciembre de 2013.

<http://www.medscape.com/welcome/news>

¹⁰ Escrito el 10 de Diciembre del 2013 en la revista PSYCHOLOGY TODAY: Allen Frances, Presidente del Comité que redactó el DSM-4 escribió que la aprobación de DMS-5: fue un acto terrible, porque incluía '*cambios en el diagnóstico que son claramente peligrosos y carecen de base científica*'. Él y otros lamentaron lo que consideran una '*patologización de los seres humanos*', argumentando que el DSM había excedido su mandato.

<http://www.thedailybeast.com/newsweek/2012/12/09/the-dsm-s-controversial-update.html>

coanalítico.¹¹ Las enfermedades mentales arbitrariamente nominadas en esos códigos, no se basan en el estudio de los mecanismos mentales, ni en la forma cómo funciona la mente de los seres humanos. Ni en su subjetividad. Esos códigos se fundamentan en los síntomas estadísticamente observados. Aquí es necesario establecer las diferencias que existe entre los conceptos de cerebro y mente. El cerebro es un órgano biológico susceptible de ser evaluado según los códigos de diagnóstico. La mente aún cuando tiene su asiento en el cerebro, es un aparato virtual, llamado por nosotros los psicoanalistas aparato mental y no es susceptible de ser evaluado según los códigos de diagnóstico mencionados.

Si el paradigma psiquiátrico se propone curar enfermos mentales en base a enfermedades inventadas por los códigos especializados en enfermedades orgánicas, entonces ya desde el principio, estamos en problemas y en desacuerdo, con el concepto básico utilizado en dichos códigos. Digo esto porque a estos supuestos enfermos mentales les van a recetar ciertos medicamentos para normalizar los neurotransmisores. Además de basarse en un concepto equivocado estos psicofármacos pueden producir serios efectos secundarios muy dañinos. Esto significa que para recetar un psicofármaco deben existir razones muy claras y poderosas.

La mente humana es muy compleja y ciertamente es capaz de producir conductas violentas y peligrosas, que no son accesibles a un diálogo psicoanalítico. Entonces si no son accesibles al diálogo, me pregunto: ¿qué se puede ofrecer a esas personas agitadas, paranoicas, violentas o estuporosas? Aquí es donde el valor de los psicofármacos modernos adquiere toda su justificación. La agitación maniaca, la violencia paranoica delirante, el estupor depresivo, el insomnio grave, rebelde, no son

¹¹ Robert Spitzer quien fuera el principal editor de DSM-3 habló sobre un problema diferente y dijo que desde que salió publicado el DSM-5 'lo percibió como algo delirante'. Y 'al enterarse de que el politburó de expertos encargado de las principales deliberaciones habían firmado un compromiso de 'no opinar en contra' del DSM-5, ni a los colegas, ni al público, ni a la prensa, eso lo alarmó aún más'. A ambos ex-editores se unió a una larga lista de profesionales que han firmado peticiones contra la aprobación del DSM-5. Todos estaban preocupados porque los autores del DSM-5 fueron excesivamente complacientes con la industria farmacéutica. Dicen: la industria farmacéutica no descansará hasta que cada hombre, mujer y niño tenga su diagnóstico que requiera de una píldora para ponerles remedio.

<http://internationalpsychoanalysis.net/2012/12/11/the-dsms-controversial-update/>

accesibles al dialogo. No hay como entrar en una relación subjetiva, simbólica. En esos casos los mecanismos mentales que han desatado esa angustia incontrolable, presentes en esos sujetos, sobrepasan la capacidad de relación humana y tienen que ser atenuados con el uso de psicofármacos que van artificialmente a regular los neurotransmisores y a mejorar la conducta. Eso abre posteriormente la posibilidad de la ayuda por el dialogo. Una vez establecido la capacidad de relación y se abre el dialogo, entonces progresivamente, se pueden ir retirando los reguladores artificiales: los psicofármacos.

Pero el problema no queda aquí. Muchas personas no tienen capacidad de introspección, otras no tienen el interés, ni la motivación para establecer un dialogo psicoanalítico. Otros están convencidos [con certeza delirante] de que el problema de su vida: está en la familia y en la sociedad. Afirman no ser comprendidos o comprendidas. Es decir proyectan en otros sus dificultades propias. Por lo tanto no tienen motivación para hablar con sinceridad de sí mismos. Pero igual estas personas padecen de serios problemas con su diario vivir. Algunos están abiertos a la ayuda pasiva, sin que eso signifique ningún esfuerzo de su parte. Aquí la ayuda pasiva psicofarmacológica adquiere gran valor.

Hoy en día los psicofármacos son una gran ayuda para esa enorme masa humana necesitada de alivio. El llamado de alerta consiste en no engañarse y creer que la ayuda psicofarmacológica va a resolver los problemas de todas estas personas. Eso no es posible. Esas personas necesitan algo más. Necesitan saber más de sí mismos, por la vía que sea. A veces la desesperación los lleva a buscar la ayuda esotérica, quiromántica, mágica y religiosa. De esos recursos esotéricos estamos saturados hoy en día. El exceso de población y las penurias económicas mundiales aumentan aún más la miseria y las necesidades de la gente que lo llevan a buscar una ayuda religiosa o esotérica.

El nuevo paradigma psiquiátrico

El desarrollo reciente de las neurociencias y por ende de la psicofarmacología es algo que ha ocurrido en forma rápida en los últimos veinte años [siglo 21]. Hace cincuenta años atrás los psicofármacos eran muy limitados en su número, eficacia y selectividad. Los analistas médicos de esa época no utilizaban los psicofármacos y referían a los psiquiatras a aquellos pocos pacientes que se mostraban inmanejables en el encu-

dre analítico. Me refiero a los agitados y violentos. Hoy en día las cosas son muy diferentes. Ahora existe abundante oferta de psicofármacos que ofrecen calmar la angustia, los populares ataques de pánico, la depresión, las fobias, la paranoia, las obsesiones, los delirios y la agitación violenta. Son psicofármacos muy selectivos, poderosos en su efecto y de fácil acceso. Solo basta comprarlos y tomarlos. Su efecto de mejoría sintomática es visible y rápido. Ahora bien todo esto significa que estamos en la era de los avances en las neurociencias y de la eficacia de los psicofármacos.

Pero hay algo que los psicofármacos no pueden ofrecer al sujeto: el conocimiento de sí mismo. Para acceder a ese conocimiento se requiere del deseo de saber y de un diálogo muy especial. Se requiere del diálogo con el analista. Este es un diálogo sincero, confidencial, que transcurre sin juicio de valor y que tiene un propósito: que el sujeto se conozca más a sí mismo. En la época actual de constantes descubrimientos en la nano-tecnología han aparecido nuevos instrumentos ultrasensibles de medición que ha hecho posible la medición en sangre de los distintos neurotransmisores.¹² Esto es algo reciente que no era posible de medirse en sangre hace diez años.

Desgraciadamente estos descubrimientos de las neurociencias han impulsado la aparición de un nuevo paradigma psiquiátrico biológico. Este nuevo paradigma se basa en una premisa que considero equivocada, la cual dice: La salud mental se fundamenta en la presencia de un equilibrio de los neurotransmisores. Así pues la alteración del equilibrio de esos neurotransmisores significa la alteración de la salud mental del individuo. Para complicar más las cosas y aumentar la negación de la existencia del sujeto del inconsciente, debo decir que este nuevo paradigma psiquiátrico considera, que para llegar a un diagnóstico correcto se requiere de dos cosas: Primero un cuidadoso estudio de los síntomas psiquiátricos para llegar a un diagnóstico correcto. Y segundo conocer

¹² Un neurotransmisor es una bio-molécula que transmite información de una neurona a otra neurona consecutiva. Ambas neuronas están unidas mediante una *sinapsis*. El neurotransmisor se libera en las vesículas ubicadas en la extremidad de la neurona *pre-sináptica* durante la propagación del impulso nervioso. Atraviesa el espacio sináptico y actúa cambiando el potencial de acción [eléctrico] en la neurona siguiente *post-sináptica*. Los principales neurotransmisores son: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA, glicina y el glucamato.

<http://www.uprm.edu/biology/profs/velez/neurotrans.htm>

los valores sanguíneos de los diversos neurotransmisores de ese paciente. Una vez se ha obtenido el diagnóstico se procede a un tratamiento específico farmacológico que tiene el propósito de restablecer el equilibrio perdido de los neurotransmisores. En este nuevo paradigma psiquiátrico biológico, la historia personal subjetiva y sobre todo la historia de infancia del sujeto, no tienen ninguna importancia. El diálogo sincero y en confianza con el paciente han perdido para la psiquiatría biológica toda significación. Para el nuevo paradigma lo único que interesa es restaurar el equilibrio de los neurotransmisores utilizando la combinación acertada de algunos psicofármacos.

Pero resulta ser que según la propuesta psicoanalítica la causa del desbalance en los neurotransmisores es: (a) el trauma Psíquico (b) el conflicto psíquico y (c) las carencias afectivas de infancia. O sea, aquí planteo que los neurotransmisores alterados no son la causa de los problemas sino su consecuencia. Insisto [desde el psicoanálisis] en que para lograr y mantener esta estabilidad mental neurobiológica: se requiere de conocerse más a sí mismo. El sujeto debe conocer y comprender la naturaleza de su trauma, de su conflicto y de sus carencias, conocer la naturaleza de su ser y en lo posible aceptarse tal como es. Esos traumas, conflictos y carencias, son la verdadera causa de la alteración de los neurotransmisores. Este conocimiento de sí mismo es algo que los psicofármacos solos y por sí mismos, no pueden ofrecer.

Esto es una realidad que nos lleva a la aparición de un nuevo problema que no existía antes: nos lleva a la aparición de una contradicción en la práctica clínica psicoanalítica. Me refiero a la posibilidad de trabajar en análisis [con analizandos] que simultáneamente y sin necesidad se están medicando. Este es específicamente el punto en discusión en muchos ambientes psicoanalíticos.

Uso de psicofármacos simultáneo con el análisis

Para algunos analistas medicar y a la vez psicoanalizar es algo que no tiene sentido. Es algo no recomendable. Este punto de vista no es caprichoso, ya que tiene una buena razón. El análisis busca con la escucha analítica y el diálogo analítico, ayudar al sujeto, a encontrar el conocimiento perdido de sí mismo. Es decir conocer algo de sus traumas, conflictos y carencias. Estos son aspectos de sí mismo que se ubican fuera de consciencia, un algo perdido en el inconsciente del sujeto. El anali-

zando está interesado en saber más de sí mismo, de la naturaleza de su deseo, de sus temores, de sus contradicciones. Estos son asuntos que le van a ayudar a resolver su angustia y aceptar algunos aspectos de sí mismo que le son inmodificables. Por introspección al revisar su historia de infancia va a ser posible actualizar sus valores personales y sus ideales.

Por su parte el psicofármaco mejora al sujeto porque entierra [reprime] aún más profundamente las ideas y sus afectos, provocando una normalización artificial de los neurotransmisores. Estos neurotransmisores volverán a alterarse tan pronto suspenda la medicación. De allí que en algunos casos le recomiendan que tome el medicamento de por vida. Con este procedimiento no se está resolviendo la causa del problema, sino se está ofreciendo una ayuda paliativa, un alivio transitorio engañoso. Si un procedimiento como la terapia analítica ofrece buscar y rescatar lo reprimido, conocer y darle significación a la infancia olvidada, y por otro lado, el procedimiento de los psicofármacos producen una mayor represión y olvido de los problemas de infancia, entonces podemos pensar, que ambos procedimientos tienen intereses contrarios.

Otros analistas piensan que esto no es así. Sostienen que la mejoría artificial producida por el medicamento, va a facilitar el trabajo del análisis. Sostienen que el medicamento y el análisis serían complementarios. Este es el debate que agita las aguas de los tiempos actuales a comienzos del siglo 21.

Capítulo 3

ESTRUCTURAS CLÍNICAS INCONSCIENTES

Siguiendo la enseñanza de Jacques Lacan digo que la clínica psicoanalítica estructural considera solo tres estructuras clínicas inconscientes. Cada una de ellas con sus correspondientes mecanismos psíquicos constitutivos. Me refiero a las estructuras: Neurótica, Psicótica y Perversa.¹³ Estas tres estructuras son de por vida. Una vez constituidas no es posible cambiar la organización de la personalidad. Lo que puede hacerse es re-ordenar, adentro de una estructura clínica dada, los elementos reprimidos y además tomar consciencia de quienes somos. Pero la estructura clínica sigue siendo la misma a lo largo de la vida y al final del análisis. Estas tres estructuras clínicas inconscientes son las siguientes:

(a) **Estructura neurótica:** que está fundamentada en el mecanismo de la represión. Refiere a la histeria y a las obsesiones, ambas con sus correspondientes variantes y que ocasionalmente puede presentar una crisis psicótica funcional. Es importante insistir en que no es una crisis psicótica esquizofrénica. Se trata de un estado psicótico funcional.

(b) **Estructura psicótica:** que está fundamentada en el mecanismo de la forclusión del significante del nombre del padre [no-inscripción del nombre del padre en la temprana infancia a través de la identificación]. Esta estructura psicótica refiere a la esquizofrenia propiamente dicha estabilizada [sin síntomas psicóticos] o desestabilizada con la presencia de crisis psicótica abierta y visible.

(c) **Estructura perversa:** que está fundamentada en el mecanismo de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos.¹⁴ Refiere a una estructura psíquica inconsciente cuyo acceso a la vida sexual es exclusivamente a través de actos perversos verdaderos, organizado por un guión perverso petrificado. Digo esto porque hay que diferenciar los

¹³ Esta clínica psicoanalítica está basada en las enseñanzas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Jacques Lacan y luego en todos los analistas post-Lacanianos de Europa y Latinoamérica.

¹⁴ Atención que existen otros tipos de desmentida, que no es la mencionada arriba. La desmentida de la diferencia anatómica de los sexos es muy específica. El niño cree ver un falo en los genitales de su madre. Desmiente la ausencia del pene y eso tiene graves consecuencias en la formación de su personalidad.

actos perversos verdaderos, de los llamados rasgos perversos [sexuales] que aparecen como síntomas, en la vida sexual de las estructuras neuróticas y psicóticas. Por eso es importante diferenciar acto perverso de una estructura perversa.

Ciertas entidades nosológicas de la clínica psiquiátrica tales como: las fobias, las enfermedades psicosomáticas, las depresiones, los fenómenos bipolares, los antisociales trasgresores de la ley, las personalidades sociopáticas en sus diferentes variantes, todos ellos, van a aparecer como manifestaciones y síntomas, en cualquiera de las tres estructuras clínicas fundamentales que he mencionado. Por lo tanto, las fobias, las psicopatías y las depresiones, no se consideran estructuras clínicas inconscientes en sí mismas. Son simples síntomas de alguna de las tres estructuras inconscientes posibles, ya mencionadas. Así pues, una neurosis, ya sea histérica u obsesiva o una psicosis esquizofrénica, puede tener por ejemplo, manifestaciones fóbicas, depresivas o psicopáticas.

Dos formas de organizarse las estructuras clínicas

Estas tres estructuras clínicas inconscientes se organizan según haya sido la historia de infancia de cada persona y se constituyen en la mente de dos formas fundamentales. Estas dos variantes van a producir un enorme efecto en la forma como el sujeto se relaciona con el mundo y por lo tanto con el tipo de síntoma que producirán. Estas dos formas son: la manera narcisista y la manera edípica. Por ejemplo una estructura neurótica histérica puede presentarse organizada a la manera narcisista o a la manera edípica.

(a) **Organización narcisista [imaginaria]:** Esta forma de organizarse la mente consiste en el uso de mecanismos narcisistas, también llamados imaginarios. Es decir funciona con mecanismos mentales primitivos, propios de esa época temprana de la vida. Tales como: proyecciones masivas y rápidas, identificaciones proyectivas exageradas, adhesión y fusión al objeto, pobreza en la discriminación sujeto/objeto, presencia de angustia de aniquilación y de muerte [angustia oral]. Dificultad para diferenciar y distinguir, el deseo de la realidad. Es decir de los mecanismos propios de la posición esquizoparanoide descrita por Melanie Klein. Por eso este tipo de organización mental es llamada: a predominio narcisista.

(b) **Organización edípica [simbólica]:** La otra forma se organiza a predominio de los mecanismos edípicos o también llamado mecanismos simbólicos, propios del período Edípico. Se trata de algo más evolucionado. En este tipo de organización mental, existe el predominio del mecanismo de la represión, el tipo de angustia es de separación y pérdida [angustia anal] o puede ser de fracaso [angustia de castración]. Estos sujetos muestran tener una capacidad de discriminación clara con el objeto. Son capaces de diferenciar el deseo de la realidad. Así encontramos, que no es lo mismo una histeria a predominio narcisista, que una histeria a predominio Edípico. Ambas son histeria. La primera, a predominio narcisista, corresponde a lo que en clínica psiquiátrica se llama patología Borderline. La segunda, a predominio edípico, corresponde a una histeria mas evolucionada con mayor capacidad para la estabilidad mental. Puede presentar sus síntomas dramáticos conversivos o disociativos, que aparecen como efecto de un desbordamiento de la angustia de fracaso [castración simbólica].

Ahora bien, para identificar y reconocer la presencia clínica de cualquiera de estas tres estructuras en la entrevista, se necesita utilizar la lógica de los cuatro elementos mentales que voy a describir a continuación. Estos elementos o manifestaciones mentales son identificables en la clínica. No es fácil hacer esto, pero con la progresiva experiencia esto es posible. Se trata de precisar en la narración que hace el entrevistado y en la escucha que hace el analista lo siguiente:

(a) Siguiendo la lógica del falo es posible precisar en la escucha, cuál es la relación que el entrevistado tiene con la metáfora del falo. (b) Cuál tipo de relación de objeto está usando el entrevistado en el momento actual. (c) Siguiendo la lógica de la angustia precisar qué tipo de angustia está presente en su funcionamiento mental actual. (d) Que tipo de mecanismos mentales de defensa está usando en la actualidad.

Estos cuatro acápites nos van a servir de guía para ubicar la estructura clínica inconsciente y los dos niveles de funcionamiento mental. Creo que es ahora de mucha utilidad recordar y precisar algunas las ideas teóricas sobre estos cuatro elementos o conceptos que recién he mencionado.

Sobre la lógica del falo

Es necesario comenzar por diferenciar dos propuestas fundamentales: (a) La teoría de la significación del falo y (b) La teoría del significante fálico.

Primero, por el lado de la significación, el falo que es el referente metafórico remite a la presencia del órgano sexual visible, pene. Cuando por el lado de la significación se remite al órgano [pene] se confirma la diferencia de los sexos siguiendo la dialéctica de la presencia-ausencia.

Segundo, por el lado del Significante aparece el falo como metáfora. La metáfora del falo, en uno de sus aspectos, refiere a la dialéctica de su presencia-ausencia. En su otro aspecto, refiere al primer significante. El falo es el significante del deseo del otro. Es el significante del poder, que ambos sexos a la vez: lo poseen y no lo poseen. Así pues en psicoanálisis el concepto de Falo es el de un referente [significación] y el de un organizador [significante]. Como ya dije, por el lado de la significación el concepto refiere a la presencia del órgano sexual masculino. Por el lado del significante el concepto refiere a la metáfora de un significante enigmático, que ambos sexos a la vez: poseen y no poseen. La cualidad fálica de poder [fama, belleza, riqueza, sabiduría] en ambos sexos, es algo otorgado en metáfora, del uno al otro. El Falo como significante es así la cualidad otorgada por el otro. El sujeto puede entonces reconocerse [por el valor que le fue otorgado en la infancia por sus padres] como un sujeto fálico o como no-fálico. Freud decía que la histeria se organiza bajo la premisa de no-fálico y las obsesiones se organizan bajo la premisa de seres fálicos. Por eso Lacan va a decir años después que la histérica busca un amo [fálico] sobre quien reinar.

Sobre la relación de objeto

El concepto de objeto en psicoanálisis refiere a un sensible que ha sido investido de energía psíquica [catexia] y por lo tanto es susceptible de ser introyectado y formar una identificación. Ese sensible pasa a ser un objeto del mundo psíquico. Este objeto tiene dos aspectos. Uno, es ser el objeto de la pulsión [objeto introyectado]. Y dos, pasa a ser el objeto perdido [ausente] el cual va a ser buscado durante toda la vida, sin ser nunca encontrado.

El sujeto establece una relación con su objeto, produciéndose la llamada relación objetal. Esta relación objetal va a sufrir de evolución psicosexual. Aparecen así tres etapas: (a) Oral: con la relación de objeto simbiótica en la cual no hay alteridad. Es una relación de objeto simétrica, fusional. (b) Anal: con la relación de objeto dependiente, donde existe discriminación sujeto/objeto lo cual permite la capacidad de asimetría, la llamada alteridad. (c) Genital: con la relación de objeto interdependiente con autonomía. Está claro que se mantiene la discriminación sujeto/objeto con alteridad. En la entrevista se puede determinar sin dificultad el tipo de relación de objeto que el sujeto muestra en su narración.

Sobre la lógica de la angustia

Lacan decía en su seminario de 1963 que 'la angustia es la puesta en acto de la castración'. Posteriormente en 1975 cuando trabaja con el Nudo Borromeo y el Grafo del RSI complementa esa idea al decir que 'la angustia es una invasión de Lo Real sobre lo Imaginario y por lo tanto sus efectos aparecen en el cuerpo y en el Yo'.

Desde el punto de vista clínico fenomenológico la angustia trata como decía Freud de un afecto displacentero, difícil de precisar en palabras. Es similar, mas no es igual, a la emoción del miedo. Es común que la angustia presente algún correlato somático que varía de intensidad y tipo según cada sujeto. Siguiendo a Freud en su conferencia de 1932 sobre la angustia, y cuando dice lo siguiente 'al estudiar las distintas situaciones de peligro comprobamos que ha cada período del desarrollo psicosexual le corresponde una angustia propia'. Entonces puedo decir con Freud lo siguiente: la angustia en sus tres periodos de tiempo lógico corresponde con las tres formas de presentarse la pérdida del objeto: (a) Angustia de aniquilación, oral (b) Angustia de separación, anal y (c) Angustia de fracaso [castración], genital. En clínica es posible determinar qué tipo de angustia padece el sujeto que está siendo entrevistado. Solo basta con escuchar lo que narra de los acontecimientos de su vida actual.

Sobre los mecanismos de defensa

Durante el desarrollo psicosexual, el niño pequeño, va a manejar la angustia con diversos tipos de defensa de acuerdo a su etapa de desarro-

llo. (a) **En la etapa oral** va a utilizar la negación y la proyección. Estas defensas son muy poderosas y efectivas, pero limitan la capacidad para establecer el juicio de realidad y abrir la posibilidad del aprendizaje por la experiencia. Si esto no ocurre los acontecimientos se quedan en simples eventos y no aparece la experiencia. Ni el juicio, ni la experiencia van a ocurrir con el uso de estas defensas de negación y proyección. Las angustias que tiene que manejar en esta etapa el Yo del infante, son las terribles angustias de muerte [angustias de aniquilación]. Si la función reverie materna aparece [como una capacidad aportada por la madre] esta función reverie va a ayudar al niño. Esto ayuda al niño tolerar la angustia de aniquilación y el infante progresa a la siguiente etapa. (b) **En la etapa anal**. El niño ya camina y tiene fuerza muscular para movilizarse. La presencia del padre en la familia ayuda al infante a romper el lazo simbiótico con la madre y aparece la relación de objeto de tipo dependiente. Termina la simbiosis y aparece la discriminación self objeto y aparece la dependencia. Esto es crucial para el progreso del niño. Las defensas que aparecen en esta etapa son un importante incremento en capacidad del Yo para las identificaciones. Aparece el uso de la conversión en lo contrario, deshacer [undoing], la formación reactiva y el control del objeto. En este periodo anal se incrementa el juicio de realidad. (c) **En la etapa genital**. El niño se amiga con el padre en ambos sexos y renuncia al objeto incestuoso de deseo. Se mantienen las identificaciones y aparece la represión como principal defensa. Aparece la escogencia de objeto del deseo sexual, se intensifica el deseo epistemofílico de conocimiento y aumenta el juicio de realidad. Estos elementos son identificables en la narración que escucha el analista y le sirven para evaluar en qué etapa del desarrollo se encuentra el entrevistado. Así se puede determinar si su funcionamiento es de predominio narcisista o edípico.

Capítulo 4

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Primera parte

Estructura de la Histeria: La clínica psicoanalítica actual se fundamenta en el estudio de las estructuras clínicas. Esta se organiza, primero, con el tipo de la relación que el sujeto tiene con el objeto, segundo, con el tipo de relación que el sujeto tiene con la metáfora del falo, tercero, con el tipo de angustia presente en la infancia temprana y cuarto, el tipo de mecanismos de defensa utilizados. Estos cuatro aspectos del funcionamiento mental temprano es lo que va a determinar la constitución de la psique en los tres tipos fundamentales de estructuras inconscientes: Neurótica, Psicótica y Perversa.

La estructura neurótica es aquella estructura mental que se organiza bajo los efectos del mecanismo de la represión. Esto da origen a dos tipos fundamentales de neurosis: la Histeria y la Obsesión. Empecemos por el estudio de la estructura de la Histeria.¹⁵

La estructura histérica se organiza [se constituye] temprano en la vida y lo hace alrededor de la imagen de un otro castrado con quien el histérico se identifica¹⁶. Esto significa que el histérico se identifica con un objeto castrado. Tanto es esto así que la estructura histérica se siente incompleta y desea [a fin de sentirse completa] el falo del otro. Jacques Lacan solía decir que la 'histérica es un esclava que busca un dueño sobre quien reinar'.

¹⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=aIUCPFzMX0U> [Film completo HISTERIA de 2012 subtulado en español de 1 hora y 35 minutos]
<https://www.youtube.com/watch?v=RDYoPVM2jI0> [Film completo SOUL KEEPER [Cuidador de almas] de 2013 subtulado en español de 1 hora y 28 minutos]
<https://www.youtube.com/watch?v=k1x1TJG5Sg> [Canción TUMBALALAIKA de Sabina Spielrein en 2 minutos]

¹⁶ Experiencia Subjetiva y lógica del otro, de Rómulo Lander (2004). Ed. Psicoanalítica, Caracas (2004)

Fenomenología de la histeria

(a) **Capacidad de seducción:** La personalidad histérica muestra una necesidad de seducir en sentido amplio y también en sentido sexual específico a personas de ambos sexos la cual debe tener alguna posición de importancia según la metáfora del falo. La histeria ve en ese objeto deseable, una figura con algún poder, poseedor de un señuelo fálico, al cual desea conquistar. Necesita lograr lo más importante: su atención y más profundamente su deseo. Por eso la estructura histérica [hombre o mujer] muestran gran interés por arreglar sus propios atractivos físicos, el arreglo seductor, los adornos físicos y los abalorios. Muestra la constante demanda de atención ya que necesita reconocimiento y aprobación. Esto transcurre con cierta inocencia e ingenuidad, en donde el sujeto histérico no se da plena cuenta del intenso erotismo que es capaz de irradiar a su alrededor.

(b) **La teatralidad:** La inevitable tendencia de mostrarse atractiva o atractivo y de lograr ser el centro de atención, de conquistar el interés de todos y en especial de algún personaje que sostenga alguna forma de semblante fálico. Que esa persona que es portador de algún semblante fálico, imaginario de poder: fama, dinero, belleza y saber. Esto provoca en la personalidad histérica una tendencia a la exageración emocional o al recurso de la teatralidad, mostrando un dominio natural de la escena y un dominio del cómo-si.

(c) **Conquistar el objeto fálico:** El verdadero interés de la personalidad histérica no está en sí misma, ni en sus cuidadosos arreglos seductores, sino en el campo del otro. Allí es donde se encuentra el portador de ese poder, de ese semblante fálico tan deseado que sería lo que la va a hacer sentir finalmente completa y valorizada. Así, la personalidad histérica le otorga a este Otro una importancia y como consecuencia un poder sobre ella. Este objeto tiene lo que ella desea, ser atendida, querida y deseada por este Otro, portador del semblante fálico. La necesidad de la histeria es conquistar a muchos, a todos los que detentan ese falo imaginario. Por eso son exitosas en seducir hombres y mujeres. Testimonio de una tendencia natural a la bisexualidad en la histeria, en ambos sexos.

(d) **Es sugestionable:** La histérica al otorgar toda esta importancia al Otro va a quedar bajo su influencia, mucho antes de que el Otro haga

nada. Se encuentran completamente sometidas <al deseo del Otro> y por lo tanto se hacen sugestionables. <Una esclava que busca un amo sobre quien reinar> decía Lacan. Su relación con un Otro idealizado coloca a la histérica frente un Otro poderoso Fálico del cual anhela la atención y el afecto. <Desea ser deseada por ese otro> cayendo así inevitablemente en posición de esclava sugestionable de ese Otro fálico.

(e) **Conflictos con el deseo sexual:** La histeria tiene conflictos con sus deseos sexuales. Inicialmente a comienzos de siglo 20 la incapacidad e inhibición sexual del sujeto histérico era mayúscula. El contraste entre sus capacidades de seducción y su no-disponibilidad, ni capacidad de entrega sexual, eran dramáticos. De allí los diversos clichés de 'seduce y frustra' y el 'tengo y no te doy'. Este aspecto de su personalidad testimonian sólo a un grupo de las histerias: aquellas con una represión de la pulsión sexual. Otro grupo de histerias más frecuentes hoy en día son capaces de seducir y entregarse al acto sexual, aunque con ciertos temores y ciertas limitaciones en la habilidad y la capacidad de esa entrega sexual. Aparecen problemas de dolor en la penetración sexual [dispareunia], frigidez y dificultad en la excitación. A veces aparece la falta de orgasmo.

(e) **Sentimiento de estar incompleta:** La característica principal que tienen tanto la histeria masculina y femenina consiste en estar identificada desde muy temprano en la vida con un objeto castrado de su mismo sexo. Esto va a sostener el sentimiento de ser incompleta o incompleto. Le atribuye a la ausencia del falo un significado humillante e inaceptable. A pesar de esto, la identificación sexual con su mismo sexo no es ambigua, pero se establece sobre un objeto desvalorizado. De allí que trate de disimular su falta a través de la nueva búsqueda identificatoria con un modelo ideal, valorizado y fálico. Encontrar un ideal de mujer en el caso de las mujeres. Por lo tanto la escogencia de objeto sexual de predominio heterosexual es por lo tanto ambivalente en las mujeres con presencia de elementos homosexuales reprimidos. Este elemento es más fuerte en las histerias de predominio narcisista. Por eso encontramos con frecuencia en la clínica que el semblante fálico que podría ser un hombre o una mujer, las puede conducir a una actividad sexual que llamaríamos bisexual muy común en nuestros días.

Veamos ahora el sostén que da la estructura

(a) Las características de búsqueda de aprobación y reconocimiento, la conducta de seducción, la preocupación exagerada por los atractivos físicos propios, que va dirigida a figuras de aparente importancia fálica [poder, fama o dinero] se sostienen porque la estructura propone que el sujeto de histeria desea ser deseado por un otro fálico, que es el otro portador del falo idealizado. La riqueza, la fama, el poder y la belleza, representan el falo imaginario. Por eso el sujeto de la histeria cuida su cuerpo, su dieta, su piel, su apariencia, desarrolla su habilidad seductora y de teatralidad. En este sentido no tolera la frustración sin caer en desesperación.

(b) Otra característica del sujeto histérico es la sugestionabilidad. La estructura sostiene que el sujeto de histeria está constituido en la identificación con un otro castrado, de allí que desea ser deseado por un otro portador del falo idealizado que en ficción lo completaría. Su deseo de ser deseado por ese otro fálico es tan imperativo, que se somete a la voluntad de un amo, el otro fálico quedando en posición pasiva de sugestionabilidad inevitable.

(c) Sobre la represión de la pulsión sexual visto desde la estructura: La condición del otro imaginario castrado con el cual se va a identificar el sujeto histérico en el eje narcisista, está dada por la represión de las identificaciones básicas del trauma edípico sexual infantil. La figura del falo en negativo que representa a la castración y la falta, está relacionada en la histeria con la sexualidad reprimida. La puesta en acto de la falta desencadena la angustia. El despliegue histérico de la seducción, teatralidad, emocionalidad y sugestión taponan la falta y así alivia la angustia. Manteniéndose exitosamente reprimida la sexualidad.

(d) En la histeria hay un cierto déficit en la identificación sexual narcisista con el objeto del mismo sexo que percibe como castrado. La solución histérica a este drama es crear en el campo del otro un falo idealizado del cual desea ser deseada. La escogencia de objeto sexual en este cierto defecto identificatorio narcisista que generalmente es heterosexual, deja un resto de duda con el objeto del mismo sexo. Se abre así la posibilidad de los aspectos bisexuales en la histeria, con empujes a la homosexualidad latente. Recordemos el caso de Dora y su deseo reprimi-

do por la Señora K. Cuando en diversos momentos cede la represión, allí aparece el conflicto, la angustia y el paso al acto.

Dos tipos de histeria: (Eje N/e) y Eje (n/E)

Si introducimos ahora la teoría de los dos ejes o modalidades de la constitución del sujeto: eje narcisista [o imaginario] y eje edípico [o simbólico]¹⁷ podemos teorizar sobre la estructura histérica. Estos dos ejes van a producir una alternativa constitutiva con un predominio de funcionamiento de un tipo o de otro. Esto implica la presencia de mecanismos mentales propios de uno u otro eje. Si uno de estos ejes se detiene en la temprana infancia con ciertas carencias o traumas serios, estos acontecimientos infortunados pasan a hacer un efecto en la constitución de la psique. En ese caso el eje narcisista va resultar el eje dominante de funcionamiento en la vida. A diferencia de cuando se constituye a predominio del eje Edípico. Eso ocurre cuando el sujeto no tuvo tantas dificultades o traumas históricos en ese periodo tan temprano del desarrollo.

Si utilizamos la letra [N] para denominar el predominio del eje narcisista y la [n] para denominar el no-predominio de dicho eje y utilizamos la letra [E] para denominar el predominio del eje Edípico y la letra [e] para denominar lo contrario el no-predominio dicho eje, podemos decir entonces que el caso Dora que fue una histeria de predominio narcisista se puede formular así: [N/e]. Es decir una histeria donde existe un predominio del <eje narcisista> sobre el <eje Edípico>. En otro caso de histeria podemos encontrar: [n/E]. Lo cual quiere decir una histeria con predominio Edípico. En los años sesenta se decía que habían dos tipos de histeria: la buena y la mala. La buena funcionaba bastante bien [Edípica] y la mala padecía de excesiva angustia con acting-out suicidas [Narcisista].

Un poco más:

La característica que tiene la histeria de estar identificada con un objeto castrado de su mismo sexo [en las mujeres y en los hombres histéricos] va a sostener el sentimiento de ser incompleta o incompleto. La histeria le atribuye a la ausencia del falo imaginario un significado humillante e

¹⁷ La teoría de los dos ejes se encuentra descrita en el capítulo tres.

inaceptable. La identificación sexual con su mismo sexo no es ambigua, pero se establece sobre un objeto desvalorizado de allí que trate de disimular su falta a través de la nueva búsqueda identificatoria con un modelo ideal, es decir el semblante fálico valorizado, ideal de mujer en el caso femenino. La escogencia de objeto sexual de predominio heterosexual es por lo tanto ambivalente con elementos homosexuales reprimidos. Este elemento es más fuerte en las histerias de predominio narcisista. Por eso encontramos con frecuencia en la clínica que el semblante fálico que podría aparecer en un hombre o en una mujer las puede conducir a una actividad sexual que llamaríamos bisexual, muy común en nuestros días.

La Locura histérica

El episodio psicótico funcional en una estructura histérica puede ocurrir cuando el sujeto estructurado como histérico ocurre a predominio narcisista [N/e]. Este tipo de histerias narcisistas, responde dramáticamente a ciertos tipos de situaciones traumáticas de la vida. El sujeto cae en un estado de impotencia en donde funciona con la ley del todo o nada [blanco o negro, Ley del Talión]. Además funciona con la identificación masiva con el Otro. Es inevitable que funcione con los ideales del yo-ideal. Estos ideales narcisistas son muy primitivos que desatan una crueldad contra el propio Yo.

El Otro en posición de amo

Con esto quiero decir lo siguiente. El predominio narcisista de este tipo de personalidad como ya he planteado va a colocar el semblante falo en la figura del Otro. Este otro queda así [sin proponérselo] en posición de amo. Esta posición se mantiene en una forma muy rígida, como si fuera permanente. Si por las circunstancias de la vida el sujeto histérico es expuesto a una situación de imperfección y fracaso ejecutada por ese amo, este amo queda entonces castrado. La doble castración del sujeto histérico y del amo desata un ataque de angustia inmanejable. Se pierde la capacidad de discriminación entre el sujeto y el objeto. Se pierde el sentido de la adecuación con la realidad social, con su consecuente pérdida del juicio de realidad. La omnipotencia se instala en acto y pueden aparecer breves alucinaciones visuales y auditivas. Este estado de locura histérica en la década de los años cuarenta y cincuenta se llama-

ban psicosis funcionales para diferenciarlas de las psicosis de proceso o llamadas en específico esquizofrénicas.

Las crisis disociativas

Las crisis disociativas histéricas pertenecen a esta estructura clínica histérica y son muy similares a las locuras histéricas con una clínica menos dramática y una duración más breve. La lógica de la estructura es la misma y no tiene nada que ver con la estructura de la psicosis esquizofrénica, que como veremos, corresponde a otro orden de fenómenos, con la presencia de otros mecanismos mentales.

Utilidad de los matemas, formulas y grafos

Trabajar con las propuestas del psicoanálisis estructural, requiere del analista, la capacidad para desarrollar un pensamiento topológico. Es necesario migrar del pensamiento clásico topográfico, al pensamiento topológico. Eso no es fácil. Las formulas matemáticas son abstracciones y requiere entender la propuesta que implica la ecuación en abstracto. No es fácil, pero la formula ayuda a pensar. El matema incluye figuras especiales de las matemáticas, las cuales yo las explico en detalle. En forma fácil de entender. Una vez entendida la figura [como puede ser el menos Phi] entonces se puede tratar de entender el concepto que se propone, el cual es topológico. Esto de topológico significa que el concepto puede ser entendido de varias formas, sin alterarse la esencia del concepto. Así pues los matemas y las formulas son para ayudar a pensar y a comprender.

El matema de la histeria

El matema del sujeto histérico fue descrito por Lacan en el Seminario 8 dedicado al estudio de la Transferencia: lección del 19 de Abril de 1961. Allí propone la siguiente hipótesis: el sujeto histérico se identifica [en su infancia] con un objeto castrado. Como consecuencia de esta identificación, se sabe a sí mismo castrado. Su deseo irresistible, es el deseo de un otro completo, al cual no puede entregarse. Esto no es fácil porque se arriesga a descubrir el horror, de que ese falo imaginario proyectado

$$\frac{i(a)}{-\varphi}$$

en el otro, es sólo un semblante. Toda vez que entra en contacto con la incompletud del Otro, entraría en angustia: por falla de la represión que revela al Otro castrado.

Modificación al matema original de Lacan

En 1993 el matema original de Lacan ha sido ligeramente modificado por mí con la intención de hacerlo un poco más claro y didáctico. Entonces ha quedado así:

Modificación de Rómulo Lander en 1993

$$\S \left[\begin{array}{c} i(a) \\ -\varphi \end{array} \right] \diamond A(a)$$

Significado detallado del matema modificado

(a) La figura de la \S barrada expresa al sujeto marcado por la falta-enser, atravesado por la spaltung [escisión originaria] que lo constituye como sujeto del inconsciente.

(b) Los corchetes significan que el sujeto está constituido de una forma particular, especificado en la formulación matemática contenida dentro de los corchetes.

(c) La fórmula algebraica [i de (a) sobre menos phi] refiere a la identificación temprana imaginaria o narcisista con el otro, puede ser aspectos de la figura materna que es percibida como castrada. La pequeña (a) representa al otro imaginario [periodo narcisista]. La letra (i) representa a la identificación imaginaria. La figura [menos phi] representa al falo imaginario y al negativizarlo con el símbolo menos (-) algebraico, significa su ausencia o si quiere: la castración.

(d) Resumiendo lo dicho: El sujeto histérico (\S) se constituye por la identificación narcisista (imaginaria) con un otro castrado menos Phi [i de (a) sobre menos phi]. La condición de castrado del otro imaginario,

con el cual se identifica el sujeto, está dada por la represión del trauma sexual infantil pre-Edípico y Edípico que permite la creencia de un falo imaginario idealizado que el sujeto histérico sabe no poseer. Por eso aparece en la fórmula algebraica con un menos phi.

(e) La figura del losange (<>) representa la unión particular, exclusiva: el deseo del sujeto en el campo del otro. Esta relación es única y particular para cada sujeto. La relación con el campo del otro refiere a la teoría psicoanalítica de relación de objeto.

(f) A la derecha del losange encontramos la figura del otro grande (A). La letra (A) grande refiere al Otro grande [es decir al otro del lenguaje]. Quiere decir que el sujeto en este caso histérico padece del deseo de ser deseado por un otro sin barra no castrado. Ser deseado por un amo [sujeto no-castrado], que es ilusoriamente portador de ese falo idealizado: por eso ese otro grande (A) no está barrado. Este Amo oculta a un objeto de deseo que causa-el-deseo del sujeto, por eso lleva oculta entre paréntesis a una pequeña (a). Esto es muy importante de mencionar ya que introduce la posibilidad de una falta en el otro: presencia de la pequeña-a.

(g) A este Otro grande no-barrado, portador del falo: la histérica no podrá entregarse. Ese deseo del otro estará siempre en condición de insatisfacción, de un imposible, ya que la histeria no podrá dar lo que ofrece y si lo hace, descubrirá que ese falo idealizado: era un semblante, una ilusión. Así le traspasa por identificación, su propia falta al otro y deja de ser el otro sin falta: pasa de (A) --> (A̅). Por esta vía aparece la angustia y la necesidad de buscar, seducir a un otro grande no-barrado, que aparecerá en el horizonte y que en ficción: sí será el verdadero portador y garante del falo idealizado. En ese devaneo transcurre su vida, mientras tanto padece de la angustia. Esta es una proposición estructural, formalizada en forma matemática: un matema se sostiene a sí mismo, por una lógica formal que además debe resistir la prueba de la clínica. Con este propósito podemos cotejar la sintomatología, el aspecto fenomenológico, con la proposición estructural.

Aplicación clínica del matema histérico

(a) Las características de búsqueda de aprobación y reconocimiento, la conducta de seducción, la preocupación exagerada por los atractivos

físicos, que va dirigida a figuras de aparente importancia, fama o dinero, se sostienen porque el matema propone que el sujeto de histeria: desea ser deseado por un otro fálico, portador del falo idealizado. Lacan decía: 'la histérica desea ser deseada por el padre, portador el falo'. La riqueza, la fama, el poder y la belleza, representan el falo imaginario. Por eso el sujeto de la histeria cuida su cuerpo, su dieta, su piel, su apariencia, desarrolla su habilidad seductora y su teatralidad. En este sentido no tolera la frustración sin caer en desesperación.

(b) Otra característica del sujeto histérico es la sugestionabilidad. La estructura y el en consecuencia el matema sostiene que el sujeto de histeria está constituido en la identificación con un otro castrado, de allí que desea ser deseado por un otro completo, portador del falo idealizado, que en ficción la completaría. Su deseo de ser deseada por ese otro fálico es tan imperativo que se somete a la voluntad de un amo: el otro-fálico. Quedando en posición pasiva de sugestionabilidad inevitable estructural.

(c) Sobre la represión de la pulsión sexual: La condición del otro imaginario castrado con el cual se va a identificar el sujeto [eje imaginario narcisista] está dada por las prohibiciones y luego por la represión del trauma edípico sexual infantil. La figura del 'menos phi' que representa a la castración y la falta, está relacionada en la histeria con la sexualidad reprimida. La puesta en acto de la falta: desencadena la angustia. El despliegue histérico de la seducción, teatralidad, emocionalidad y sugestión: taponan la falta y así alivia la angustia, manteniéndose exitosamente reprimida la sexualidad.

(d) En la histeria hay una cierta insuficiencia de la identificación sexual imaginaria narcisista con el objeto del mismo sexo que percibe como castrado: [i de (a) sobre menos phi]. La solución histérica a este drama es crear en el campo del otro: un falo idealizado. Del cual desea, ser deseada. La escogencia de objeto sexual en esta cierta insuficiencia identificatoria narcisista, que generalmente es heterosexual, deja un resto de duda con el objeto del mismo sexo. Se abre así la posibilidad de los aspectos bisexuales en la histeria, con algunos empujes a la homosexualidad latente. Recordemos el caso de Dora y su deseo reprimido por la Señora K, aunque en diversos momentos cede la represión y aparece el conflicto y la angustia.

Capítulo 5

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Segunda parte

La estructura obsesiva: Se organiza temprano en la vida alrededor de la imagen de un otro no-castrado [completo]. El obsesivo se identifica con un otro fálico. De esta manera la estructura obsesiva se siente completa y en el control de su vida, el sujeto siente que tiene las cualidades poderosas de falo. El deseo del obsesivo será generoso, ya que desean completar la carencia en el otro [histérico]. Pero ellos viven en una paradoja: El sentimiento obsesivo de completud cierra, obtura, su falta, por lo tanto cierra el campo de deseo. Nosotros debemos recordar que el deseo se origina en la experiencia de una falta. Para las estructuras obsesivas las promesas dadas en buena fe, acaban en la nada. Jacques Lacan solía decir que 'el obsesivo es un amo que no puede evitar de ser un esclavo'.

La histerización del obsesivo

La clínica obsesiva incluye un fenómeno llamado de histerización de la obsesión. Esto se explica porque la metáfora del falo, ser el falo, presente en la constitución de la estructura obsesiva, ocasionalmente se negativiza, por identificación con el otro castrado. Así estando en falta, el obsesivo mantiene la dialéctica del <deseo del deseo del otro>. Las manifestaciones histéricas más comunes en la clínica del obsesivo son: las fobias y las preocupaciones psicósomáticas. El fenómeno de la histerización cae sobre el síntoma, porque para devenir analizable el síntoma debe tomar una envoltura histérica. Por esa vía, entra en la dialéctica del diálogo analítico. Reconoce que necesita ayuda para conocerse. El analizante acepta que algo no está bien y comienza a hablar de su síntoma. Histerizar el síntoma obsesivo, quiere decir que el obsesivo entra en falta comprometiéndose frente a otro, a quien le otorga un saber. Así aparece la figura del analista. El obsesivo, quien es el poseedor del falo, resiste esta posición histerizada de falo negativo, es decir castrada. Solo después que se histeriza es que puede instalarse el dispositivo analítico, mientras tanto, será solo un paciente que resiste instalar el síntoma y resiste analizarse. Es el sujeto que dice no necesitar nada y mucho menos a un analista. Hasta que se histeriza.

Fenomenología de la neurosis obsesiva

La personalidad obsesiva es descrita como de inteligencia superior, presente en los sujetos hombres fálcos y en las mujeres fálcas. Son sujetos descritos como ordenados, controlados y muy en secreto sensibles a la frustración. Expresan opiniones claras y fuertes, a pesar de mostrar indecisión en ciertas áreas. Su necesidad de perfeccionismo se completa con una preocupación por los detalles. El cuadro clínico fenomenológico de la personalidad obsesiva cubre una amplia gama de manifestaciones:

(a) Presencia de ideas obsesivas: estas ideas consisten en la intrusión en la conciencia de pensamientos que no son bienvenidos. Ejemplo de esto la encontramos en las ideas de temor a la muerte de un ser muy cercano. O el pensamiento de una madre de matar a su hijo querido. O de un esposo de matar a su esposa amada. Estas ideas o deseos, producen angustia y por tanto las tratan de rechazar infructuosamente. Individuos religiosos sufren de pensamientos obscenos en medio de una oración. Estas ideas obsesivas tienen tres características: <No son deseadas, no son comprendidas y no pueden ser rechazadas>.

(b) Presencia de ideas cabalísticas: Estas ideas testimonian la presencia de supersticiones, en la cual el temor a una desgracia, se neutraliza con un pensamiento o acto de naturaleza mágica: contar tres veces tres, hacer el signo de la cruz, rezar alguna oración, etc. Este síntoma se sostiene en el mecanismo psíquico de la anulación. Muchos de los amuletos y de los rituales religiosos tienen que ver con este mecanismo, en donde lo maligno, lo destructivo y lo agresivo, queda neutralizado, impedido o deshecho, gracias a un pensamiento, un acto ritual religioso, cabalístico o a un amuleto.

(c) Presencia de dudas obsesivas aparecen en el campo del pensamiento como una indecisión. Dudas repetidas de haber efectuado bien o mal una actividad cualquiera. Dudas sobre haber cerrado la puerta, apagado la luz, o cerrado el gas. Estos actos a veces son llamados rituales de seguridad compulsiva. La duda es ocasionalmente tan intensa que puede obstaculizar el desempeño de un trabajo cualquiera. En el pensamiento aparece la procrastinación o rumiación, que consiste en darle vuelta y vuelta a las mismas ideas.

(d) Presencia de rituales compulsivos se refieren a actos que no pueden dejar de realizarse porque aparece un pequeño ataque de angustia. El acto en sí, alivia la angustia: aparecen los rituales de limpieza, actos ceremoniales, actos mágicos y cabalísticos y la exageración de la rigidez en la rutina diaria. Ideas de que las manos están sucias y necesitan lavárselas repetidamente. A veces consideran sucios sus trajes o sus muebles y se ven obligados a realizar operativos de limpieza larga y complicada.

(e) Presencia de una necesidad de control aparece como una posesión de la conducta del otro, que está relacionada con el perfeccionismo y necesidad de imponer un orden, que en caso de perderse aparece la angustia. El obsesivo va a invertir mucha energía para que al Otro no le falta nada. El universo del Otro debe permanecer ordenado. El obsesivo dice: <pide y serás complacida, mi amor>, [a ella no le falta nada, lo tiene todo]. En la medida en que el obsesivo se ocupa de todo y al encontrarse satisfecho el otro, ya no tiene nada que demandar.

Es conocido por todos, la importancia que tiene para el obsesivo el asunto de la pérdida. Perder algo, lo remite a la lógica de la falta es decir al falo negativo o ausente, lo cual le es insoportable. Por lo tanto es muy importante no perder nada. Para evitar enfrentarse con la pérdida se hace necesario satisfacer el deseo del Otro, produciendo su plenitud. Por eso la demanda del histérico que testimonia su falta, es satisfecha inevitablemente y satisfactoriamente por el obsesivo. Los acumuladores tienen una compulsión a no perder objetos de tipo obsesiva.

El obsesivo se ajusta a normas rígidas de conducta y a un orden estricto de todo lo que le rodea. Los muebles de una habitación deben estar colocados en cierta forma, a veces en forma simétrica. En las paredes no puede haber cuadros inclinados. Al caminar no pueden pisar la unión de las baldosas. Todos estos ejemplos son metáforas de la falta, de lo imperfecto. A veces no pueden deshacerse de objetos inservibles por el apego al objeto y el temor a perder algo. Padecen de un apego al dinero y a las cosas. Muestran una dificultad para la generosidad, relacionado con la analidad, en su aspecto anal retentivo y de control de las pérdidas.

(f) Muestran sentimientos de culpabilidad relacionados con la necesidad de perfección y a una moralidad de tipo exagerada, a veces primitiva.

Cuando falta a sus principios en lo cotidiano, aparece la angustia y la culpa. El empuje incesante a reparar el daño fantasmático produce lo que se ha llamado <la deuda impagable>.

(g) En la neurosis obsesiva la actividad sexual no se encuentra impedida. Al contrario, los obsesivos sienten cierto orgullo por su gran capacidad sexual de satisfacer una y otra vez a la pareja a la que en metáfora se encuentra en falta. Hablan de sus habilidades y de sus éxitos sexuales.

En algunos casos los rituales de limpieza del obsesivo, su inevitable necesidad de orden o de realización de actos ceremoniales, interfiere parcialmente con la realización del acto sexual. El obsesivo satisface la falta en el Otro, por eso goza con el goce del Otro. Goce neurótico, muy diferente al goce del perverso que goza en el lugar del Otro.

El obsesivo entra en una paradoja: desea satisfacer al Otro en su falta, pasando así a ser todo para el Otro. Al ser todo para el Otro, cierra el campo de la falta y por lo tanto, cierra el campo del deseo en sí mismo, ya que el deseo siempre va a surgir de la falta. Si no hay falta, no hay deseo. Con el objeto de abrir un espacio al deseo, lo cual implica darle un espacio a la falta, el obsesivo termina no siendo nada. Se descalifica a sí mismo en la dialéctica del deseo. De nada valen los juramentos y las ofertas, todos ellos ofrecidos en buena Fe. El obsesivo tiene que abrir un espacio a la falta, para luego obturarla. Esa es su paradoja. <Es un Rey que no puede dejar de ser un esclavo>.

(h) Así como los histéricos son muy temerosos de hablar o de estar en presencia de la muerte, porque esta representa al falo negativo, los obsesivos toleran la presencia de la muerte e incluso hablan libremente sobre ella y piensan sobre su propia muerte sin temor. Lacan decía que el obsesivo que cree poseer el falo cree tener mil artimañas para engañar a la muerte.

Aspectos estructurales en las obsesiones

Al igual que en la histeria, la estructura del obsesivo se organiza dependiendo de su posición ante el problema de la lógica del falo y de la castración. El obsesivo cree tener un falo. Cree tener el poder y sus virtudes. Así la proposición de la estructura obsesiva dice así: 'Sujeto del

inconsciente constituido por la identificación narcisista imaginaria con un otro completo no-castrado, es decir fálico. Así este sujeto obsesivo es portador de un falo positivo. Se dirige a un otro castrado quien le demanda cosas, las cuales este sujeto no puede resistir de complacer. La angustia aparece en cualquier momento en que ve amenazada su ilusión de tener el objeto fálico'.

Matema de la estructura obsesiva

Modificación de Rómulo Lander
(1993)

$$\S \left[\begin{array}{c} i(a) \\ + \varphi \end{array} \right] \diamond A$$

Significado del matema

- (a) La § barrada remite al sujeto atravesado por la spaltung que lo constituye como sujeto del inconsciente.
- (b) Los corchetes van a significar lo que constituye a éste sujeto del inconsciente que remite a la ecuación algebraica contenida en los corchetes.
- (c) La (i) pequeña, nos habla de la identificación imaginaria narcisista y la (A) el Otro del orden simbólico, por lo tanto (i de A), remite a la identificación imaginaria con un otro grande simbólico que está completo, es decir no castrado y por lo tanto portador del falo. La parte inferior del 'phi positivo' confirma al sujeto constituido como poseedor del falo. Por lo tanto se sabe a sí mismo poseedor del falo completo y no castrado. Se conduce como si fuera un amo.
- (d) La figura del losange (<>) representa la unión particular: deseo del sujeto con el campo del otro. Esta relación es única y particular para cada sujeto.

(e) A la derecha del losange encontramos la (A) grande barrada. El Otro en ésta estructura es un Otro castrado que no detenta el emblema del falo y por lo tanto deseante de un otro que lo complete.

(f) Así la proposición matemática de la estructura obsesiva dice: Sujeto del inconsciente constituido por la identificación narcisista imaginaria con un otro completo, no-castrado. Este sujeto es portador de un falo positivo. Se dirige a un otro castrado quien le demanda cosas que este sujeto no puede resistir de complacer. La angustia aparece en cualquier momento en que ve amenazada su ilusión de objeto fálico.

Aplicación y validación clínica del matema

Insisto en que toda propuesta estructural, que en el fondo siempre es teórica y arbitraria: debe validarse en el campo de la clínica.

(a) La angustia: La angustia en el obsesivo aparece toda vez que en su relación con el otro aparece por identificación como un ser castrado. Al perder la ilusión de amo, fálico y poderoso entra en angustia: angustia de fracaso, también llamada de castración. La estructura propone que el sujeto obsesivo está constituido sobre la ilusión de completud, portador del falo positivo. La castración va a estar ubicada por proyección en la figura del otro.

(b) El síntoma: El síntoma como una construcción del inconsciente se propone disminuir la angustia de castración y lograr satisfacer ciertos elementos de pulsión. Los síntomas de rituales compulsivos, como son los actos ceremoniales y actos mágicos, al igual que los síntomas que implican control del objeto, son producidos por la necesidad de restituir el falo perdido. El síntoma coloca al sujeto en posición de poder y por lo tanto de falo positivo. Es el sujeto de poder fálico el que puede controlar el mundo con las ideas cabalísticas, actos mágicos y ceremoniales obsesivos, es decir restituye su posición de poseedor del falo. Esto a la vez atrapa al obsesivo en la enfermedad de la duda, porque al realizar el ceremonial obsesivo o el acto mágico y restituir así la posesión del falo positivo, vuelve de nuevo a dudar de su eficacia. La duda lo lleva de nuevo al acto de reasegurar la posesión del falo, a través de la realización una y otra vez del acto obsesivo.

(c) La culpa: Los sentimientos de culpabilidad están relacionados con la identificación a un yo ideal con un otro no castrado. La imperfección en el ejercicio de lo cotidiano aumenta la tensión con el ideal, produciendo agudos sentimientos de culpabilidad. En la estructura obsesiva la constitución del sujeto por identificación con un ideal fálico da cuenta de este sentimiento agudo de culpabilidad. Durante el período Edípico este ideal de conducta es vulnerado por el componente incestuoso y parricida del niño. Se instala una deuda con el padre proveniente del deseo parricida. Es una deuda en ficción que nunca podrá pagarse.

(d) La estabilidad: Mientras el sujeto obsesivo se mantiene en la posición de Amo, sabiéndose completo y portador del falo, el sujeto se encuentra neuróticamente estabilizado. La relación con el otro va a romper esta estabilidad. Esta relación con el otro es una relación en el campo subjetivo del otro. Es una posición relativa topológica del sujeto con el objeto, es decir el otro. Por lo tanto es un otro del inconsciente que por proyección se coloca en un objeto externo. La relación del sujeto obsesivo con este otro no fálico, que sí lleva la marca de la castración y que le pide amor, sexo y ayuda, el obsesivo no puede por razones de estructura, negarse, y así va a poner al sujeto obsesivo a prueba. Lo que está a prueba es su posición de portador del falo. Si falla en la prueba aparece la angustia de castración y se precipitan los síntomas.

(e) La vida sexual: La actividad sexual del obsesivo generalmente es abundante. El sujeto obsesivo está orgulloso de su capacidad sexual. La estructura da cuenta de esto al proponer al sujeto obsesivo como identificado con un falo positivo, que estructuralmente lo obliga a colocar la castración en el otro. Si el otro está castrado puede pedir y si pide es porque está castrado. Por lo tanto para mantener la castración en el otro y sostener su posición de amo fálico, el sujeto obsesivo tiene forzosamente que satisfacer el pedido del otro, el que se encuentra en falta.

Capítulo 6

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Tercera parte

Acting Out, pasaje al acto y enactment

El acting out refiere a una conducta extraña que muchos no pueden comprender las razones que la producen. Fue Sigmund Freud quien primero lo describió en 1914. Lo incluyo aquí como un capítulo aparte de las estructuras neuróticas, porque es en las neurosis donde más se presenta. Sin embargo está claro que se puede presentar en cualquiera de las tres estructuras.

El pasaje al acto tiene sus diferencias con el acting out y me propongo describirlo en este capítulo. El enactment es un concepto proveniente de USA creado en 1970 muy similar al descrito en el pasaje al acto. Por eso agrupo estos tres conceptos en un solo capítulo.

En 1914 Freud escribe su conocido trabajo titulado 'Recuerdo, repetición y elaboración'. Allí aparece descrito por primera vez un nuevo concepto psicoanalítico denominado en alemán *agieren* y que fuera traducido al inglés como *acting out*. En español se conserva el anglicismo y nos referimos desde entonces al *agieren* como un *acting out*. Allí Freud define el nuevo *agieren* como una repetición en contraposición a la capacidad de recordar. Aparece como un empuje a repetir el pasado infantil en acto, sin recordarlo. Es decir sin tener consciencia de los motivos de dicho acto. Esta repetición la hace dentro del encuadre analítico, a través de revivir experiencias emocionales reprimidas de la infancia ya sea con la figura del analista o con diversos aspectos del encuadre. Al repetir en acto con el analista, queda así establecida una estrecha relación entre el *agieren* y la transferencia. Este *agieren* fue entendido entonces como un acto que reemplaza la habilidad del analizando para recordar el pasado infantil. Esto ocurre cada vez que durante el tratamiento el analizando está en posición de resistencia: Actúa para no recordar. Así eran las cosas en 1914. Este enfoque del *agieren* como resistencia contribuyó a que el concepto deslizará inevitablemente a tener un significado *peyorativo*. Para ese entonces el *agieren* era un obstáculo en la cura, un algo que no era bienvenido, de allí que le fuera otorgada esa característica equivocada: descalificatoria y peyorativa.

La ampliación del concepto

El mismo Freud en 1940 en su trabajo póstumo Esquema del Psicoanálisis plantea una ampliación de este concepto, cuando dice que el término *agieren* entendido como un acto de repetir, para aliviar, sin saberlo, asuntos del pasado infantil, puede presentarse fuera del tratamiento, fuera del encuadre y fuera de la transferencia con el analista. Desafortunadamente este cambio introducido por Freud en el concepto de *agieren* abrió la puerta para que el término comenzara a usarse, para calificar cualquier conducta inapropiada, disruptiva e inesperada, que el paciente pudiera presentar, dentro y fuera del encuadre analítico. El término *acting out* comenzó así a ser vulgarizado. Conductas neuróticas impulsivas, obsesivas, contra-fóbicas y delictivas: pasaban a recibir el calificativo equivocado de acting out. Claro que estas conductas tienen un origen y un fundamento inconsciente, pero no eran en sentido estricto: 'sin saberlo, una repetición, de un conflicto del pasado, recién activado'. Es importante afirmar claramente que no toda conducta neurótica es un *acting out*. El rescate de la pureza del concepto, tardó muchos años en llegar y sobretodo de perder esa característica equivocada descalificatoria y peyorativa.

Un ejemplo clínico

Lawrence Inderbitzin en su trabajo de 1988 nos presenta un breve pero muy claro ejemplo clínico: describe el caso de una mujer que repetidamente se duerme en el diván durante su hora de análisis. Poco a poco este fenómeno fue entendido, no como un acting out resistencial simple, sino como un intento de re-vivir experiencias tempranas no verbales. El analista comenzó a entender este fenómeno de dormir como un valioso síntoma expresado en el contexto transferencial. Se trataba de un síntoma instalado que requiere de trabajo analítico y no algo que puede ser dejado de lado como una simple resistencia al análisis. Resultó ser que la paciente estaba evitando con el dormir, tomar conciencia de sus deseos amorosos y sexuales con la figura del analista. A la vez estaba reproduciendo un hecho del pasado, la figura tranquilizadora del padre, que le cuida el sueño sentado fuera de su cuarto. No todos los casos de 'agieren' en transferencia son tan amables. Muchos otros casos de acting out repiten en transferencia, sin saberlo, escenas traumáticas, crueles, aparatosas y dolorosas del pasado infantil. Introducen en el análisis momentos violentos, agresivos, descalificatorios, provocadores,

tensos y difíciles con la figura del analista. Estos actos que parecen desafiantes, ponen a prueba la capacidad analítica y la tolerancia del analista.

Lo valioso del acting out

Como hemos visto en el ejemplo precedente, el *acting out* muchas veces es muy útil en el trabajo analítico. La conducta expresada en estos actos, muchas veces incomprensible, es una forma de obtener información de lo que el paciente no es consciente y asunto de lo cual no puede presentar en palabras. Estos actos tienen tanto valor como el trabajo de los sueños, que como sabemos nos permite conocer algo de lo inconsciente en cada paciente. El acto muestra aspectos de la vida mental que el paciente no puede poner en palabras. Muchas veces es la única forma de mostrar en acto, lo que no puede ser: ni recordado, ni olvidado. En este sentido el 'acting out' pasa a ser algo valioso en el proceso analítico. Especialmente aquellos analistas que trabajan con niños y adolescentes, ellos saben que cada sesión está llena de actos que hablan sin utilizar la palabra. Son verdaderos acting out, de los cuales el analista o el terapeuta de niños se convierten en expertos trabajando y traduciendo a palabras el sentido de estos actos extraños e inesperados. Recordemos a la pequeña Rita de Melanie Klein quien en sus cuatro años, que se apartaba repetidamente al rincón de cuarto de terapia para orinar el cojín. Melanie Klein le interpretaba el acting out: 'quieres orinarte en mí por la rabia que me tienes'. O cuando Rita exigía a Melanie Klein que la puerta del cuarto se quedara abierta para poder observar la presencia de su madre en la sala de espera. Melanie Klein le interpretaba el acting out: 'tienes miedo que te mate si la puerta está cerrada'.

Un acto sin sujeto

Hoy día podemos decir que el *acting out* refiere al acto realizado por el sujeto sin conocimiento de lo que motiva dicho acto. No hay conciencia de la razón, ni del propósito del acto realizado. En este caso del acting out, el drama del pasado infantil y el deseo que hay en él, se imponen y el acting out habla por sí-mismo fuera de conciencia. Se trata entonces de un acto sin sujeto. Lacan insistía en el Seminario 10 sobre la angustia, que en el acting out el sujeto con su acto sale de la escena. Para mí esto quiere decir que el acto, en el acting out, es un asunto privado. Las consecuencias del acto afectan solo al sujeto que lo ha producido y por

eso sale de la escena. El acto suicida realizado sin conciencia del porque lo hace, afecta solo al suicida, quien a través de este acto, pierde su vida y sale de la escena.

El pasaje al acto

El *Pasaje al acto* en inglés *enactment* es diferente al *acting out*. Sin embargo, no está tan alejado uno del otro, ya que ambos son expresión de una forma de repetición y de una actuar, con cierta pobreza de conciencia.

Primera diferencia: La característica de tener cierta conciencia de lo que motiva el acto, establece una primera diferencia. Por lo tanto el *pasaje al acto* refiere al acto consciente que se realiza después de una lucha con la angustia: expresión del conflicto del pasado infantil, entre el deseo y la prohibición. Refiere a un acto realizado por un sujeto con capacidad de pasar a la acción, después de vencer la inhibición y la angustia. Lacan dice en el mismo Seminario 10, ya citado, que se trata de *un acto con sujeto*.

La segunda diferencia: Esta es muy importante y establece el hecho de que el acto envuelve inevitablemente al otro. Me refiero al deseo del otro. El *enactment* o pasaje al acto es un acto fabricado entre dos sujetos deseantes. El pasaje al acto [*enactment*] es un acto en el que el analista se encuentra comprometido en su deseo ya que ha producido una respuesta suya propia en acto. Igual sucede con el pasaje al acto realizado fuera del encuadre analítico. Allí existe otro, a quien va dirigida la acción.

Si el otro no existe, no responde, o no se involucra, entonces no existe el pasaje al acto. Pasa a ser un acto como síntoma: una contra-fobia o un acto obsesivo, o quizás un *acting out*. Esto último va a depender de la claridad de conciencia de la motivación al acto. Lacan decía en el Seminario 10, que en el pasaje al acto *el sujeto se queda en la escena*. Esto lo entiendo de la siguiente forma: El acto al involucrar al otro, quien responde con otro acto, se transforma en un asunto entre dos y así se mantiene un drama en escena.

La apertura del espacio y el enactment

Muchas veces escuchamos el debate de la participación del analista, en el pasaje al acto o llamado enactment. Algunos opinan que es el analista, el que inicia o da pie para que se produzca el *pasaje al acto* del paciente. El ejemplo que he escuchado refiere a las consecuencias de la transferencia amorosa y erótica. Es el analista en que con sus actos en sesión, permite o abre un espacio, a que esta transferencia erótica, sea actuada en la realidad. Entonces, según esta manera de pensar, el establecimiento de una relación amorosa entre la dupla analítica conlleva un *pasaje al acto* iniciado o con participación del analista. Es decir se trata de un acto que requiere de la participación activa de un tercer.

El acto del analista

El acting out o el pasaje al acto pueden presentarse dentro de la cura analítica en otro contexto diferente. Durante la conducción de la cura y muchas veces dependiendo del tipo de patología con la cual estamos trabajando, el analista se encuentra con los límites del simbólico y por lo tanto con la 'ineficacia de la interpretación'. Es decir, el analista se tropieza con 'el desfallecimiento de la palabra'. Ocurre cuando la interpretación correcta es completamente ineficaz. Por ejemplo: un paciente que presenta una seria inhibición fóbica, que le impide atender su trabajo o sus obligaciones académicas. Entonces en ese momento puede ocurrir o surgir un *acto ortopédico* del analista, quién le sugiere o a veces le ordena al paciente, que realice determinada acción o acto. El paciente en identificación transferencial con su analista, procede y realiza para su propia satisfacción, el acto. Este acto cae dentro del capítulo del 'pasaje al acto'. Propongo que el analista ejecuta su 'acto ortopédico' al entrar en simetría con su paciente. La simetría transferencial lo lleva a una identificación inconsciente con su paciente. Desde ese lugar de simetría es de donde aparece el acto ortopédico que en este contexto es entendido como un *pasaje al acto* del analista.

La tercera afirmación

El *acting out* forma parte de las vicisitudes normales del desarrollo de la personalidad en la tercera afirmación del sujeto. Podemos decir, desde el punto de vista estructural, que en la constitución de la psique ocurren tres momentos de afirmación del sujeto. Esta afirmación fue llama-

da por Lacan, siguiendo el vocablo en alemán que uso Freud: la Bejahum. La primera afirmación constitutiva primera Bejahum aparece cuando el llanto del bebé es transformado en un llamado, lo cual ocurre cuando este grito es respondido por el otro. La segunda afirmación [Bejahum] ocurre cuando el niño en el periodo anal utiliza el no en forma insistente y repetida para afirmar su deseo. La tercera afirmación constitutiva aparece cuando el adolescente tiene la oportunidad de transgredir la ley del padre. Esta trasgresión ocurre por vía del acto y expresa un movimiento bienvenido de lucha por la autonomía. Generalmente se trata de un acting out del adolescente que es necesario y bienvenido.

Otras veces el acting out adolescente expresa una forma de aliviar sus tensiones interiores, a las cuales no tiene acceso con la comprensión del orden simbólico. Solo le queda entender a posteriori sus actos inesperados e irreflexivos. Un ejemplo clínico: Un adolescente en serio conflicto con sus padres decide abandonar su casa. Este acto de separación, de la vivienda de sus padres, puede entenderse como un 'acting out' o como un 'pasaje al acto'. Todo depende de la capacidad de consciencia del adolescente en relación a los motivos para esta separación y de la posibilidad de envolver al otro en este acto. Si el acto de abandonar la casa es impulsivo, irreflexivo, producto de una agresividad ambigua e imprecisa, donde el adolescente dice que se siente prisionero y no comprendido, entonces yo diría que no tiene muy claro las razones de su partida del hogar. En ese caso estamos ante la presencia de un 'acting out'. El cual podría ser muy valioso para entenderse a si mismo. Pero si el adolescente plantea las graves dificultades que tiene con la figura de un padre abusador, violento y peligroso para la vida y la integridad física del joven, y nos cuenta las múltiples veces en que han tratado de solventar este problema por otras vías, entonces existe una clara consciencia de la dimensión del problema familiar y su partida de la casa, es comprensible y necesaria. En ese caso estaríamos hablando de un 'pasaje al acto'.

Algo adicional

Podría ser útil mencionar antes de terminar dos aspectos adicionales al problema del acting out. El primero se refiere a la diferencia que existe entre el pensamiento y la acción. El segundo refiere a los elementos de actualización de los aspectos infantiles que aparecen en la transferencia, la cual a su vez está presente en el acting out.

En relación al primer punto: insisto en que desde el punto de vista del efecto y las consecuencias, no es lo mismo, el pensamiento y la acción. Propongo insistir en que en el acting out y en el pasaje al acto se requiere de la presencia de un acto motor, es decir de un pasar a la acción. La pura palabra no constituye la presencia de un acting out. La palabra tramita en ese caso un síntoma neurótico, pero no un acting out. A su vez el acting out visto como una acción motora sacude con su efecto de hecho consumado al sujeto. Este sacudón puede llevar al sujeto a la toma de consciencia.

Aquí aparece el segundo punto: Cuando el sujeto es empujado por la pulsión, a repetir en acto, algo no tramitado o no resuelto de su pasado infantil y se produce la acción, el acting out, es decir el hecho consumado ya realizado, produce el efecto de una toma de consciencia y podríamos pensar, que el drama del pasado infantil ha sido actualizado y comprendido con sus correspondientes efectos en el sistema de ideales del sujeto, todo esto a través de la toma de consciencia. En este caso el acting out ha tenido una función favorable al sujeto, puede decirse, que ha habido una actualización de su realidad psíquica.

Capítulo 7

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Cuarta parte

Las fobias: Presentaré una visión personal de este problema clínico psicoanalítico. Pienso que las fobias pueden aparecer en cualquiera de las tres estructuras clínicas inconscientes: neuróticas, psicóticas y perversas. La mayoría de las fobias no constituyen una estructura psíquica por sí misma. Las fobias son un síntoma y expresan la forma como la mente se defiende y logra adquirir un cierto equilibrio psíquico llamado homeostasis. Por lo tanto las fobias no pertenecen en forma exclusiva al capítulo de las neurosis a pesar de que es común observarlas en la personalidad histérica y obsesiva. Igual pueden aparecer en las estructuras psicóticas.

La fobia como síntoma refiere a la evitación de situaciones debido al miedo y angustia que esta situación produce. Es oportuno mencionar que la presencia del objeto fóbico o de la situación fóbica, puede producir un estado de pánico en el sujeto. Como ya dije, podemos encontrar estados fóbicos en las estructuras neuróticas, psicóticas y perversas. En ese sentido se pueden entender las fobias como un síntoma y no como una estructura. Con esto quiero decir que a mi manera de ver este problema existen al menos dos tipos primarios de fobias: las fobias narcisistas [incurables] y las fobias Edípicas [curables].

(a) Las fobias de predominio narcisista son las que se encuentran presentes en sujetos que su personalidad funciona a predominio del eje narcisista: [N/e]

(b) El otro tipo de fobias Edípicas serían las que aparecen en sujetos con un funcionamiento de predominio Edípico: [n/E].

Fobias del eje narcisista tipo: N/e

Resultan de la presencia de una patología temprana originada por un trauma temprano o por una carencia. El efecto será la aparición de una falla o deficiencia estructural en la constitución del sujeto. Esta falla obliga al sujeto a buscar un método de supervivencia. Por esta vía va a construir un objeto que obture o repare la falla. Este objeto construido es el objeto fóbico, que por lo tanto va a curar o reparar la presencia de esa falla estructural. Ese objeto le va a servir al sujeto de guía evitativa

o conducta evitativa. Es decir, ese objeto que reparó la falla constitutiva restituye la calma, pero hay que evitarlo. Se podría llamar el objeto fóbico.

En la presencia de este objeto fóbico reaparece la angustia, testimonio de la deficiencia narcisista. Esta angustia de castración también podría llamarse temprana, narcisista o imaginaria. La angustia fóbica reaparece ante la reaparición de la falla estructural, es decir, ante el vacío interior sin nombre. El objeto claustrofóbico presente en algunos casos de fobia narcisista, que según su narración del sujeto fóbico, está en los espacios cerrados, se ubica por ejemplo, en el ascensor y el avión al ser un objeto que se cierra como una nevera [hermético]. Estos objetos claustrofóbicos terminan siendo los objetos a evitar, aunque inicial y paradójicamente estos eran los objetos que rescataban, por desplazamiento de la ficción original de un atrapamiento materno, es decir de un atrapamiento narcisista, imaginario, claustrofóbico con la madre.

Este tipo de fobias son muy difíciles de erradicar por la vía del diálogo psicoanalítico, ya que tienen una función estructural de obturación y supervivencia. Dicho de otra manera, la construcción de ese objeto fóbico, fue la cura del atrapamiento materno. A pesar de no ser curables, estas fobias narcisistas pueden minimizarse o desaparecer temporalmente, siempre y cuando aparezca una nueva manera sustitutiva de obturar la falla. Me refiero a la posible aparición de los múltiples objetos de amor que aparecen como obturadores de la falla o del hueco estructural.

Fobias del eje Edípico tipo (n/E)

Aparecen como una solución a una patología de la relación triangular Edípica. En este tipo de fobias la figura del padre introduce un montante exagerado de angustia de castración. Se trata de otro tipo de angustia diferente a la narcisista, que refiere a la amenaza de pérdida de algo por vía de la presencia de un otro paterno. Se podría llamar angustia de castración Edípica o castración simbólica, ya que es la función paterna al prohibir el incesto la que va a introducir la ley y un nuevo orden. Es oportuno aclarar un detalle topológico. Primero, que es la madre la que va a introducir al niño en la relación con el padre, al introducir la metáfora del padre. Segundo, que a su vez, el padre va a rescatar al niño del atrapamiento especular materno.

Ante esa supuesta angustia exagerada de castración del orden Edípico simbólico, la solución para el sujeto está en construir un objeto fóbico. Por desplazamiento, se le va a colocar en ficción, a ese nuevo objeto fóbico la amenaza y el peligro de la castración. Este objeto tendrá en el futuro que ser evitado. Esta construcción fóbica no es consecuencia de una falla estructural, sino se debe a la presencia de un conflicto Edípico, en donde el deseo Edípico prohibido y la angustia propia de castración, juegan un papel importante. Por lo tanto, la construcción de ese objeto fóbico caería dentro del concepto de lo que en psicoanálisis llamamos conflicto. Este conflicto psíquico y su consecuencia, el síntoma, serían accesibles a la cura analítica y ese síntoma podría erradicarse, en la medida en que aparece la re-significación de los personajes del romance Edípico y la re-significación del supuesto peligro subjetivo de estas figuras internalizadas.

Lo curable y lo incurable

El primer tipo de fobias no caería dentro de esta lógica mencionada del conflicto. Por lo tanto, no es curable, en el sentido de erradicable y por eso propongo que esas fobias del eje narcisista [N/e] se podrían considerar como una estructura psíquica reparatoria: sustituible, pero no erradicable.

Así aparece la diferencia que existe entre las fobias como estructura propias del eje narcisista [N/e] y las fobias como síntoma, propias de eje Edípico [n/E]. Es oportuno aclarar que en un sujeto se pueden presentar ambas fobias. Las unas tendrán un destino y las otras tendrán otro destino.

Capítulo 8

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Quinta parte

Los Borderlines: Los trastornos limítrofes de la personalidad o también llamados <Borderlines> constituyen hoy día una categoría diagnóstica confusa e imprecisa. Para algunos es considerada un trastorno ubicado al borde de las psicosis y otros simplemente lo consideran una patología neurótica que utiliza mecanismos mentales narcisistas primitivos. Esta categoría diagnóstica originada en USA bajo la iniciativa de Otto Kernberg, terminó por integrarse a la terminología usual europea y Latino Americana actual. Por diversas razones previamente se negaban en Europa a aceptarla tal como lo testimonia el ICD10.

Según el uso corriente en psiquiatría los trastornos limítrofes o Borderlines refieren a un trastorno de la personalidad ubicado en el límite entre las neurosis y las psicosis. En clínica psiquiátrica proponen que se trata de una patología grave, que no evoluciona, ni hacia la psicosis, ni hacia las neurosis. Los psiquiatras reconocen que con psicoterapia psicoanalítica estos pacientes mejoran su capacidad funcional personal, familiar y laboral. Pero sabemos que se mantienen intactos los mecanismos mentales narcisistas primitivos.

Debo afirmar que la propuesta teórica psicoanalítica ha permitido que las diversas patologías mentales pasen de ser simplemente diagnosticadas, a ser comprendidas en la dimensión de su particularidad humana. Con la aparición de las teorías psicoanalíticas se pudo entender el sentido oculto de los mecanismos detrás de los síntomas y comprender la presencia de esos variados mecanismos mentales, en las diversas patologías. Por esta vía se dio inicio a la posibilidad de ofrecer psicoterapia esclarecedora que aparece a través del dialogo psicoanalítico.

El problema con este paradigma

Como ya dije para la psiquiatría se trata de un grupo de trastornos ubicados entre las neurosis y las psicosis. Se trata de una patología grave que no evoluciona hacia la psicosis. Ni tampoco hacia algún tipo benigno de neurosis. En este paradigma borderline vamos a encontrar un serio problema.

El problema está, en que desde el punto de vista del psicoanálisis, dicha patología limítrofe o Borderline, es concebida como una estructura neurótica. Con esto quiero decir una estructura psíquica inconsciente que se fundamenta en el mecanismo básico de la represión. Como sabemos la estructura psicótica se fundamenta en otro mecanismo básico: la forclusión del nombre del padre. La estructura perversa por su parte, se fundamenta en el mecanismo básico de la desmentida de la diferencia anatómica de los sexos (Lacan, J., 1956). Ahora bien, con el efecto favorable de la terapia, no es posible que un sujeto pase de una estructura inconsciente a otra. Estas estructuras se constituyen en la temprana infancia y son permanentes. Los cambios ocurridos por la acción terapéutica del psicoanálisis, son cambios que ocurren dentro de la estructura. Así encontramos que la patología limítrofe o Borderline, se ubica dentro de una patología neurótica grave, con predominio de mecanismos narcisistas. Considero que las dificultades mentales y las particularidades de los mecanismos psíquicos que voy a describir a continuación son de común hallazgo en nuestra práctica cotidiana con este tipo de sujeto limítrofe o llamados Borderline. Esta lista de mecanismos que aquí les ofrezco es producto de mi experiencia. Puede ser que otros analistas agreguen algún mecanismo adicional que no he incluido en mi lista.

1 Vacío Interior

Refiere a una sensación de vacío que tiene el sujeto. Este vacío es algunas veces descrito como un vacío existencial otras veces es descrito como un vacío físico, una sensación de vacío en el pecho, indescriptible. Este vacío se calma cuando aparece el apego a un objeto. Por esta razón este tipo de sujeto borderline desarrolla un tipo especial de relación de objeto con predominio fusional [apego patológico al objeto]. Debo referirlos a la lectura de los capítulos presentados anteriormente sobre <La soledad> y <El vacío> en el cual se describe con más detalle el fenómeno del vacío interior.

La teoría psicoanalítica plantea, que el origen de este vacío interior, proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre hijo. Como sabemos el proceso de identificaciones tempranas del niño con su madre va a dar origen a la formación de un Yo primitivo. La textura de ese Yo temprano se va a formar con las progresivas identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes. La deficiencia en estas identifi-

caciones, por incapacidad de la continencia y del reverie materno, va a dejar un efecto de hueco o vacío en la textura de ese Yo primitivo. Todo sujeto tendrá una cuota inevitable de deficiencia de la función materna y por lo tanto un vacío o hueco que corresponde con ese período narcisista del desarrollo. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista varía según las experiencias tempranas que haya tenido cada sujeto.

2 Demanda de reconocimiento

Normalmente el niño recibe un primer reconocimiento cuando su llanto es transformado por el otro en un mensaje. Así, su grito recibe un sentido que ha otorgado el otro cuando su necesidad básica es satisfecha. Esta dialéctica de reconocimiento es llamada la primera afirmación. Los sujetos con una deficiencia narcisista tienen dificultades con esta demanda de reconocimiento. Las personalidades limítrofes [borderlines] por la magnitud de su hueco y por la insuficiencia de reconocimiento en épocas tempranas del desarrollo, son muy sensibles y muy necesitados en la vida adulta a este reconocimiento que otorga el otro y que va a confirmar su percepción de la realidad. Estos sujetos cuando son adolescentes y adultos requieren de recibir del otro una reconfirmación de sus observaciones de la realidad. Cuando no la obtienen, por ser negada, contrariada o desmentida el sujeto va a desatar estados afectivos inesperados e involuntarios de violencia, agitación, angustia o llanto. En la clínica se observa estados afectivos inesperados que parecieran no tener causa justificada. Corresponde con la llamada: Labilidad afectiva de la patología limítrofe.

Es importante no confundir este mecanismo de reconocimiento con la necesidad de aceptación que muestra el neurótico benigno, que regula mucho de su autoestima con una aprobación proveniente del otro, de sus propuestas o actos. La no obtención de la aprobación del otro produce una desilusión y una desconfianza en sí-mismo. A veces desencadena estados de tristeza.

3 Tipo de relación de Objeto

El tipo de relación de objeto que vamos a observar en los estados limítrofes [Borderlines] consiste en presentar una relación con exagerado apego al objeto. Sabemos que este vacío interior se alivia con este apego al objeto. Así, vamos a observar una tendencia a la fusión Self obje-

to, en donde el sujeto muestra una pobre o muy limitada capacidad de discriminación con el objeto. Lo que le ocurre al sujeto pareciera que le ocurre al objeto y viceversa. Esta necesidad de apego explica las dificultades que aparecen en los momentos de separación del objeto. Así en las separaciones, aparecen estados afectivos inesperados: angustia, tristeza, miedo, pánico y a veces serias dificultades para continuar con la vida cotidiana.

Cuando la separación del objeto tiene características de pérdida de objeto, por muerte, divorcio, migración etc., el sujeto limítrofe [Borderline] va a mostrar su incapacidad de tolerar el vacío interior con la aparición de un colapso mental. La vida parece que pierde sentido para el sujeto. Pueden aparecer deseos de muerte e ideas suicidas. Este efecto de colapso psíquico, como consecuencia de la pérdida de objeto, se recupera rápidamente al aparecer otro objeto de apego.

4 La relación de dominio

Este problema surge como una consecuencia de la instalación de un vacío interior en la textura del Yo. El apego excesivo al objeto, que tiene el propósito de aliviar el vacío interior, produce un efecto en la manera como el discurso del otro se impone al sujeto. Lacan describió en 1968 su teoría de los cuatro discursos. Allí plantea el discurso de Amo. Lo describe como un discurso enunciado por el propio sujeto, en el cual, solo después de ser emitido, es que se revela la naturaleza inconsciente del discurso. No es un discurso voluntario, es más bien efecto del inconsciente. El sujeto que habla, como productor del enunciado, se coloca sin darse cuenta, en el lugar del S1 del significante Amo. Cree imponer un saber al otro. Este discurso del Amo, no tiene nada que ver con el discurso de dominio propio del Borderline.

El discurso de dominio se refiere al efecto que tiene la palabra del otro en el sujeto. Su apego al objeto es tal que la palabra del otro, es ley. Esto implica un espejismo [una ilusión] es decir, una sumisión equivocada del sujeto, al otro. Para el sujeto limítrofe narcisista [Borderline], la simple opinión del otro, es una orden a cumplir y a obedecer. Mientras existe el apego excesivo al objeto, el sujeto no puede escapar de la dialéctica del discurso de dominio. Esto es algo a tomar muy en cuenta a la hora de producirse la intervención del analista. La interpretación analítica que invita al analizante a explorar y descubrir por si-mismo, lo oculto

en su inconsciente, se puede convertir en una orden del analista. En una imposición. El sujeto en su inescapable apego al objeto, se revela, se disgusta, con este discurso de dominio del cual no puede escapar. Por esta vía puede aparecer una reversión de la perspectiva, una reacción terapéutica negativa, un impasse analítico o una explosión afectiva descontrolada.

Existe otra forma de discurso de dominio, con el cual tengo mis dudas de que se trate de sujetos limítrofes [Borderlines] y por lo tanto neuróticos. Me refiero a los sujetos con una estructura psicótica verdadera compensada, aquellos sujetos que poseen una buena suplencia, con un síntoma grapa, es decir, han instalado con éxito un cuarto nudo¹⁸ y que por lo tanto funcionan como neuróticos, sin serlos. El mecanismo al que me refiero es el siguiente. El sujeto cree leer los pensamientos y deseos del otro, cree saber lo que el otro está pensando y deseando. El sujeto le otorga certeza a esta lectura subjetiva del otro y desde allí se siente dominado y sometido por esos supuestos pensamientos y deseos. Se siente esclavizado por el otro. Este otro que no ha abierto su boca, para pronunciar palabra. He observado varias veces este fenómeno y no parece desencadenar un episodio psicótico.

Si este hecho clínico desencadena rechazo al analista, puede aparecer en el paciente una reversión de perspectiva no muy duradera y se revierte nuevamente al poco tiempo. Conservan intacto el apego excesivo al objeto. El analista tiene que tener particular cuidado con este tipo de analizantes. Me refiero en el momento de aparecer la intervención del analista. Mi experiencia me indica que es de mayor utilidad ofrecer una extra capacidad de continencia silenciosa, una función reverie ampliada y devolver interpretando o señalando con particular claridad y simplificación. Reformulando las ideas dos veces si es necesario. Ya que sabemos que este tipo de analizante no podrá escaparse a la vivencia de un discurso de dominio.

5 La segunda piel

En algunos casos, más graves aún, la relación de objeto de dependencia que aparece por efecto del apego, se encuentra obstaculizada. Esta

¹⁸ En relación al <Síntoma Grapa> sugiero leer el capítulo dedicado al estudio del Síntoma.

barrera aparece por una dificultad especial en la capacidad para hacer introyecciones e identificaciones. En estos casos no se establece fácilmente el apego, la dependencia al objeto, ni la tendencia a la fusión objetal.

En estos casos la dificultad de introyección e identificación hace que las distintas partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unirlas. Esta función, de un algo que une, unifica o contiene, las partes de psiquismo primitivo, depende de la introyección temprana por el bebé de un objeto externo contenedor. El objeto óptimo para crear esta función es el pezón o su sustituto dentro de la boca, junto con la madre que le habla, le carga, le ve y le huele de una forma aceptante y conocida. Esto da origen, a la aparición en el bebé, de la vivencia de un espacio interno psíquico apto para las introyecciones, identificaciones y vínculo objetal. Cuando esto falla, aparece lo que llamamos estados de no integración psíquica, propio de los sujetos que luego se diagnosticarían como limítrofes [Borderlines].

Esther Bick en Londres fué la primera que en 1968 describió estos estados psíquicos. Posteriormente en 1980 fué Didier Anzieu en París quien amplió estos trabajos. El sujeto adulto que sufre de estados o episodios de no-integración, va a describir los intensos momentos de angustia que aparecen en la soledad de la noche y que se calman con la sensación que ofrece las sábanas muy apretadas sobre el cuerpo. Como si estas sábanas o una chaqueta de cuero estrecha o un abrazo muy apretado sobre el cuerpo, contuvieran las partes fragmentadas de la mente. A este fenómeno Esther Bick le llamó la segunda piel.

6 Los estados adhesivos

Fueron descritos independientemente por José Bleger en 1967 y por Herbert Rosemfeld en 1969 y luego ampliadas por Donald Meltzer en 1975. Refieren a una estructura de personalidad que parece carecer de interioridad, no tiene capacidad de discriminación Self-objeto, y además muestra tener muchas dificultades y limitaciones en el uso de los mecanismos de introyección y de identificación introyectiva. No parecen tener la interioridad [espacio psíquico interno] que sea apto para ubicar las necesarias introyecciones que van a permitir el progresivo desarrollo de la personalidad. Pareciera que las introyecciones, al no encontrar ese espacio interno, se ubican en la superficie de la personalidad. Pasan a

ser frágilmente sostenidas por el otro. Por eso el estado de integración psíquica es muy vulnerable y la relación con el objeto presenta ausencia de límites. En su necesidad de supervivencia, el sujeto se pega de tal manera y con tal insistencia al objeto, que sugiere la adhesión Self-objeto. Tal como se pega una estampilla a un sobre postal. En la clínica fenomenológica se observa el sujeto pegado, adherido como un parásito al objeto. El paciente se apega totalmente al objeto analista y a otros objetos significativos, esto hace, que éste objeto sea vivenciado como responsable de la vida del sujeto. Vive la vida del otro y el otro responde por su vida. A veces el sujeto se percibe a sí mismo como muy pasivo, con aspectos muertos en su psique. Usa la vitalidad y la fuerza de vida del objeto de apego como fuente de supervivencia. Aquí aparece una paradoja. Este pegoteo con el objeto origina muchas veces una fuerte hostilidad al mismo objeto [ya que percibe que la vida está fuera de él]. Es decir una envidia al otro, a la fuente de vida, que el mismo no posee. Recordemos al gran cineasta Luis Buñuel cuando le hacía decir a Viridiana: ...el hombre nunca perdona a quién le ayuda.

Rosenfeld la llamaba estructura narcisista omnipotente, con relaciones objetales adhesivas. Bleger previamente la había llamado estructura gliscocárica de ambigüedad, con relaciones objetales parasitarias. Ambas descripciones se fundamentan en las consecuencias de la imposibilidad que encuentra el sujeto de introyectar en el inicio de la vida, un objeto contenedor, capaz de unificar los fragmentos rudimentarios de la personalidad y crear [inaugurar] la vivencia de un espacio psíquico interno [por deficiencia grave de la función reverie materna]. Esta deficiencia de la función reverie es provocada por dificultades graves en la psique materna y también dificultades en el aparato mental rudimentario que trae el bebé de nacimiento. Me refiero a la posible presencia de problemas orgánicos del bebé o dificultades variadas de deficiencias cognitivas y sensoriales. De cualquier forma, las consecuencias que se observan en la clínica son las siguientes: angustia flotante, apego adhesivo al objeto, intolerancia a la separación y un sentimiento de tener aspectos muertos en la personalidad.

7 Características de la vida sexual

Las dificultades tempranas que tienen las personalidades limítrofes [Borderline] van a incluir dificultades en el sentimiento de identidad sexual. Todos sabemos que la convicción de identidad sexual se adque-

re temprano en la vida. Esta convicción de identidad sexual normalmente después de los cinco años es irreversible. La asignación de la identidad sexual proviene del discurso de los padres que van a nominar a su prole como niño o niña según sea el imperativo de su deseo. Generalmente este deseo coincide con la realidad anatómica del bebé. Así, en la mayoría de los casos, la realidad anatómica y el deseo de los padres afortunadamente coinciden y el niño se sabe y se reconoce a sí mismo como varón o hembra.

Posteriormente ya a los cuatro años con el drama sentimental Edípico va a aparecer la elección de objeto sexual. Este objeto elegido inconsciente e involuntario, será el objeto del deseo sexual. El objeto que va a satisfacer la pulsión. Así al escoger el objeto de deseo, el sujeto se orienta hacia la heterosexualidad o hacia la homosexualidad. Como ya dije, esta escogencia de objeto sexual se realiza durante el período del drama Edípico. La relación sentimental, el romance Edípico que tiene el niño o la niña con los padres es crucial para el tipo de escogencia de objeto sexual que tendrá lugar en ese período del desarrollo.

La personalidad limítrofe [Borderline], que como ya vimos, tiene tantas dificultades en la relación con el objeto y deficiencias con los mecanismos de introyección y de identificación introyectiva, que claramente nos permite pensar, que en estos casos vamos a encontrar un sujeto con serias dificultades en su capacidad de establecer un sentimiento de identidad sexual que tenga estabilidad y convicción. Igual dificultad va a encontrar con su escogencia de objeto sexual. Así pues, en estos casos vamos a encontrar que no hay convicción, ni certeza en la identidad sexual, ni tampoco en la escogencia de objeto sexual. Es cierto que disfrutan del sexo, siempre y cuando se cumplen ciertas condiciones que son particulares para cada caso. Esto va a permitir tener una capacidad orgástica. Sin embargo su funcionamiento sexual dependerá mucho de las condiciones impuestas por la demanda del otro. Sus sentimientos de ser hombre o mujer pueden variar según sea el pedido del otro. Sus actos homosexuales o heterosexuales también dependerán de la demanda del otro. Por lo tanto encontramos en la clínica lo que se ha llamado: una labilidad de la orientación sexual.

8 El sistema de ideales

Sabemos que el sistema de ideales del cualquier sujeto va a depender de la constitución de ambos: del 'Yo ideal' y del 'Ideal del Yo'. Estos sistemas de ideales inconscientes y la censura consciente se forman, es decir se constituyen, en el la infancia temprana del niño con su correspondiente particularidad. El primero, el 'Yo ideal' corresponde al período narcisista o imaginario de la constitución del sujeto. Tiene características tiránicas, inflexibles y crueles, en la imposición de sus valores e ideales. Aquí es este sistema aplica la ley del todo o nada, del ojo por ojo, sin otras consideraciones, ni factores atenuantes. El segundo sistema de 'Ideal-del-yo' se constituye durante el período Edípico o simbólico de la constitución del sujeto. Aquí aplica la ley de la tolerancia, de la presencia de los factores atenuantes y agravantes en la aplicación de los valores e ideales.

Estas leyes de tolerancia o intolerancia se las aplica automática e inconscientemente el sujeto a sí mismo. El sujeto es el primer objetivo de sus ideales y luego las aplica a los otros, al mundo. Normalmente el sujeto tiene ambos sistemas operativos. En los momentos de mayor integración de la personalidad, opera y predomina el sistema del 'Ideal del yo'. Es decir un sistema que no tiene esa crueldad y que muestra una capacidad de tolerancia a 'la pequeña diferencia'. En los momentos de crisis, que produce una regresión y de serios conflictos psíquicos, pasa a predominar el 'Yo ideal' cruel e intolerante. El sujeto sufre y se mortifica a sí mismo y a los demás sin poder evitarlo.

El sujeto con un trastorno limítrofe [B borderline]de la personalidad, con sus ya mencionadas dificultades con los mecanismos introyectivos tempranos, va a tener problemas en el progresivo establecimiento del sistema de ideales. Por lo tanto estas personas van a presentar un predominio del sistema de ideales más primitivo. Es decir van a funcionar con predominio del 'Yo ideal' narcisista cruel. Esto significa una tendencia a ser crueles e intolerantes consigo mismos, insistiendo en la búsqueda de una perfección ideal imposible.

Igual van a aplicar estos valores primitivos fundamentalistas a su relación con el mundo. Estos mecanismos de ideales son automáticos e inconscientes. Provocan intensos sentimientos de culpabilidad inconsciente con gran sufrimiento. Estos sentimientos de culpa que son efec-

tos del 'Yo ideal' narcisista, en su búsqueda de alivio, dan origen muchas veces a intensos deseos de auto y hetero castigo, el alivio proviene de la redención y el perdón logrado por medio del castigo o penitencia. A diferencia, los sentimientos de culpa provenientes del 'Ideal del yo' Edípico, buscan el alivio a través de la reparación del daño ocasionado. El sujeto con un trastorno limítrofe [Borderline] de la personalidad, que sufre de sentimientos de culpa provenientes de los efectos del 'Yo ideal' cruel narcisista, va a buscar alivio en el castigo. Buscará la pérdida y destrucción de su patrimonio, de sus relaciones amorosas, familiares y sociales. Otras veces el sentimiento de culpa inconsciente es tan intenso y cruel que aparecen los deseos de muerte y los intentos de suicidio. Se trata de un sufrimiento innecesario e insensato.

9 La Reversión de la perspectiva

Este concepto fue introducido al psicoanálisis por Wilfred Bion en 1963 en su libro Elementos de Psicoanálisis. El sujeto pasa involuntaria e inesperadamente a ver las cosas de la vida y de tener relaciones objetales de una cierta manera, pasa a a verlas de la manera opuesta. Es decir, revierte la perspectiva. Bion decía, que la reversión de la perspectiva, es una forma especial de pensamiento que aparece cuando se trata de evitar el dolor mental, y la ubicaba como un mecanismo de la parte psicótica de la personalidad. Dice que se fundamenta en el mecanismo psíquico del splitting (disociación) de tipo estático. Uno de los puntos de vista quedaría disociado, reprimido en forma más permanente, por eso lo llama estático. Este mecanismo de la reversión de la perspectiva, tiene el propósito de lograr algún nuevo tipo de equilibrio mental y que con lleve a una disminución del dolor psíquico.

Bion ejemplificaba este mecanismo con la figura gráfica que ayuda a mostrar la presencia simultánea del fondo y la forma. Son dos siluetas de caras. Una frente a la otra, que configuran a la vez un jarrón. Dependiendo de lo que uno privilegie, verá las dos caras o verá el jarrón. Es decir, depende de la perspectiva o punto de vista. Los sujetos con un trastorno limítrofe (Borderline) presentan con frecuencia y en forma dramática estos cambios de reversión de la perspectiva. El analista que era idealizado, sabio y conecedor de los secretos de la felicidad, pasa a ser repentinamente un ser despreciado, egoísta y malvado. El sujeto limítrofe se ubica en esta perspectiva y no se mueve de ella. Los nuevos acontecimientos van a ser leídos y entendidos de tal manera, que siem-

pre van a confirmar su punto de vista, su perspectiva. El problema está en que la perspectiva deja de ser reversible. El sujeto no puede colocarse en el punto de vista del otro. Su propia perspectiva tiene certeza y el asunto está cerrado, concluido. Los acontecimientos psíquicos que precipitan una reversión de la perspectiva de esta naturaleza, están relacionados con la dialéctica de la angustia y de la frustración. A veces desencadenado por ausencia de la dialéctica del reconocimiento, por la presencia de un discurso de dominio o por un malentendido.

10 Control de los impulsos

El sujeto humano tiene que domesticar sus pulsiones para poder entrar en el mundo civilizado. El infante humano tiene que renunciar a los fuertes deseos incestuosos, magnicidas y fraticidas. La renuncia a estos deseos humanos, por vía de la represión, inaugura la entrada del sujeto en la neurosis, la cultura y la civilización. Sin embargo será inevitable que esta renuncia produzca en el sujeto su efecto: un malestar con la cultura. Ese malestar lo llevábamos todos con tal de vivir en un mundo organizado y civilizado. La represión constituye el mecanismo mental fundamental que sostiene a la neurosis. Para que sea posible el mecanismo de la represión se requiere de un sujeto que ha superado el período narcisista. Para esto se requiere que la madre haya introducido la metáfora del padre [función paterna] en la psique del niño. Esto quiere decir que la función paterna ha logrado romper la intensa dupla imaginaria madre-hijo y ha introducido al niño en el nuevo orden edípico. El vínculo de dos pasa a ser de tres. Así se inaugura el orden simbólico. El Yo que emerge de esta operación es un Yo capaz de sostener la represión, a pesar de la insistencia e intensidad del deseo y la pulsión que lo invitan constantemente a hacer lo contrario.

El sujeto con un trastorno límite [Borderline] de la personalidad ha logrado a duras penas, obstaculizado por las dificultades que tiene con los mecanismos de introyección e identificación, romper la dupla madre-hijo. Es decir el sujeto límite [Borderline] ha pasado al edipo, pero con un predominio narcisista/imaginario (N/e). Esto quiere decir que la insuficiencia narcisista de la función reverie materna a sido demasiado grande. Esto es lo que deja un enorme hueco constitutivo narcisista que es irreparable. El Yo que emerge de esta operación es un yo que no tendrá la suficiente fortaleza para mantener la represión. La fuerza de la insistencia pulsional vence al Yo, y aparecen actos y conductas inacep-

tables para el orden personal, familiar y social. En la clínica fenomenológica o clínica de los síntomas vamos a encontrar una pobreza en el control de los impulsos. El deseo y la pulsión sexual y agresiva encuentran una debilidad en las fuerzas de la represión. Aparecen con frecuencia actos que violan las reglas personales, las costumbres familiares y leyes sociales del propio sujeto. A veces estos actos están en conflicto con sus propios valores e ideales, dando origen a intensos sentimientos de culpabilidad.

11 Compulsiones y adicciones

La angustia que origina el vacío interior que tiene este tipo de personas con trastornos limítrofes de la personalidad, los o las lleva a buscar muchas formas de aliviarla. El apego al objeto es una de ellas. El consumo de drogas es otra manera. Cuando el hueco correspondiente al período narcisista es muy grande, la adicción es entonces muy severa y el sujeto recae una y otra vez después de que se han intentado diversos tipos de tratamiento e intentos de rehabilitación. Estas adicciones pueden ser al alcohol, marihuana, cocaína, heroína y otros tipos. Son llamados los 'adictos graves'. Es oportuno aclarar que no todo consumo de drogas, ni toda adicción, es debida a la patología limítrofe [Borderline].

Otra manera de aliviar la angustia del vacío interior está en la patología de la alimentación: la bulimia o su contraparte la anorexia. En estos casos con patología limítrofe se muestran de difícil recuperación. Para lograr la recuperación y evitar la recaída, es necesario ofrecer una alternativa válida que alivie la angustia. Generalmente se trata de la aparición de otro síntoma más benigno: apego a un objeto, a un grupo, o a una institución. Pero igualmente, no toda bulimia o anorexia se debe a la patología limítrofe [Borderline].

Otra forma de aliviar la angustia del vacío interior está en la instalación de una actividad compulsiva sexual. Hombres y mujeres por igual encuentran en la sexualidad compulsiva un alivio de la angustia. El acto sexual ofrece una intimidad psíquica y una intensidad física extraordinaria a ambos cuerpos. La sensación y el sentimiento de penetrar en el interior del cuerpo del otro, o de ser penetrada y sentir la llenura del vacío vaginal durante el acto sexual y además la presencia del intenso sentimiento de ser deseado o deseada, producen un alivio al vacío inte-

rior y a la angustia que de él deriva. Por lo tanto, la conocida oferta de alivio que ofrece el acto sexual, unido a lo intolerable de la angustia y a la pobreza del control de impulsos, nos explica la tendencia a una sexualidad compulsiva que tiene este tipo de personas.

Capítulo 9

ESTRUCTURAS NEURÓTICAS: Sexta parte

El problema psicósomático: En clínica psicoanalítica consideramos a la mente y el cuerpo como una unidad. El cuerpo, que incluye al cerebro, es el sostén orgánico biológico, de ese fenómeno virtual que llamamos la mente. Algunos añadirían que el cuerpo también sostiene al espíritu. Pero este último punto nos lleva al campo de la espiritualidad, el cual es ajeno a nuestra especialidad psicoanalítica. Para el Psicoanálisis está claro que la mente no es el cuerpo y viceversa. Pero uno, no existe sin el otro. Sabemos que el cuerpo está constituido por órganos de muy diversa naturaleza y función. Igualmente sabemos que la salud depende de una relación armoniosa entre el cuerpo y la mente. Ambos van a tener una influencia de uno, sobre el otro. Decían los griegos que <una mente sana requiere de un cuerpo sano>. También decían que la anatomía es decir el cuerpo, hace el destino del hombre y viceversa. Las diversas enfermedades somáticas pueden ser influidas en su evolución y otras pueden ser producidas, por la acción de la mente sobre el cuerpo somático.

En Psicoanálisis podemos diferenciar con propósitos didácticos ciertas patologías que aparecen en el área corporal. Así tenemos (1) Las conversiones (2) Las somatizaciones (3) Alucinaciones y delirios somáticos (4) Las hipocondrías (5) Las enfermedades Psicósomáticas.

1 Las conversiones

Refieren a la presencia de trastornos funcionales de los órganos de los sentidos y de los músculos estriados. Estos trastornos no tienen un substrato biológico, somático. Se encuentra que los órganos de los sentidos y los músculos están sanos. Así pues el problema que a veces es dramático es específicamente funcional. Como ejemplo tenemos las cegueras, las parálisis de brazos o piernas [monoparesias] y la anestesia de alguna parte del cuerpo. Las conversiones se consideran de naturaleza histéricas.

2 Las somatizaciones

Refiere al efecto que ciertos conflictos psíquicos y emociones ejercen sobre el cuerpo produciendo cambios somáticos que se detectan por

simple observación o por exámenes especializados. Esos cambios son el efecto somático de un conflicto psíquico. Lo más común se observan en la piel y en aparato digestivo y respiratorio. Por ejemplo erupciones pasajeras, amigdalitis, faringitis y otitis que ocurren por respuesta a la ausencia o pérdida del objeto de amor del cual se depende. Pero estos efectos no se organizan como una enfermedad crónica del cuerpo.

3 Alucinaciones y delirios somáticos

Refiere a serios conflictos psíquicos con presencia de angustias primitivas con predominio de un funcionamiento mental narcisista, que producen síntomas delirantes con o sin alucinaciones que refieren al funcionamiento o a la morfología del cuerpo. A veces se han llamado <hipocondría delirante>. Se trata de síntomas bizarros, raros, que afirman sentir enfermedades de órganos que no existen. Esta patología se puede observar en estructuras neuróticas narcisistas y en estructuras psicóticas. Corresponden con la propuesta de Wilfred Bion sobre las alucinosis.

4 Las hipocondrías

A veces son llamadas hipocondrías y refiere a la firme creencia que tiene el sujeto de padecer enfermedades de diversos órganos. Lacan las ubica dentro de las paranoias. Estas enfermedades no se logran detectar por ninguna vía diagnóstica y por lo cual se concluye que esas enfermedades somáticas no existen. Se les llama: sujetos hipocondríacos. Las quejas y los síntomas se les consideran una forma de proyección de aspectos del conflicto psíquico [proyección paranoica]. Puede ser la angustia primitiva proyectada en un órgano del cuerpo. Por lo tanto es una forma de paranoia dirigida a los órganos del cuerpo. Se trata de un objeto inconsciente proyectado en el órgano quien se hace depositario de una angustia persecutoria, paranoica. Lo más importante es poder descubrir en el diálogo psicoanalítico la naturaleza del conflicto inconsciente que produce esta situación. La toma de consciencia [insight] de este conflicto va a aliviar la angustia y la proyección. Otras veces se trata de una problemática de 'carencia de afecto' en la temprana infancia. La relación estable con un nuevo objeto de amor obtura la falta [el hueco] y alivia la hipocondría.

5 Las enfermedades psicosomáticas

Los órganos del cuerpo se enferman debido a muy diversas razones. La ciencia médica denomina a estas razones: la noxa biológica. Además de las diversas causas biológicas que producen las enfermedades, vamos a encontrar la posibilidad de que la mente en su vertiente inconsciente pueda enfermar el cuerpo. Es decir al soma. En medicina existen enfermedades crónicas y agudas que no tienen una clara etiología definida. Se considera que para ese grupo de enfermedades misteriosas existen factores emocionales que la causan, la empeoran o la mejoran. Por ejemplo, las enfermedades del tracto digestivo, como son la úlcera estomacal o duodenal, las colitis ulcerativas, las inflamaciones de la garganta y los trastornos de la alimentación. Solo para nombrar las más comunes. En el aparato respiratorio podemos encontrar el asma bronquial y las diversas formas de bronquitis aguda y crónica como enfermedades psicosomáticas. En el aparato circulatorio encontramos la hipertensión arterial y el infarto del miocardio desencadenado por diversos aspectos emocionales. El órgano de la piel es el más sensible a las emociones y a enfermarse por motivos mentales. El cáncer es un tipo de enfermedad de causa desconocida. Algunos piensan que el factor emocional es muy importante. Aún falta por definir la naturaleza de ese factor. Distinguidos analistas e internistas en Venezuela piensan que se debe a un tipo particular de problema emocional. Me refiero a lo que se ha llamado la teoría del <Callejón sin salida> y la teoría del <Pipote de basura>.

La teoría del <callejón sin salida> ¹⁹

Esta teoría refiere a las personas que de una forma natural e inconsciente, obligados por su sistema de ideales, se encuentran en la vida en posiciones sin salida, aún cuando para otra persona, con otros ideales, esa salida si existe. Son personas que no se pueden otorgar a sí mismas el derecho a la salida. Quedan atrapadas y sin salida. Siguen adelante

¹⁹ Debo mencionar que este mecanismo mental no lo he leído en ninguna parte. Me complace reconocer y hacer público que lo aprendí y los oí, por separado en mis valiosas supervisiones que duraron más de 16 años, con los eminentes sabios Lisandro Lopez Herrera y Manuel Kizer.

con su vida, viviendo dentro de su situación, lo mejor que pueden. Esas personas tienen la tendencia a desarrollar un cáncer.

La teoría del <Pipote de basura> ²⁰

En esta teoría el sujeto de forma natural e inconsciente es el depositario de los problemas de los demás miembros de la familia. Toma los problemas para sí mismo y trata infructuosamente de resolverlos. No puede resolverlos, porque esos problemas pertenecen a <la manera de ser> de otra persona. Cualquier solución que este sanador frustrado, encuentre, será puntual e insuficiente. Por eso se les considera que ellos mismos se colocan en el lugar del pipote de basura. Estas personas tienen la tendencia a desarrollar un cáncer.

6 Problemas con la alimentación

La anorexia y la bulimia representan un serio problema mental cuyo síntoma más llamativo se encuentra en el área de la alimentación. Es oportuno aclarar que este no es un problema del orden alimenticio, ni dietético. Se trata de un problema mental. Son jóvenes que se niegan a comer normalmente. Es más fácil diagnosticar a una persona que padece de anorexia ya que esta persona se adelgaza tanto que prácticamente se queda en los huesos. Mas difícil es diagnosticar a una mujer que sufre de bulimia ya que esta suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su síntoma. La Bulímica a diferencia de la Anoréxica tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda por sí misma.

La joven con 'anorexia nerviosa' no sólo renuncia a comer por miedo a engordar, sino también es una persona que no gusta de sí misma, ni se acepta como persona, tal cual es. Una vez que la enfermedad anoréxica ha avanzado se produce una deformación de la percepción propia de la imagen corporal: la persona se percibe gorda aunque no sea así. Esta joven anoréxica suele ser considerada por su familia y escasos amigos

²⁰ Igualmente debo mencionar que este mecanismo mental tampoco lo he leído en ninguna parte. Me complace reconocer y hacer público que se lo aprendí y lo oí del extraordinario profesor y maestro el sabio Fernando Rísquez, una y otra vez, en sus meritorios estudios sobre el cáncer.

como una niña modelo ya que es perfeccionista, excelente estudiante, con un nivel intelectual elevado, pero con una tendencia a huir de los conflictos utilizando la negación. Se preocupan excesivamente por lo que los demás opinen de ella y suelen tener bastante control de sí misma.

En cambio las pacientes bulímicas suelen tener poco control de sí mismas, ser más impulsivas, intolerantes y se frustran más fácilmente. La edad de inicio del problema bulímico, suele ser más tardío que en la anorexia. Los 'atracones y vómitos' de las bulímicas se producen a escondidas, provocando que la persona bulímica lleve una vida secreta. En ellas es frecuente el uso de laxantes, diuréticos y productos adelgazantes consumidos en secreto. En la paciente bulímica existe un fuerte temor a no poder parar de ingerir voluntariamente y tener poca capacidad para controlar los impulsos. Esto a veces puede acarrear problemas con abuso de diversos fármacos especialmente con los diuréticos. Al contrario de lo que ocurre con la anorexia, el aspecto de los afectados de bulimia parece saludable: el peso es normal o incluso hay sobrepeso, de modo que resulta difícil detectar el trastorno exteriormente.

La anorexia como síntoma

Desde el punto de vista psicoanalítico la anorexia y la bulimia están lejos de ser específicamente un trastorno de la alimentación. Se trata como ya dije de un serio trastorno mental, emocional. La anorexia y la bulimia son un síntoma visible que se instala en diversas tipos de estructuras mentales, preferiblemente neurótica de predominio narcisista (N/e). Desde esa estructura mental neurótica narcisista a veces llamadas Borderline, aparece el síntoma anoréxico o bulímico. Este síntoma representa una forma desesperada de curación de un algo que origina intenso sufrimiento psíquico.

El atrapamiento narcisista

Ese algo refiere a una patología en la relación temprana con la madre. Esta es complementada por una deficiencia de la función paterna. La relación de objeto con la madre en estos casos se caracteriza por ser intensa y simbiótica. La madre 'necesita muy cerca a su pequeña hija' y su pequeña hija se encuentra 'demasiado pegada a su madre'. La lucha por la ruptura de ese atrapamiento narcisista mortal con la madre co-

mienza muy temprano. Allí es donde la figura del padre o de quien haga de su función paterna, va a tratar de lograr romper esa dupla mortal. De el éxito relativo de ese intento, se va a determinar, la magnitud de la gravedad del síntoma anoréxico o bulímico.

Imago de la madre atrapadora ²¹

El rechazo al alimento es una forma extraña de lucha por separarse del 'atrapamiento materno'. Por eso la imagen de una delgadísima <Modelo de pasarela> no tiene nada que ver con la etiología o causa de este problema. La anoréxica es una mujer ciertamente muy delgada pero también muy descuidada en sus arreglos y atractivos femeninos. Su interés no es en ser una atractiva modelo de pasarela sino en tratar de encontrar una calma para sus tormentos interiores. Esta calma la encuentra en su síntoma anoréxico o bulímico.

El deseo de nada

La lucha a muerte por separarse de la figura internalizada de una madre atrapadora explica la renuncia a comer. No se trata de de <no comer> sino se trata de <comer nada> tal como decía Lacan en los Seminarios 10 y 11 cuando expone que 'la anoréxica no para de comer-nada' y establece el correcto axioma anoréxico: el deseo de nada. Es a través de ese 'deseo de nada' que la anoréxica y bulímica tratan de separarse de la figura internalizada de la madre atrapadora. Esta relación simbiótica con la madre es poco visible ya que estamos hablando de una relación interna que solo existe dentro de la psique de la anoréxica. La madre puede estar para ese momento ya ausente de la vida de la anoréxica o de la bulímica, sin embargo los efectos de ese atrapamiento materno continúan ejerciendo su dominio desde la interioridad de la mente de la paciente. Es de esa figura materna interiorizada que la paciente tratará de liberarse con la ayuda del tratamiento. Este tratamiento debe utilizar todos los medios posibles para ofrecer esta oportunidad a la anoréxica y bulímica. La oferta múltiple simultánea de sesiones individuales, grupales y de familia es la mejor opción. La experiencia enseña que el uso de psicofármacos no ofrece una esperanza válida.

²¹ Es merito del Doctor Carlos Valedon, de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, el haber desarrollado la descripción y el estudio detallado de la teoría de la <Madre Atrapadora> durante la década de los años ochenta del siglo 20.

La madre que me necesita y yo que me someto

En la mente de la anoréxica la figura fantasmática internalizada de <la-madre-que-me-necesita> y que requiere de la presencia simbiótica de su pequeña hija para tranquilizarse y satisfacerse, es lo que representa el obstáculo más grande en el progreso de la cura. Los ideales que surgen en la mente de la anoréxica, ante esta figura interna necesitada: la madre, es lo que determina que la hija se constituya como salvadora y gratificadora de las necesidades de esa madre fantasmática <esclavizándola aún más a ella>. La hija se hace así, complaciente, sumisa, y perfeccionista. Más grave aún: reprimiendo su capacidad de protesta y de agresividad para complacer a un otro que para ese momento es inexistente.

La familia poco expresiva

Existen familias en donde las emociones no se presentan abiertamente y en donde se hace muy difícil expresar la agresividad y la protesta. Cuando esto es así, la tendencia a la conformidad y la ausencia de emociones en la familia, no ayuda a la paciente anoréxica a zafarse de su propio atrapamiento, ya que para eso requiere del uso positivo de la agresividad y la protesta. Cuando la familia es expresiva de afectos y se muestra la agresión y la capacidad de protesta, eso va a ayudar en el sistema de ideales a la mejoría de la situación interna de esa joven anoréxica o bulímica.

La pubertad y la imposibilidad de la rebeldía adolescente

La experiencia nos enseña que con la aparición de la pubertad y con el inicio de la adolescencia se van a desencadenar una serie de cambios en el cuerpo y en la vida de la joven adolescente. Aparecen transformaciones en el cuerpo pulsional de las jóvenes, aparecen cambios en las relaciones de objeto y reorientación del deseo sexual. Se plantea una re-organización de los vínculos familiares, generalmente se lucha por una mayor autonomía e independencia y se cuestionan los ideales de la familia. Este proceso de turbulencia adolescente va a revelar las dificultades de las jóvenes anoréxicas. El atrapamiento materno internalizado se va a hacer más llamativo y dramático en esta época. Es entonces que el síntoma anoréxico va a aparecer con todo su esplendor. La joven que

hasta ese momento de la pubertad e inicio de la adolescencia era una joven modelo, adaptada, sumisa, obediente, perfeccionista y estudiosa, va a comenzar su lucha a muerte por liberarse de esa tiranía angustiosa. Su armonía psíquica prepuberal se explica por la identificación materna y su aceptación de su papel de salvadora de la madre. La aparición inesperada de la pubertad y la transformación pulsional adolescente exige un replanteo de este equilibrio psíquico anterior.

El matricidio frustrado

Al intentar los cambios necesarios que requiere la adolescencia, la joven se encuentra atrapada en su interioridad, por un ideal narcisista propio que le exige protección a la 'figura internalizada necesitada de la madre'. Su ideal narcisista le impide ejecutar el rechazo a la figura de su madre. Es lo que comúnmente llamamos la matanza del imago materna. <Asesinato necesario> para lograr la autonomía e independencia de la figura materna. La imago fantasmática paterna es usual que le ayude en esta lucha matricida por la independencia. La falla en la función paterna internalizada, debido a la presencia de un padre pasivo o tímido, es lo que completa el protocolo, que da inicio y perpetúa el síntoma anoréxico o bulímico.

La imposibilidad de zafarse

Ante la imposibilidad de romper el lazo mortal narcisista, estas jóvenes obedecen sumisamente lo que ellas creen son las pautas familiares y sociales. Continúan complaciendo y protegiendo a la figura internalizada materna. Llegan a negar sus propios deseos con tal de satisfacer una demanda fantasmática familiar creada por la misma paciente. Aparte del síntoma anoréxico estas son jóvenes complacientes, inteligentes y adaptadas. También son perfeccionistas y exigentes de sí mismas. Realizan un régimen alimenticio estricto, preocupándose en exceso por las calorías. Hacen dietas monótonas y generalmente comen solas. No son hábiles en el mantenimiento estético personal, ya que se nota una ausencia de preocupación por el maquillaje y el vestuario. Se presentan por lo general con sus caras lavadas sin arreglos y visten con ropas holgadas, las cuales le permiten ocultar su delgadez.

El goce del síntoma

Un aspecto adicional en la dinámica psíquica de estos pacientes se encuentra en el aspecto preciso del 'gocce del síntoma'. Este goce refiere a la necesidad de tener un cierto nivel de 'sufriamiento psíquico' para que su mente funcione en forma balanceada y armónica. Ese 'necesario' nivel de sufrimiento psíquico, creado para lograr mantener la normalidad mental, es llamado por Jacques Lacan la 'Jouissance' que corresponde en español al concepto del 'gocce'. Así que el síntoma se mantiene intacto por dos razones. Una, expresa su lucha contra la imago de la madre atrapadora y dos, satisface la necesidad de goce de la anoréxica. Así pues el desafío para la cura de este tipo de pacientes es inmenso.

7 El abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico exige como ya he mencionado de un abordaje múltiple que consiste en sesiones individuales, familiares e incluir a la joven en un grupo terapéutico, sin ningún uso de medicamentos. El alimento o la ingesta alimenticia no debe ser el centro de interés del terapeuta, ya que el núcleo del problema que origina el síntoma, no es la ingesta de alimentos, sino es la lucha por zafarse del atrapamiento materno interior. El desafío del tratamiento es lograr la forma de ayudar a la joven paciente anoréxica o bulímica a entender este drama y llegar a ese núcleo.

Los ideales

Como actualizar sus ideales y como puede ella llegar a liberarse realizando el matricidio interior, con todos los sentimientos de culpa y de soledad que esto acarrea, es realmente una lucha en que la figura y la función del terapeuta resultan cruciales.

El respeto al síntoma

El respeto al síntoma por parte del terapeuta y el respeto a las capacidades variadas de recuperación de la paciente permiten el establecimiento de una relación de trabajo que abre las posibilidades a la ayuda por la palabra. El <respeto al síntoma> significa no convertir la ingesta de alimentos en una meta del tratamiento.

El insight no es suficiente

La ayuda del descubrimiento del drama interior no es suficiente. No es suficiente lo que comúnmente llamamos 'el insight' o también 'él darse cuenta' por parte de la paciente. La gravedad de estos pacientes hace que se requiera de una ayuda de tipo ortopédica. Este acto ortopédico no es aceptable en las terapias ordinarias de neuróticos. En este caso se utiliza para lograr, que la paciente se haga cargo de su drama, no solo que conozca de él, sino que se 'haga cargo'. Para que ocurra esta segunda operación psíquica, además del insight, es usual que el terapeuta sea introyectado por la paciente y por esta vía se identifica con el terapeuta. Es decir se establece una transferencia especular, imaginaria, narcisista. El terapeuta conoce y permite esta simetría. La encuentra necesaria. Esta identificación con el terapeuta va a ayudar en la lucha contra la sumisión y favorece la rebeldía con esos demonios interiores. La paciente va a luchar por establecer un nuevo sistema de ideales que le permita zafarse de ese atrapamiento mortal con la figura internalizada de la madre necesitada.

Dos obstáculos adicionales al tratamiento

Es necesario mencionar dos obstáculos adicionales en el tratamiento de estos pacientes. Como dije anteriormente, el alimento y la angustia de los familiares por resolver y establecer un buen hábito alimenticio, no es del interés del terapeuta, ni es objetivo de la cura. Su alianza es con su paciente, y su paciente es la joven anoréxica o bulímica. No son los familiares. La alianza con la paciente nos lleva a respetar su síntoma. Este punto muchas veces ocasiona la interrupción del tratamiento, ya que a fin de cuentas este es pagado por los familiares. El segundo obstáculo es el problema de dividir el tratamiento entre un nutricionista y un psicoterapeuta. El terapeuta debe oponerse a esta división de tareas. Toda la libido y toda la lucha por la recuperación deben concentrarse en un solo esfuerzo. Insisto, el problema no es la alimentación. El rechazo al alimento es el síntoma, es la forma de curación que la joven encontró espontáneamente, el síntoma no es la enfermedad. El esfuerzo debe concentrarse en lograr el cambio interior y este ocurrirá si la paciente descubre que puede confiar en su terapeuta.

Capítulo 10

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Primera parte

La psicosis esquizofrénica: Así como las neurosis se constituyen a través del mecanismo metal básico de la represión, las psicosis esquizofrénicas, se constituyen utilizando otro mecanismo mental básico llamado la forclusión²². Refiere a la forclusión del nombre del padre. En este texto presentaré diversas ideas a tener en cuenta cuando se trabaja en Psicoterapia Psicoanalítica ambulatoria con los pacientes psicóticos recuperados. Los psicóticos que se atiende a nivel ambulatorio son aquellos psicóticos esquizofrénicos ya recuperados del colapso mental y que han sufrido la inmensa angustia psicótica. O bien son aquellos que nunca han tenido aún un colapso metal psicótico pero están estructurados como esquizofrénicos. Estos casos cuando asisten a nuestra consulta lucen tal como un neurótico, pero muestran en su conducta ciertos síntomas que llamamos mínimos, que nos hacen pensar en los fenómenos elementales descritos por Jacques Lacan propios de la estructura psicótica. Por eso es necesario en este texto mostrar las características del psicótico compensado en condición ambulatoria y mostrar las posibilidades de ayuda que nos deja abierto el dialogo psicoanalítico con este tipo de pacientes. Pero empecemos por el principio.

El diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial es necesario distinguir entre la clínica psicótica de la histeria y la clínica psicótica de la esquizofrenia. La histeria en su momento psicótico puede producir alucinaciones auditivas y visuales. Igualmente puede presentar pensamiento delirante franco. El cuadro de personalidad previa y el desencadenante del episodio psicótico, ayuda a establecer la diferencia entre una y otra clínica. Lo más difícil de diagnosticar en la clínica psicoanalítica es la presencia de una estructura psicótica esquizofrénica compensada. Es decir, previa a la crisis psicótica, estas personas se muestran estabilizadas y con una apariencia sintomática neurótica. Distinguir esta estructura psicótica disfrazada de neurosis, de una estructura neurótica verdadera, no es nada fácil. Solo se nos aclara la diferencia cuando conocemos los mecanismos psíquicos que corresponden con la estructura psicótica esquizofrénica.

²² El concepto de forclusión remite al concepto de lo no-inscrito. Es decir, no existió la introyección, ni la consecuente identificación, que permite la inscripción en la mente.

Forclusión del nombre del padre

Refiere a la no-inscripción del significante del nombre del padre en la muy temprana infancia. Es decir se forcluye su inscripción. Lacan decía que en la infancia, es la madre la que introduce al niño en la metáfora paterna. Para hacer esto la madre necesita tener inscrita ella misma una estructura triangular inscrita en su mente. Si la madre es dual narcisista en su estructura, ella no podrá ofrecer la metáfora paterna en la psique de su hijo. Esto no tiene nada que ver con la presencia encarnada del padre en el hogar. Este encuentro metafórico ocurre con o sin presencia del padre encarnado. Lo que va a permitir la inscripción del nombre del padre: es la estructura psíquica materna o quién haga las veces de substituta. En oportunidades el niño inscribe el <nombre del padre> gracias a la presencia de otra figura sustitutiva materna. Otras veces la mente del padre es dual narcisista y reemplaza a la madre en el lugar materno.

La afirmación: Bejahum

Mecanismo temprano descrito por Freud y retomado por Lacan, el cual refiere a la afirmación, que en alemán se denominó: Bejahum. **La primera afirmación:** Cuando el niño con su llanto encuentra al mundo y viceversa este llanto es transformado en mensaje por el otro. Esto ocurre cuando el niño es entendido y atendido en su necesidad primitiva y sobre todo afectiva. Esta acción del llanto es la primera afirmación, la primera Bejahum. En esta primera afirmación se inscribe el primer significante y se inaugura la vida psíquica del sujeto.

Posteriormente el niño pasa a **un segundo grupo** de afirmaciones, la llamada segunda Bejahum, que refiere a la oposición que desarrolla el niño pequeño. Se trata del <periodo del no> de los 20 meses, que en el fondo es un 'no' afirmativo. Es cuando el niño de 16 a 20 meses dice 'no' a todo. Esto ocurre cuando aparece en su mente la figura de otro y la capacidad de discriminación. Corresponde a un de discriminación sujeto-objeto. **Esta segunda afirmación** es muy importante porque rescata al niño y a la madre del atrapamiento dual materno. Con el 'no' se inaugura la discriminación del otro. Esta triangularidad solo es posible cuando quedó inscrito el significante del nombre del padre y el sujeto se inaugura así en la neurosis. Si esto no ocurre en su momento oportuno

de la constitución psíquica del sujeto, entonces no va a ser posible que se inscriba en un momento futuro. La estructura con su correspondiente forclusión estaría gravada a fuego y no se transforma en otra estructura. **El tercer grupo** de afirmaciones ocurre en la estructura neurótica cuando el sujeto ya en la adolescencia utiliza el pasaje al acto o el acting out para lograr afirmar la presencia de sus alegatos. Corresponde a los actos de rebeldía que son una tercera forma de lograr la importante afirmación del sujeto. El conocimiento se adquiere, no solo con la conciencia de la experiencia, sino también con el reconocimiento que el otro hace de esa misma experiencia.

Fenómenos elementales

Estos fenómenos elementales corresponden a la marca esquizofrénica. Es el fenómeno mínimo que caracteriza a la estructura psicótica esquizofrénica estabilizada. Son detectables en la entrevista. Son de difícil lectura y reconocimiento, ya que son casi imperceptibles y requieren de una habilidad clínica especial para detectarlos.

En lo personal he aislado seis tipos de fenómenos elementales:

- (a) El empuje a ser el otro sexo
- (b) La ausencia del shifter
- (c) El otro como la cosa en sí
- (d) La genitalidad sin sujeto
- (e) El mar de Goce
- (f) La ambigüedad en la escogencia de objeto sexual

- (a) El empuje al otro sexo

Jacques Lacan lo describió y dijo que era el empuje a la mujer [a ser mujer]. El sujeto constituido con una estructura psicótica esquizofrénica va a tener dificultades en establecer su identidad sexual. Sabemos que la identidad sexual humana es precoz ya que se adquiere temprano en la vida. Es aprendida por identificación al discurso de los padres que nominan al niño en su género sexual. El pequeño se sabe varón o hembra [identidad sexual adquirida] tiene convicción y certeza y es irrever-

sible después de cierta época. Esto ocurre entre los cuatro y los cinco años de edad. El sujeto psicótico esquizofrénico compensado o estabilizado, va a tener dificultades en esta certeza y presenta ambigüedad en su identidad sexual. A veces sujetos varones refieren que partes o aspectos de su cuerpo son de mujer y viceversa. No es un problema transexual. Conocen y aceptan su sexo, pero aseguran tener en su cuerpo aspectos del sexo opuesto. Esto es observable en la clínica del psicótico estabilizado que funciona con una envoltura neurótica.

Un analizando mío afirmaba que al caminar la parte posterior de su cuerpo, <que él no podía ver> era de mujer. Supe de otro analizando que al correr estaba convencido <que corría como una niña> es decir como una mujer y no podía evitarlo. Estos fenómenos tienen que ser cuidadosamente evaluados sin concluir apresuradamente, ya que la presencia en la clínica de uno u otro fenómeno elemental, puede llevar al analista al error de creer que está trabajando con una estructura psicótica cuando no es así.

(b) Ausencia de shifter

La idea del Shifter fue tomada por Lacan de una propuesta del lingüista ruso Roman Jakobson. Originalmente es una figura de la sintaxis gramatical. Lacan la toma libremente para referirse a una dificultad en la producción del discurso en el psicótico esquizofrénico. Yo la entiendo y la utilizo de la siguiente manera: Es una capacidad del yo de deslizar el significante, de hacer metonimia en el discurso, en la relación con el otro. La presencia del shifter, que en español significa 'embrague', va a permitir que el sujeto neurótico no-esquizofrénico pueda bromear, vacilar en el decir, zafarse del discurso del otro, e incluso pueda mentir. La ausencia del shifter, introduce una rigidez en el discurso con escasa o nula flexibilidad. Muestran una marcada dificultad de relacionarse con el otro. Dificultad de establecer un <lazo social>. Constituye lo que Lacan llamó un fenómeno elemental en la estructura psicótica.

Lacan decía que estas estructuras son incapaces de mentir. Lo cual dificulta la relación social al impedir la necesaria hipocresía social. Para mentir se necesita el shifter, es decir el deslizamiento del significante. Precisamente el neurótico se caracteriza por su capacidad de mentir. La rigidez de discurso debido a la ausencia de shifter no tiene nada que ver con la rigidez de las ideas obsesivas. Por eso ha sido llamada <la marca

esquizofrénica>. Muy difícil de detectar en la entrevista. Solo se detecta en la espontánea descripción de la relación con el otro, donde existe la tiranía o dominio del discurso del otro del inconsciente, escenificado en el vínculo social. Un analizando pasaba enormes dificultades para pedir una café marrón en medio de una abundante clientela del café donde solía asistir. Finalmente se indignaba y la pedida del café, en medio de tanta competencia, se convertía en un acto de violencia inapropiado.

(c) El otro como un amo

Esta dificultad tan especial con el deslizamiento del significante por la dificultad en el uso de la metonimia en el lenguaje, provoca una tiranía del otro, sobre el sujeto. El sujeto con una estructura psicótica se relaciona con el otro sin relativizar la relación social. Percibe al Otro como si fuera su amo. El sujeto queda atrapado en un discurso tiránico o también llamado por mí <discurso de dominio> que no es el <discurso del amo> que Lacan describiera en sus ya clásicos cuatro discursos²³. Muchas veces el <discurso de dominio> instala en la transferencia un vínculo tiránico donde el analista es percibido como inflexible y dominador. A veces provoca un impasse psicoanalítico.

(d) Genitalidad sin sujeto

La organización sexual del sujeto que tiene una estructura psicótica esquizofrénica: es precaria. Como ya vimos, la identidad sexual es deficiente y extraña. Existe como ya vimos el empuje a ser el sexo opuesto, en donde el sujeto cree tener partes físicas del otro sexo. La escogencia del objeto sexual también puede ser deficiente lo cual produce una cierta ambigüedad en el objeto sexual que excita. Las dificultades en la relación con el otro aparecen dentro del orden del lenguaje. Como ya he descrito dificulta la relación de amor que es generalmente unidireccional, platónica y autista.

Es importante aclarar que en esta estructura psicótica existe la capacidad para la entrega pulsional sexual con orgasmo. Sin embargo viven la experiencia sexual como un autómata. El partenaire, la pareja, refiere

²³ En el <Discurso del Amo> el sujeto aparece después que ha hablado. El sujeto que ya habló, aparece en su decir, como un amo. Es el <efecto> de su discurso lo que lo ubica como un Amo. En el <discurso de dominio> antes de hablar, el sujeto percibe al <otro social> como un amo, sin mediar el efecto del decir.

haber tenido una experiencia sexual rara, como tener sexo con un robot. A estos sujetos les es muy difícil mantener una relación de romance, precisamente por la ausencia del shifter y viven su vida sexual utilizando encuentros ocasionales con profesionales del sexo con las cuales tienen una sexualidad orgásmica de tipo robótica.

(e) El mar de goce

El Goce es concepto introducido por Lacan y refiere a <un monto de sufrimiento> en el sujeto. No tiene nada que ver con el masoquismo Freudiano. El sujeto al estructurarse en el lugar del otro y en una falta constitutiva no podrá evitar participar, durante toda su vida, de un cierto monto de sufrimiento o goce. Este goce tiene como fin mantener la estabilidad psíquica. Lacan lo llamó <Goce> [Jouissance] inspirado en el texto freudiano que plantea un 'Más allá del Principio del Placer'.

La estructura psicótica con todas sus insuficiencias constitutivas tiene un incremento enorme en el monto de goce necesario para mantener su homeostasis o equilibrio psíquico. Lacan lo denominó <el mar de Goce del psicótico>.

(f) Ambigüedad en la escogencia de objeto sexual

Este tipo de sujeto muestra serias dificultades en su capacidad de establecer un sentimiento de identidad sexual que tenga estabilidad y convicción. Igual dificultad va a encontrar con su escogencia de objeto sexual. Así pues en estos casos vamos a encontrar que no hay convicción, ni certeza en la identidad sexual, ni tampoco en la escogencia de objeto sexual. Es cierto que disfrutan del sexo, si se cumplen ciertas condiciones particulares para cada caso. Además disfrutan de una capacidad orgásmica. Sin embargo su funcionamiento sexual dependerá mucho de la demanda del otro. Sus sentimientos de ser hombre o mujer pueden variar según sea el pedido del otro. Sus actos homosexuales o heterosexuales también dependerán de la demanda del otro. Por lo tanto encontramos en la clínica actividad bisexual explicable por una ambigüedad en la escogencia del objeto de deseo sexual. Hasta aquí con los fenómenos elementales. Veamos ahora otros aspectos importantes:

La producción psicótica

Cuando el sujeto estructurado como psicótico pierde su estabilización, aparecen los síntomas propios de la psicosis esquizofrénica. Aparecen trastornos profundos en la sensopercepción con alucinaciones y trastornos en el pensamiento con la aparición del delirio esquizofrénico. Las alucinaciones representan un regreso desde Lo Real, de aquello que para el psicótico no es simbolizable. El delirio son síntomas curativos, síntomas de restitución, que tienen el propósito de aliviar la angustia de desintegración y de caos. Lacan decía que en ese episodio se habían soltado los tres órdenes de la proposición del RSI, es decir los tres anillos RSI del nudo Borromeo. El delirio intenta anudarlos de nuevo. Es decir el delirio como algo curativo es visto como una prótesis o suplencia imaginaria, que al actuar como un cuarto nudo, anuda de nuevo los tres órdenes [RSI] y le regresa un cierto funcionamiento mental al sujeto.

El fuera de discurso

El delirio es un lenguaje que se encuentra <fuera de discurso>. Un lenguaje donde la letra se puede tomar como cosa. En ese caso la angustia del fuera de discurso, se calma con la aparición de la metáfora delirante. El delirio que se caracteriza por su certeza y que representa un intento de restitución del <fuera de discurso>, trata de lograr una cierta estabilidad psíquica.

Los dos tipos de suplencia

La suplencia refiere a una fabricación psíquica [un constructo] que a veces luce como un síntoma y que pretende mantener unido los tres órdenes [RSI]. La suplencia en el imaginario son creencias fundamentalistas que sirven de grapa o cuarto nudo, entre el Imaginario y el Simbólico. Lo llamamos la prótesis imaginaria. La prótesis imaginaria <sujea la palabra al lenguaje>. Por otro lado, la construcción delirante con su correspondiente certeza que se encuentra ubicada entre el simbólico y el imaginario, va a funcionar como una suplencia y la llamamos <la metáfora delirante>. Los síntomas dentro del orden de la compulsión: bulimia, anorexia y drogas, pueden estar ejerciendo la función de suplencia. Por lo tanto es necesario tener cautela en el momento de trabajar analíticamente con estos pacientes que esconden una estructura

psicótica esquizofrénica. Si se libera del síntoma grapa, es decir se elimina la suplenia, se sueltan los tres órdenes y se puede desencadenar el cuadro clínico psicótico esquizofrénico.

Desencadenante de la crisis psicótica

A veces se hace difícil precisar el desencadenante de la crisis psicótica. La crisis de angustia de un psicótico estabilizado no representa un peligro de desestabilización para ese sujeto. En lo personal he encontrado dos factores desencadenantes de la crisis psicótica esquizofrénica:

- (a) Sensibilidad al rechazo
- (b) Imposibilidad de ocupar el lugar del padre

Lacan distinguía, la psicosis esquizofrénica, de la paranoia y hablaba de los episodios de paranoia desencadenados por sentimientos de culpabilidad. Freud prefería referirse a la paranoia como consecuencia de los deseos homosexuales reprimidos. Este cuadro clínico de la paranoia a veces denominada <paranoia lúcida> no-corresponde como ya dije con una estructura psicótica esquizofrénica. Además la paranoia lúcida tiene algo inscrito en el lugar del nombre del padre. En los casos que me ha tocado atender encuentro que la paranoia está relacionada y producida por el vínculo con una figura paterna amada pero que surge como un objeto asesino: 'el padre amado que me mata'.

- (a) Intolerancia al rechazo

El neurótico tiene una particular capacidad en tolerar la <frustración de su deseo> y el <rechazo del otro>. En cambio el psicótico tiene la particular dificultad de no poder tolerar ninguna forma de rechazo proveniente del otro social. El psicótico va a equiparar al otro de su inconsciente, con el otro social. La presencia del rechazo hace que el otro social fálico, lo deja en la nada. El rechazo puede ser directo o indirecto, explícito o implícito. El sujeto psicótico tiene una particular sensibilidad para detectar la aceptación o el rechazo. La angustia de estar en la nada puede producir el desencadenamiento de un episodio psicótico esquizofrénico.

(b) Ocupar el lugar simbólico del padre

El neurótico anhela poder ocupar simbólicamente el lugar del padre. Anhela su recién adquirido falo simbólico. Su temor será siempre de perderlo. El sujeto psicótico esquizofrénico, compensado y estabilizado, cuando ocupa en el lugar fálico simbólico [lugar de autoridad social] el cual es el lugar del padre, se le hace intolerable. Por estar forcluído [no inscrito] ese lugar en su mente el sujeto psicótico no puede funcionar en ese lugar. La angustia es tan grande que desarma cualquier suplencia imaginaria que tenía instalada antes de la crisis psicótica. Recordemos que el Presidente Schreber inicia su episodio psicótico esquizofrénico, cuando es ascendido a la Presidencia de la corte de Justicia de Dresden, es decir cuando asciende al lugar del padre.

Sentido de la cura

Sabemos que la estructura psíquica inconsciente del sujeto, no cambia de una estructura a otra. No es posible pensar, que una estructura neurótica, cambie a ser una estructura perversa o a una estructura psicótica esquizofrénica y viceversa. El 'sentido de la cura' en el análisis está en lograr que el <sujeto se realice a sí mismo dentro de su propia estructura>. Wilfred Bion decía que el objetivo del análisis es <ser lo que se es>. Lacan decía: <actuar en conformidad con el deseo>. Lo cual es lo mismo. En el sujeto con una estructura psicótica, no puede escapar de ser lo que es. Puede aspirar a la compensación, a la estabilización, a funcionar con un ropaje neurótico. Llegar a ser, un ser que funciona socialmente, algo excéntrico o raro, pero funcional.

Por lo tanto el sentido de la cura está en ayudar al sujeto a restituir una prótesis imaginaria, y por esta vía de la suplencia llegar a una nueva estabilización. La estrategia del analista es especial en estos casos, en los cuales se supone, tienen una estructura psicótica estabilizada. En estos casos es necesario interpretar la transferencia muy poco o nada. Si se hacen interpretaciones el analizando estabilizado se pueden sentir acusado, o algo peor: rechazado.

Es preferible estar muy atento a las necesidades de reconfirmación de sus actos de afirmación que lo mantienen estabilizados. El analista puede hacer intervenciones que reordenan y en cierta forma repiten lo que el analizando ha tratado de decir. Por ejemplo: <Ud. me dice que está

muy disgustado con su madre> que en cierta forma es lo mismo que el paciente acaba de decir. Esta estrategia afirma su decir al provenir de la voz del otro y contribuye a su estabilización.

Capítulo 11

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Segunda parte

La paranoia: Dejando a un lado la psicopatología y clínica psiquiátrica²⁴ y conservando solo el entendimiento que nos ofrece la psicopatología y clínica psicoanalítica podemos entonces preguntarnos lo siguiente: ¿Qué es la paranoia? Es usual considerar la paranoia como una forma particular y extraña de pensamiento que refiere a la presencia de ideas de auto-referencia y de persecución. Es necesario aclarar que el pensamiento delirante paranoico se define como una <idea falsa, que tiene certeza>. Es decir, la persona está convencida de la autenticidad y veracidad de sus ideas, que aún siendo falsas, las considera verdaderas. Estos dos últimos aspectos que parecen sencillos y claros, nos abren a un problema difícil y complejo. Por la siguiente razón. Ocurre que es posible preguntarse: ¿Quién define lo que es falso? ¿Quién define lo que es cierto? y sobretodo ¿Quién define y establece lo que es la realidad?

La respuesta más sensata es la siguiente: La realidad la define el común de las creencias sociales. Esto significa que lo que la mayoría cree, se convierte en la realidad que nos rodea. Es decir se convierte en la realidad oficial. Ahora bien, según sea la naturaleza de la comunidad a la cual se interroga sobre las creencias que comparten, entonces según la respuesta que den, esa será la realidad para esa gente. Por lo tanto la realidad no-és algo de naturaleza universal. La realidad es subjetiva y

²⁴ El uso del término psiquiátrico paranoia aparece por primera vez en su sentido específico psicopatológico en 1863 cuando es usado por el muy respetado psiquiatra alemán Karl Ludwig Kahlbaum. La paranoia fue definida por él como 'una forma de locura que se desarrolla en el ámbito de la razón'. Años después en 1899 el gran psiquiatra alemán de la nosografía, el igualmente célebre Emil Kraepelin, publicó en su libro sobre La paranoia, la semiología de diversos casos de psicosis paranoica. La obra ha perdido vigencia porque allí se refiere solamente a los delirios de persecución psicóticos. El concepto de paranoia propuesto por Kraepelin en su tratado de 1899 se apoya en los siguientes argumentos: es una psicosis de origen endógeno, crónica, no modificable, por lo mismo grave, que evoluciona hacia la demencia. En Francia se destaca el libro que escribieron en 1909 los celebres psiquiatras franceses Paul Sérieux y Joseph Capgras titulado <Las locuras rasonantes y el delirio de interpretación> que complementan el estudio semiológico y psicopatológico psiquiátrico de la paranoia, especialmente de tipo psicóticas.

depende de la persona o grupo de personas que la define²⁵. Tremendo problema. Porque el concepto del pensamiento paranoico queda reducido a una subjetividad. Alguien cree en algo con certeza, y para algunos ese pensamiento será paranoico, y para otros no. Todo depende de que la idea en cuestión sea considerada: cierta o falsa. Como vemos todo depende de la subjetividad del que juzga.

En el ejercicio de la Psiquiatría, el juez de la realidad, se ubica en el mejor saber y entender del Psiquiatra. Al entrevistado se le aplica el criterio de realidad del cual dispone en su mente: el Psiquiatra, según haya sido su propia experiencia de vida. El entrevistado, será o no será definido, como paranoico según sea el criterio arbitrario del entrevistador. Tremendo problema. En el ejercicio del Psicoanálisis encontramos que no es necesario, ni es de utilidad poner ningún nombre especial a estos tipos de pensamiento del analizando. Mucho más nos interesa comprender la naturaleza de la relación de objeto, la naturaleza de la angustia, que pudiera estar presente en la entrevista y la naturaleza de la ubicación del falo, en la cual el sujeto es colocado por su historia de infancia. Nos interesa comprender las razones de por qué piensa lo que piensa. Sin calificarlo. Es decir en nuestro trabajo no nos guiamos por los síntomas que empujan a un diagnóstico, sino por los mecanismos mentales presentes en ese momento. Se trata de entender: lo que ocurre en la mente de la persona y de entender la relación que los acontecimientos presentes puedan tener con su historia de infancia. En USA dos personas se destacan por su trabajo en relación a la paranoia: El analista W.W. Meissner²⁶ de Boston con su libro sobre El proceso paranoico y el psiquiatra de orientación analítica Adolf Meyer²⁷ de Baltimore

²⁵ Es importante establecer la diferencia que existe entre el concepto de Realidad y el concepto de Lo Real. Lo Real refiere a uno de los tres órdenes definidos por Jacques Lacan: 'Real, simbólico e Imaginario'. Lo Real es todo aquello que no está atravesado por el significante. Es decir todo aquello del cual el sujeto no-tiene consciencia. Al estar atravesado por el significante y adquirir consciencia, de cualquier asunto, en ese momento, deja de ser Lo Real y pasa a ser la realidad, de ese sujeto en particular.

²⁶ El proceso paranoico [The Paranoid Process] de W. W. Meissner. New York. Jason Aronson editor, 1981.

²⁷ Adolf Meyer fue uno de los pioneros de la introducción del psicoanálisis en los Estados Unidos. Hijo de un pastor, pasó a ser el fundador de la escuela norteamericana de psiquiatría dinámica. Había nacido en Suiza, cerca de

con su trabajo sobre 'Funciones emocionales e intelectuales en la paranoia'. Es importante señalar que Jacques Lacan afirmaba en 1952 que el modelo básico de pensamiento y del conocimiento en el hombre, es de tipo paranoico. Lacan decía: Todo forma de pensamiento es paranoico en su esencia.²⁸

En la práctica del psicoanálisis con personas que padecen de un sufrimiento originado en esta particular forma de pensar encontramos que al menos se pueden diferenciar: tres tipos diferentes de pensamiento paranoico. En cada uno de estos tres tipos vamos a encontrar distintos mecanismos mentales que están en pleno funcionamiento en cada uno de estos sujetos. Así encontramos que en algunos la mente se encuentra organizada de forma más primitiva. Me refiero a que en el segundo y tercer tipo aparece un predominio de funcionamiento narcisista. Veamos ahora los tres tipos de funcionamiento mental que me he permitido proponer aquí.

Primero: Los pensamientos paranoicos no-organizados. Este tipo de pensamiento aparece de forma diaria, ordinaria. No producen sufrimiento. No muestran tener un razonamiento de persecución definido, ni or-

Zúrich. Inició sus estudios de psiquiatría en la 'Clínica del Burghölzli' con el célebre Auguste Forel. Después de una estada en Londres y después en París, donde asistió a las clases de Jean Martin Charcot, emigró a los Estados Unidos en 1893. Enseñó en la Clark University de Worcester, a la que Sigmund Freud sería invitado en 1909 por Stanley Hall. Fue también jefe de clínica en el Worcester Psychiatric Hospital, donde James Jackson Putnam y William James, constataron que él estudiaba cada caso, como un todo. Seguía la tradición de la escuela de Zúrich que diera origen a esa nueva 'psiquiatría dinámica' de la que Sigmund Freud y Eugene Bleuler fueron también artífices. Adolf Meyer consideraba que la enfermedad mental se debía a una reacción [una respuesta] a un ambiente patógeno y al mismo tiempo a una estructura, donde se mezclaban la organogénesis y la psicogénesis. Entre 1902 y 1910 dirigió el New York State Psychiatric Institute. Allí introdujo los test asociativos de Carl Gustav Jung y la técnica del psicoanálisis en el tratamiento de la demencia precoz [esquizofrenia]. Ese instituto se convirtió entonces en uno de los centros más importantes para la discusión de las ideas freudianas en los Estados Unidos. Fueron muchos los psiquiatras, entre los alumnos de Meyer, que emprendieron más tarde, la vía del psicoanálisis. En 1913 continuó su enseñanza en Baltimore, en la Johns Hopkins University, otro lugar en el que sus alumnos de psiquiatría se orientaron hacia el freudismo.

²⁸ Jon Mills [2003]: 'Lacan on Paranoiac Knowledge' [Sobre el conocimiento paranoico]. *Psychoanalytic Psychology*, 2003 vol:20

ganizado, ni sistematizado. Refiere a los moderados pensamientos paranoicos que todos nosotros tenemos, casi todos los días. Refiere a los pensamientos de desconfianza y las sospechas que ocurren cotidianamente.²⁹

Segundo: Los pensamientos paranoicos organizados. Estos pensamientos son capaces de producir angustia y sufrimiento al sujeto. Estos pensamientos están más organizados y sistematizados. Estos pensamientos muestran disponer de explicaciones que a veces pueden ser encontradas razonables. Aquí encontramos: los celos organizados, la hipocondría, los denunciadores crónicos llamados querulantes, la megalomanía o ideas de grandiosidad, las creencias extravagantes religiosas mágicas y ciertos tipos de personalidad que sospechan y desconfían de todos. Considero que es necesario incluir aquí la locura pasional llamada también erotomanía y que fuera descrita brillantemente por Gaëtan de Clérambault.³⁰

Por mi parte considero que la erotomanía es una forma de paranoia lúcida. Esta y otras formas de paranoia lúcida [no psicótica] muestran las ideas paranoicas bien organizadas, con certeza y sufrimiento. Pero estos sujetos no pierden en lo cotidiano, la buena relación con la realidad. Estos paranoicos lúcidos son personas capaces de mantener la cotidianidad, sin llamar la atención de los demás. Estas personas pueden seguir trabajando y viviendo, muestran una adaptación aceptable a las costumbres sociales del entorno. Suelen guardar sus pensamientos paranoicos en privado. A veces, su vida transcurre en este estado de paranoia lúcida sin nunca buscar, ni sentir que necesitan ningún tipo de ayuda.

²⁹ Freud dice en su trabajo de 1921 titulado: 'Celos, paranoia y homosexualidad' que un cierto tipo de pensamientos paranoicos son normales. Aquí incluye cierto tipo benigno de celos, que pueden ser aceptables socialmente.

³⁰ **La Erotomanía** es un trastorno mental delirante inusual, en el que una persona mantiene la creencia falsa con certeza de que otra persona, generalmente de un estatus social superior, está enamorada de ella o de él. La erotomanía es también conocida como el **Síndrome de Clérambault** ya que fué el psiquiatra francés Gaëtan de Clérambault [1872-1934] quien publicara en 1921 un extenso informe acerca de lo que él llamó <Las Psicosis pasionales>. Clérambault fue el único maestro que Jacques Lacan reconoció haber tenido en sus años de formación psiquiátrica.

Tercero: Los pensamientos paranoicos psicóticos. Son sujetos con evidente pérdida de la realidad y con pérdida de la buena relación con su entorno. Ocurre cuando las ideas paranoicas delirantes son compartidas, mostradas y luego consideradas absurdas por las personas que lo rodean. Además presentan o provocan conductas disruptivas y violentas: en la familia, el trabajo o en la comunidad. A veces las ideas paranoicas van acompañadas de trastornos de la percepción, con alucinaciones auditivas o visuales, además de angustia desorganizadora intensa. Aquí encontramos los llamados 'estados psicóticos'. Algunos son transitorios, desencadenados por un estado tóxico, ya sea de alcohol o drogas. Otros presentan síntomas que hacen pensar en un 'episodio esquizofrénico'.

¿Qué podemos decir del origen de la paranoia?

Esta ha sido siempre una pregunta obligatoria y muy difícil de contestar. A finales del siglo 19 y en los comienzos del siglo 20 solo existían las hipótesis de los distintos psiquiatras europeos, quienes como Emil Kraepelin en Alemania proponían una etiología endógena, lo cual no significa nada. Solo que viene de adentro. Las diversas propuestas existentes para esa época las encuentro ambiguas e imprecisas. Por ejemplo: (a) La paranoia trata de un trastorno en la actividad de la consciencia. (b) La paranoia es algo de origen intelectual o de origen afectivo pasional. (c) La paranoia tiene un origen por excesiva sensibilidad de los órganos de los sentidos. (d) En otros casos se sugería un desarrollo patológico de la personalidad sin precisar a cual desarrollo se refiere. (e) Otros la explicaban como algo reactivo a vivencias traumáticas ya que la paranoia ocasionalmente aparecía en personas perseguidas o fugitivas. En 1920 el distinguido psiquiatra francés Gaitan de Clérambault propone la tesis de la paranoia producida por un 'automatismo mental'. Decía que este automatismo aparece en una psicosis previa. Esta psicosis previa es lo que luego lleva a la construcción secundaria de un delirio paranoico. Otros apoyaban la tesis de una 'tara hereditaria' refiriéndose a algo transmitido por la genes, es decir un mensaje genético que pasa de padres a hijos. Hoy en día los neuropsiquiatras actuales sugieren la idea de una cierta alteración del equilibrio de los neurotransmisores en el tejido cerebral, ya que según ellos, estos son causantes de las diversas alteraciones del buen funcionamiento mental.

Por su lado, el psicoanálisis tiene propuestas muy elaboradas y con argumentos clínicos sólidos. Estas propuestas se inician con la hipótesis que Sigmund Freud presenta en 1896 en su trabajo sobre las <Neuropsicosis de defensa> el cuál trata de una mujer quien había dado a luz un hijo y quien después del parto desarrolla pensamientos paranoicos

Luego en 1911 y 1915 Freud presenta su hipótesis más elaborada sobre la génesis de la paranoia y la presenta como algo que surge como consecuencia de los deseos homosexuales reprimidos. Posteriormente en 1921 escribe un corto trabajo sobre los celos, la paranoia y su relación con la homosexualidad reprimida que complementa su misma teoría.

A lo largo de estos 100 años de evolución progresiva e ininterrumpida de la teoría y de la técnica psicoanalítica, han aparecido otras nuevas hipótesis psicoanalíticas que intentan complementar la hipótesis teórica sobre la génesis del pensamiento paranoico. Posterior a la propuesta Freudiana, considero relevantes e importantes solo dos de ellas. Una propuesta hecha por Melanie Klein aparecida en un trabajo de 1929 y luego en su libro de 1932 y otra presentada por Jacques Lacan en su tesis de grado del mismo año de 1932.

Un caso clínico y otros casos más

Se trata de un analizando masculino de 47 años de edad que me consulta hace más de tres años por ideas paranoicas. Estas ideas presentaban una ansiedad suficientemente intensa como para desorganizar su vida. Estas ideas disruptivas habían aparecido con más intensidad cuatro meses antes de iniciar el análisis conmigo. Se ha casado tres veces en su vida y en cada uno de estos matrimonios ha procreado hijos. Lleva catorce años en un tercer matrimonio muy satisfactorio. Actualmente ejerce libremente y con mucho éxito su profesión. Su eficacia laboral se mantiene estable y productiva, aun sufriendo de estas ideas de naturaleza paranoica.

Información preliminar

Además de la angustia, presenta temor a sufrir un colapso mental. Esto último es algo que lo preocupa mucho, ya que tiene historia de una experiencia similar, que lo llevó a una hospitalización psiquiátrica desagradable hace diecinueve años. Ha tenido dos experiencias psicoanalí-

ticas exitosas previas, ambas con analistas varones muy competentes. Estos analistas eran de otra escuela de pensamiento psicoanalítico, diferente a la mía.

Dos años antes de llamarme a pedir una cita había suspendido su anterior análisis el cual había durado 15 años. Este análisis que había sido muy satisfactorio lo interrumpe cuando su analista se va del país. Llevó de manera tranquila la experiencia de la terminación y la despedida de su analista. Hoy en día siente mucha ansiedad por su recién iniciada relación amorosa clandestina con una nueva mujer. Esa ansiedad paranoica de relativa intensidad, además del temor a las posibles consecuencias catastróficas de esta nueva relación amorosa, es el motivo de la consulta actual.

Desde hace veinte y cinco años tiene una oficina exitosa de servicios muy especializados la cual comparte con un único socio. Este socio, más experimentado, es bastante mayor que él. Allí trabaja como contratada, una calificada profesional joven, que según dice él, es muy atractiva y muy capaz. Esta joven mujer es el nuevo objeto de un amor pasional mutuo.

Su madre ya anciana está viva y su padre falleció a los dos meses de iniciado el análisis conmigo. De su madre dice que a veces se condujo como una madre ausente. Sin embargo también dice que es un ser maravilloso, siempre fue una mujer elegante e inteligente. A veces dulce. Dice que esta madre tuvo sus periodos de ausencia durante su vida de infancia.

De su padre dice, que su vida fué todo un desastre. Pasó de ganadero exitoso, a diplomático mediocre y fracasado. De hombre muy rico, pasó a un ser empresario empobrecido, tramposo y hasta delincuente. Dice que su padre tuvo cinco esposas. Y lo más importante es que varias veces su padre le deseó la muerte. Años después su padre lo maldijo. Este hecho de la maldición ocurrió a sus 26 años de edad y fue provocado cuando el analizando se negó a ser cómplice de un fraude que su padre intentaba hacer sobre una de las ex-esposas de su padre, al intentar privarla de sus bienes legítimos. En su anterior análisis tenía la sugerencia clara de parte de su analista de apartarse de él. Cosa que cumplió y lo cual expresa con mucho alivio.

Algo más de su historia de infancia

A los siete años de edad sus padres se divorcian, sintió en esa época que él fue abandonado por el padre. Cosa que le dolió muchísimo. Al cumplir los veintiún años de edad, ya egresado de la universidad, trabajando y produciendo dinero, se casa por primera vez con el amor de su juventud. Con esta primera esposa, tiene su primera hija, quien hoy en día no lo trata. Esta primera esposa lo deja por las repetidas infidelidades de él. Desde entonces ella es una enemiga empedernida. El me aclara que siempre ha sido polígamo. El siente que no puede ser de otra manera. No le es posible ser monógamo. Definitivamente eso es algo imposible para él. Siempre tiene entre tres o cuatro mujeres que él describe como sus novias, además de su esposa. A todas ellas, él las ama, y todas están contentas con él. Solo, que alguna en especial, es el objeto de su pasión.

Su segundo matrimonio muy amoroso dejó dos hijos, un varón y una hembra que el adora y a los cuales dedica bastante tiempo. Este segundo matrimonio termina por el mismo motivo: La infidelidad, que no es aceptada por la segunda esposa. La cual también queda muy resentida con él. Esta es la separación que coincide con su colapso mental y necesaria internación psiquiátrica que mencioné al comienzo del historial. Al recuperarse de su colapso mental y terminada la separación de su segundo matrimonio pasa a vivir con una de las novias de forma provisional. Ella insistía mucho en vivir con él. Con ella, ambos han disfrutado de una espléndida relación sexual multiorgásmica. Ella, la que será su tercera esposa, tiene un carácter muy apacible y tolerante. No padece de celos, ni reclama sus horarios. Ella es, por su cuenta, una profesional muy exitosa. Con ella tiene tres hijos menores a quienes adora por encima de todas las cosas. Estos hijos le ofrecen cuando él los abraza: refugio y seguridad. Estos hijos menores le ofrecen un alivio a sus permanentes angustias.

Según ha sido el pedido de su actual objeto de pasión, ha dejado o ha terminado con dos novias, para poder ofrecerle la exclusiva, que tanto desea ella. Con esta atractiva mujer a tiene unas relaciones eróticas orgásmicas apasionadas y múltiples. Todo esto ocurre además de la presencia de su tercera esposa a la que ama y de la que no desea separarse y con quien también disfruta el sexo orgásmico intensamente.

El día que su padre muere y debemos recordar que él estaba muy distanciado de él, mi analizando ya está en análisis conmigo. Su muerte le presenta a él, un nuevo problema. Él, es el mayor de todos los hijos, de todos los matrimonios de su padre. Todos en la gran familia esperan que el ejerza el liderazgo en el proceso funerario. En resumen: el aceptó la responsabilidad económica de ese liderazgo familiar y se encargó de todos los gastos funerarios. Esto ocurre de manera natural, sin aparecer ningún problema. Asistió a todo el proceso de velorio y enterramiento. Sin embargo, puedo decir que la muerte de su padre desató en él ciertas ideas paranoicas agudas, que causaron su preocupación y la mía. Por ejemplo, durante el velorio se fue la luz de la funeraria. El entendió que esa era una señal que desde el más allá le enviaba el padre. Otra cosa, el ticket del estacionamiento de su carro en la funeraria, resultó llevar un número inscrito. Ese número era el 666. El interpreta que este número, también es un mensaje definitivo de advertencia, quizás de algún peligro o castigo que según Abelardo, el padre le envía desde el más allá.

Durante todo este proceso funerario él continúa normalmente con sus sesiones. En esta sesión en que está hablando de todo esto, yo observo, que él mantiene un cierto criterio de realidad, al preguntarme: ¿qué opino yo de esos fenómenos paranormales? Yo preferí dar una respuesta clara y directa, con la idea de reforzar el criterio de realidad. Entendí que ese no era momento para ambigüedades. Le dije que para mí ambas cosas eran asunto del azar. La falla de la luz eléctrica es algo común en la Venezuela de hoy en día y el número del ticket del estacionamiento, definitivamente es un asunto del azar. Le afirmo que para mí, todo esto, no tiene ninguna significación especial de tipo paranormal, ni son mensajes del más allá.

Se calma con mi opinión y días después me narra que su padrino con quien habló en los ritos funerarios, había opinado igual que yo. Lo cual le agradó mucho y dijo que había hecho un esfuerzo por dejar de pensar en esos asuntos paranormales. En la sesión siguiente insiste en que ha dejado de pensar en esa teoría de los mensajes que su padre le envía desde el otro mundo, desde el más allá.

Le digo que este asunto de la muerte de su padre y los reclamos que su padre pudiera tener para con él, están matizados por sentimientos contradictorios. Por un lado su sufrimiento por el abandono temprano que

él sintió. Por otro lado, un cierto amor que siente por su padre. Que estos sentimientos de amor y odio se le enredan. Opino que esta contradicción da origen a sentimientos de culpa. Esta culpa le hace pensar en mensajes de peligro o castigo provenientes del más allá, que yo entiendo como pensamientos paranoicos.

Después de un corto momento de silencio en una sesión, le dije que en relación a su vida sexual yo encontraba un asunto misterioso. Le digo: 'Está claro que su vida sexual de poligamia le produce alivio de algún tipo de malestar. Yo diría que la poligamia suya, es una forma de curación de algo. Y me gustaría preguntarle: ¿De qué lo alivia esta poligamia?

El responde bastante rápidamente: 'Del abandono en mi infancia' ¿De cuál abandono? Le pregunto yo. 'Del abandono paterno. A pesar de todo, mi madre siempre estuve presente: Yo para ella y ella para mí'.

Entonces le pregunto: ¿Su padre era polígamo? Me responde que sí. Y agrega, 'Yo lo vi varias veces en mi vida con otras mujeres. Cuando tenía cuatro años nos mudamos a una casa nueva y allí nos visitaba una mujer, con tres niños pequeños, que no eran hijos de mi padre. Pero tanto mi madre, como yo, sabíamos, que ella era, la otra mujer de mi padre.

...'A los siete años, ya de regreso en Caracas, comenzamos a vivir en la casa de mi abuelo materno: un hombre cariñoso, comprensivo y muy proveedor. Una tarde, me dijo mi tía: 'que mis padres se habían divorciado'. Yo no podía comprenderlo. Desde entonces, no vi más a mi padre, hasta que cumplí los catorce años. El me iba a buscar para sacarme a algún sitio. Yo corría y me escondía en el jardín.

Yo le dije que esta parte de su historia me muestra una paradoja. Por un lado, el padre que se divorcia, un padre que abandona a la esposa y al hijo. Pero por otro lado, es el hijo que al esconderse y rehusar la presencia del padre, es él quien abandona al padre. Es decir, el padre abandona al hijo y el hijo abandona al padre.

Se queda pensativo. Y dice: ...'La presencia de mi padre siempre fue peligrosa para mí. Desde muy niño y luego ya de grande, me resultaba peligroso, hasta me maldijo y me deseó la muerte. En una oportunidad,

aún sin graduarme, el estaba en el extranjero y me pidió ayuda profesional a distancia. El estaba muy lejos y deseaba hacer una transacción comercial. Me da un poder legal para pagar la deuda hipotecaria de un inmueble. Me pide que ese inmueble, luego de pagar la deuda, pase a mi nombre [yo como testaferro] y luego a posteriori, yo se lo devolvería a él, poniendo el inmueble a su nombre. Resultó que al hablar con la inquilina del inmueble, quien resultó ser, la tercera esposa de mi padre, él quería dejarla en la calle. No acepté dejarla en la calle. Pagué la hipoteca del inmueble y se lo pasé a ella, como propietaria. Mi padre se enfureció, me maldijo y además deseó mi muerte'...

Entonces yo le digo: 'Evadir las invitaciones de su padre hasta los catorce años parece que tenía un motivo: le daba temor y miedo de estar a solas con él. Por algún motivo, usted percibía a su padre como un ser peligroso'.

...'El siempre fue peligroso para mí. El día en que yo sufrí la gran depresión, hace diecinueve años, el famoso colapso mental, que ocurrió con el segundo divorcio mío, él dejó su revólver en la guatera de mi carro. El nunca se separaba de su revólver. Sin embargo lo puso allí. ¿Sería para que yo lo usara? ¿En mi suicidio? ¿Quién sabe? Eso me asustó muchísimo. Llamé a su hijo del tercer matrimonio, un hombre ya mayor, y le entregué el revólver. Fui hospitalizado y no quise saber más de ellos.

Tres observaciones adicionales

1. La transferencia actual transcurre en términos positivos. Entiendo que esta transferencia está basada en la relación que en su infancia mantuvo con el padre amoroso y amado. No con el padre odiado. Observo que Abelardo tiene mucho respeto por mi manera de pensar que se basa en la lógica. Algo diferente de sus dos analistas anteriores, quienes utilizaban para interpretar recursos ilustrativos de arquetipos con un pensamiento intuitivo, basado en imágenes. A veces recurrían a ilustraciones con mitos griegos. Su último analista era un hombre muy cuidadoso de su encuadre. Esa metodología de trabajo le resultó muy útil a Abelardo. Le ayudó a comprender mucho de su vida interior. Yo no encontré necesario interpretar los elementos transferenciales positivos para conmigo. Estoy convencido, de que proceder de la manera en que lo he hecho, ha sido lo mejor. Siempre estoy en guardia, de evitar la banalización de ese recurso tan valioso que es la interpretación de la

transferencia. Cuando el trauma temprano pre-verbal hace presencia en la transferencia, entonces, es cuando la interpretación de esa situación de infancia, revivida y revelada en la transferencia, es muy valiosa. A veces resulta ser una revelación salvadora para el futuro del analizando. Por eso es preferible ser cuidadoso en el uso de la interpretación de la transferencia. Y sobre todo no banalizarla.

2. Es necesario informar tres cosas: Primero, el material clínico que he presentado aquí corresponde con la primera mitad del análisis. Narrar con detalle los tres años y medio que lleva este análisis, resultaría en un texto muy voluminoso, lo cual no es el propósito. Segundo, mí analizando ha recibido una copia de este trabajo para su información y autorización. Tercero, deseo mostrar a ustedes una hipótesis personal de la génesis y formación del pensamiento paranoico. Esta hipótesis la voy a mostrar, después de haberles presentado, el resumen de las hipótesis psicoanalíticas previas presentadas por otros analistas.³¹

Sobre la muerte sacrificial

En una sesión me habla sobre las ideas paranoicas de tantos años y habla sobre la idea del sacrificio. El está convencido de que su padre, varias veces en la vida, le deseó su muerte. El amor y el odio que su padre podría haber sentido por él, se mezclan a lo largo de su vida. También está convencido de que él, amaba a su padre y a su madre. Vuelve sobre la idea del sacrificio. No se trata de una idea suicida. Se trata de morir por un ideal. Piensa que en una época, él hubiera podido estar dispuesto a morir por ayudar a su padre. Esto nos llevó a una exploración de dos ideas. Por una parte, los orígenes de la idea paranoica y por otra parte los orígenes de la idea del sacrificio. De sus sesiones me quedaron varias interrogantes que ciertamente están relacionadas con estos dos problemas teóricos. A continuación voy a narrar las ideas y propuestas que a lo largo de los días surgieron en mí, como consecuencia de esas sesiones.

³¹ Las ideas de Freud sobre la paranoia tienen más de 100 años de haber sido presentadas. Las de Melanie Klein sobre los mecanismos paranoicos tienen 75 años que fueron publicadas. Y las ideas de Jacques Lacan sobre el origen del pensamiento paranoico tienen 50 años de haber sido ampliamente discutidas en Paris. Estas tres proposiciones mencionadas se complementan una a otra. No son excluyentes. Al contrario se clarifican mutuamente.

Primero: las ideas teóricas sobre el objeto paranoico

Esta parte es bastante sencilla ya que son ideas descritas y muy conocidas en la teoría psicoanalítica desde hace muchos años. Primero es necesario presentar las ideas que Freud tenía a finales del siglo 19. En su trabajo de 1896, titulado 'Nuevas observaciones sobre las Neuropsicosis de defensa', Freud analiza el caso de una joven madre que desarrolló síntomas paranoides en el postparto. Allí destaca el aspecto defensivo de los síntomas y a la represión de recuerdos dolorosos infantiles. Aquí la carga de una idea intolerable y angustiada se alivia a través de utilizar el mecanismo de proyección. La culpa derivada de las experiencias sexuales infantiles se devuelve en forma de acusaciones que se presentan como alucinaciones auditivas. Así encontramos una paciente que se ha protegido con auto-reproches alucinatorios. En los estados obsesivos Freud observa que las ideas de auto-reproche son reprimidas y sustituidas por el control. Pero en la paranoia, el auto-reproche se reprime y se proyecta dando origen a una desconfianza paranoica hacia los otros. El retorno de lo reprimido se presenta en forma de ideas paranoicas y alucinaciones. Sin embargo las peticiones de aceptación que hace el ego y la necesidad de conservar la defensa, exigen que el ego se adapte a estas ideas, de modo que los delirios interpretativos [paranoicos] aparecen como una alteración del ego y como una etapa secundaria de la defensa.

Al comenzar el siglo 20 y después de un importante desarrollo de la teoría analítica, se hace necesario y obligatorio, presentar las contribuciones más organizadas que sobre la paranoia hiciera Freud. Aquí es necesario presentar el célebre trabajo que Freud dedicara en 1911, a la obra escrita en 1903, por Daniel Paul Schreber. Esta obra de Schreber fue titulada en español: 'Memorias de un neurópata'.³² En este docu-

³² El libro titulado 'Memorias de un neurópata' escrito por Daniel Paul Schreber, fue publicado originalmente en alemán en 1903 y luego en 1978 publicada en español por ediciones Petrel en Buenos Aires. La traducción fue hecha directamente del alemán. Schreber en el prefacio dice lo siguiente: 'Cuando comencé este trabajo no tenía intención de publicarlo. Tuve presente las exigencias que parecían ser un obstáculo para su publicación, sobre todo la de no ofender a ciertas personas, aún con vida. Pero estoy plenamente convencido, que tanto para la ciencia, como para las verdades religiosas, sería útil, que mientras yo viva, las autoridades competentes, pueden venir y hacer las verificaciones necesarias en mi propio cuerpo y comprobar las vicisitudes que he sufrido. Tal petición debe prevalecer por encima de todo escrúpulo personal'...

mento, escrito en el Sanatorio Mental de Dresden [Alemania] por el Presidente de la Corte de Justicia [Daniel Paul Schreber] se describe con mucho detalle el delirio paranoico psicótico que el Presidente Schreber padece en esos años. El historial de Schreber muestra a plenitud todos los fascinantes detalles de su transformación en mujer. Nos muestra su capacidad de convertirse en la mujer de Dios y cómo a través de los rayos provenientes del sol va a quedar embarazada y va a dar origen a sus hijos, que son los hijos de Dios. Estos hijos divinos darían inicio al nuevo hombre que habría de poblar y salvar el mundo.

Schreber pensaba que su querido psiquiatra medico Paul Flechsig³³ había cometido el asesinato de su alma. De ser su querido doctor, pasó a ser su terrible perseguidor [transferencia psicótica]. El asesinato de su alma lo transformaba en una mujer. Esta transformación fue interpretada por Freud como una posición pasiva homosexual reprimida. En lo personal debo argumentar que transformarse en mujer refiere a un asunto de identidad de género que a veces puede ir o no ir, acompañada del deseo sexual por un sujeto que porta su mismo sexo. En el caso de Schreber la mujer de Dios se une a una figura masculina: Dios. Es decir, una unión heterosexual [Schreber como mujer y Dios como hombre] En otros casos el hombre transformado en mujer, se une a otra mujer, dando lugar a un vínculo homosexual. Digo esto, para dejar abierto un debate sobre este punto, el cual considero muy importante en la génesis de la paranoia. Creo que existe una diferencia sutil entre el deseo de un cambio de sexo y la naturaleza del objeto del deseo.

Esto se complica, porque el niño pequeño pre-verbal tiene una disposición a la bisexualidad y es poco a poco que su identidad sexual se define. Esto ocurre cuando los padres le asignan verbalmente su identidad sexual. Es decir pronuncian el significante [varón o hembra] que lo va a atravesar y lo marca. Esto permite que el niño se reconozca a sí mismo como varón o como hembra. Luego van a ocurrir las identificaciones pre-Edípicas que lo hace adquirir los manerismos propios de su sexo. Esto no es nada sencillo, porque Schreber en su delirio desea ser mujer, para así lograr ser el objeto del deseo de Dios [un hombre]. Pero una vez, que está transformado en mujer, su deseo resulta ser heterosexual. Aquí surge un punto muy importante. Pareciera que su verdadero deseo es salvar al mundo con la creación de un hombre nuevo. Por eso digo

³³ Entre sus estudiantes se encontraba Emil Kraepelin.

que este asunto no es sencillo. Estoy de acuerdo en que las ansiedades tempranas juegan un papel importante en la génesis de la paranoia. Es de observar, tal como dije unas líneas más arriba, que en este mismo texto de 1909, además del delirio paranoico, aparecen diversos elementos sacrificiales producido por la propia mente de Schreber. Digo esto porque en su delirio Schreber se sacrifica para salvar al mundo.³⁴ Por lo pronto, dejo el caso del Presidente Schreber, hasta aquí.

Freud luego escribe otro texto titulado 'Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica' publicado en 1915. En este texto Freud describe a una mujer joven que solicita protección a un abogado, quien es paciente de Freud y es quien le narra el caso. Este le plantea a Freud que la joven busca su protección legal porque se siente amenazada por un amante, quien supuestamente ha tomado fotografías de sus relaciones sexuales y la amenaza con mostrarlas, si no abandona su trabajo. Esta historia se basa en ideas de persecución que no se sostienen en la realidad. Es decir carecen de veracidad. Es una historia falsa y por lo tanto de naturaleza delirante paranoica. La hipótesis de Freud de 1911 consiste en que los pacientes que sufren de pensamientos paranoicos están luchando contra sus propios deseos homosexuales reprimidos. En este caso aparentemente la historia erótica y el deseo son heterosexuales. Tal pareciera que contradice la propuesta original de Freud. Pero resulta ser y luego se aclara que la jefa de la joven es una mujer de cierto atractivo y algo mayor que ella. Surge la idea [empujada por el deseo] en la mente de la joven, de la existencia de relaciones sexuales de su amante varón, con su jefa mujer. Según la interpretación de Freud esta idea [de juntarlos], pasa a representar el deseo homosexual reprimido de la joven, por su jefa.

En 1921 Freud escribe un breve trabajo titulado 'Celos, paranoia y homosexualidad'. En este trabajo dice que los celos representan un afecto que puede ser considerado dentro de la normalidad. Los otros casos de celos 'anormalmente intensos' que Freud encuentra en su trabajo analí-

³⁴ Es importante reportar que el padre de Schreber era un médico alemán prestigioso por sus innovaciones en la terapia de las deformaciones de la columna vertebral. Este hombre diseñó y construyó un aparato 'una prótesis metálica' para colocarla en la espalda de los niños y así obligarlos a sentarse derecho en la silla. Esa fué su invención. Su personalidad era obsesiva. Su carácter era rígido. La relación del Presidente Schreber, son su padre, quien llevaba su mismo nombre, no era fácil. Tenían una relación de 'amor y de odio', a predominio del odio.

tico le revelan que los celos pueden ser considerados de tres tipos: (1) competitivo (2) proyectivo (3) Delirante. No hay mucho que decir desde el punto de vista analítico sobre los celos normales. Es fácil entender que esencialmente están compuestos de dolor psíquico. Este dolor es causado por el pensamiento de perder el objeto amado y además la herida narcisista de que su objeto amada esta con otro u otra. Además, sentimientos de enemistad contra el exitoso o exitosa rival. A pesar de que podemos decir que estos celos son comunes y frecuentes, también podemos decir que no son completamente racionales. Es decir no son comprensibles en las circunstancias que rodean al sujeto, ni están bajo el control absoluto de la conciencia. Son irracionales porque están profundamente vinculados con los contenidos del inconsciente. Son una continuación de los primeros conflictos de la vida afectiva del niño y se originan en el Edipo o complejo familiar de la primera relación objetal. Por otra parte, es preciso señalar que en muchas personas, este fenómeno de los celos es experimentado de forma bisexual. Con esto Freud quiere decir, que en el hombre, existe el sufrimiento en relación a la mujer querida y existe el odio contra el rival masculino. Pero también existe el dolor que se refiere al amor inconsciente por el hombre y el odio inconsciente a la mujer, como una rival. Similar situación encontramos en el caso de la mujer. Freud nos refiere el caso de un hombre que sufrió enormemente durante sus ataques de celos y que según su propio relato, fue a través de su insoportable tormento consciente, que pudo imaginarse a él mismo, en la posición de la mujer deseada por el hombre.

Los celos que aparecen en el segundo tipo, celos de proyección: se originan en la propia infidelidad de hombres y mujeres, en la cual sus deseos en la vida real pulsional, han sucumbido a la represión. Se trata de una cuestión de experiencia cotidiana, en la cual la fidelidad, especialmente, la necesaria en el matrimonio, se mantiene frente a una constante tentación. Quien niegue esto en sí mismo, será impulsado en la dirección de la infidelidad, que luego le agrada lo suficiente, como para hacer uso de un mecanismo inconsciente que lo alivie. Este alivio parece, con la absolución de su conciencia que logra cuando proyecta sus propios impulsos de infidelidad, en la pareja a quien debe fe. Los celos que surgen de esta proyección tienen un cierto carácter delirante. Este tipo de celos es sin embargo susceptible a mejorar con la tarea analítica, al lograrse una plena conciencia de este deseo inconsciente de infidelidad.

Los celos del tercer tipo son los verdaderos celos delirantes. También tienen su origen en los impulsos reprimidos de infidelidad. Sin embargo, en estos casos el objeto del deseo es del mismo sexo del sujeto delirante. Los celos delirantes re-presentan un acercamiento a los deseos homosexuales reprimidos y con razón toma su posición entre las formas clásicas de paranoia. Los delirios surgen como un intento de defensa contra el impulso homosexual reprimido, que se muestra demasiado fuerte. Lo importante es que en estos textos queda finalmente establecida y confirmada la propuesta de Freud. Freud concluye y propone lo siguiente: ...'la paranoia tiene su origen en los deseos homosexuales reprimidos'.

Retomando la propuesta de las teorías sobre el origen de la paranoia, debo mencionar que en segundo lugar es necesario mostrar ahora, los valiosos trabajos pioneros de Melanie Klein, quien en su libro de niños de 1932³⁵ resume las contribuciones que hasta esa fecha tiene sobre las ansiedades persecutorias [paranoicas]. Melanie Klein es la primera que plantea la idea de que las ansiedades persecutorias [paranoicas] son normales en el niño pequeño. Ella propone una idea que aún, cuando ya era conocida, era poco usada. Dice que el mecanismo de la proyección va a permitir expulsar el displacer de la mente del niño.³⁶ Pero ocurre que esa expulsión, que hace la mente del niño pequeño, consiste

³⁵ Klein, Melanie [1932] *Psicoanálisis de niños*. Editorial Paidós, BA, 1963.

³⁶ El mecanismo mental de la proyección fue introducida al psicoanálisis por Sigmund Freud en 1895 en su trabajo de 'Las neuro-psicosis de defensa'. El uso de la proyección en los niños no es una idea original de Melanie Klein, ya que fué inicialmente introducida al psicoanálisis en 1909 por su primer analista de Budapest, el distinguido Sandor Ferenczi. Resultó que Sandor Ferenczi fue injustamente desprestigiado en los años posteriores a la primera guerra mundial. Este desprestigio se debió a conflictos entre analistas. Además ciertos analistas se oponían a las propuestas de Ferenczi en relación a su apoyo a los analistas laicos. Además muchos analistas europeos especialmente, Anna Freud y Ernest Jones, se oponían a los cambios técnicos que proponía Ferenczi con su atrevida propuesta de la Terapia Activa. Por eso, después de muerto Freud, lo desprestigian y lo excluyeron de su membrecía de la IPA. Igual ocurrió con Jacques Lacan en 1952, quien insistió en introducir cambios técnicos al implementar la sesión corta y la escansión de la sesión. La IPA tolera bien las novedades y los cambios en la teoría, pero no es así, con los cambios en la técnica. Por su parte, la escuela de Lacan, opera a la inversa, tolera muy bien las innovaciones y los cambios en la técnica, pero son intolerantes con las novedades y cambios en la teoría.

en una proyección realizada sobre un objeto que ya habita la mente del niño. Es decir, el niño se deshace del displacer, proyectando en un objeto interno propio que entonces se va a percibir [en ficción] como externo y persecutorio. Melanie Klein lo llama: objeto persecutorio [paranoico]. Este objeto va a formar parte de la personalidad del niño. Pero hay una novedad adicional inédita. Melanie Klein va a proponer que el niño se puede identificar con lo proyectado. Ese mecanismo mental que ella pasa a llamar: identificación proyectiva va a explicar, el porqué, el niño va a sufrir normal-mente de ansiedades persecutorias [paranoicas] tan frecuentemente en su infancia. La observación clínica nos permite ubicar estas ansiedades paranoicas en las pesadillas de los niños o en las ansiedades que están presentes en el pánico nocturno infantil. Estas son ansiedades persecutorias [paranoicas] muy frecuentes y consideradas normales en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Volviendo a la pregunta por el origen de la paranoia, toca ahora presentar de tercero, las ideas que sobre la paranoia nos ofrece Jacques Lacan en su Tesis doctoral de 1932. Allí propone que los sentimientos inconscientes de culpa son el fundamento y dan el origen a las ideas paranoicas. Lacan lo llama 'paranoia de auto-punición'. En esa tesis doctoral Lacan nos narra el famoso Caso Aimée.³⁷

Lacan rechazó desde el principio la hipótesis constitucional endógena de la psiquiatría clásica europea y buscó en Freud una explicación al difícil enigma de la paranoia. Tal como mencioné unas líneas más arriba, Lacan presentó la hipótesis de la paranoia de auto-castigo o auto-punición. Esta conclusión aparece, cuando Lacan piensa, que en el caso Aimée: <el delirio terminó con el paso al acto>. Dicho de otra forma: <Aimée se curó después de realizar el atentado criminal>.

³⁷ La narrativa del Caso Aimée [Margarita Anzieu] publicada por Jacques Lacan sobre la paranoia en su tesis titulada: <De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad> ocupa un lugar similar a la narrativa del Caso Anna-O [Bertha Pappenheim] publicado por Sigmund Freud en 1895 en relación al estudio de la Histeria. Posteriormente el Caso Aimée ha sido reconsiderado y discutido en varios libros dedicados al él. Solamente la vida de Margarita Anzieu y la de su hijo Didier Anzieu [prestigioso psicoanalista francés ya fallecido] han sido motivo de muchas publicaciones. Esta historia de ambos, que se entrelaza con la vida de Jacques Lacan y la de su padre Alfred Lacan es realmente extraordinaria y sorprendente.

Pero esto no es del todo cierto, ya que Aimée pasó gran parte de su vida delirando. Lo cierto es que ella no requirió de volver jamás a un sanatorio mental, ni volvió a cometer ninguna otra agresión violenta. Creo que aquí es oportuno decir que tengo cierta discrepancia y desacuerdo con la conclusión a la que llega Lacan. Digo esto por lo siguiente. Después de cometer el acto criminal, Aimée es apresada y llevada a la comisaria de París y luego, por largo tiempo, es recluida en el Hospital Sainte-Anne de Paris. Pienso que esta detención prolongada opera como un castigo [una punición] que la sociedad le impone por sus ideas paranoicas y por su conducta criminal. De esa forma Aimée es castigada. Entonces Aimée se cura cuando recibe su castigo, no simplemente cuando 'pasa al acto' como afirma Lacan. El castigo actúa como un alivio de los sentimientos de culpa.³⁸ Siguiendo las vicisitudes de este caso es cuando Jacques Lacan va a encontrar los argumentos de su novedosa hipótesis de auto-punición.

Reconstrucción del delito

El 10 de abril de 1931, en el teatro adonde se lleva a cabo una representación, una actriz parisina famosa, es atacada con intención homicida por una mujer que porta una navaja y que logra herirle severamente una mano. Al ser detenida, Aimée declara ante el comisario, que el ataque homicida lo realizó, porque 'esa actriz, en complicidad con un escritor, al hacer alusión a ella, en sus obras de teatro, promovía un desprestigio escandaloso, en su contra'. Fue Elisabeth Roudinesco quien reveló por primera vez en 1986, la verdadera identidad de esta mujer llamada por Lacan <Aimée> [amada]. Posteriormente Elisabeth Roudinesco en 1993 reconstruyó la casi totalidad de su biografía a partir del testimonio del hijo de Margarite [Didier Anzieu] y de otros miembros de su familia.

³⁸ En el caso mío que he presentado aquí, he encontrado que él se alivia de sus pensamientos paranoicos, cuando su esposa, le expresa sentimientos de ternura y de amor. Si ella se le acerca cariñosamente, él cesa temporalmente en sus pensamientos paranoicos. Estos pensamientos pueden ser: 'imaginar los diversos castigos por su mala conducta infiel, como el ser expulsado de su casa y perder la compañía de su esposa amada y de sus hijos amados'.

Observaciones sobre su vida

Margarite Pantaine [Anzieu] provenía de una familia católica y campesina del centro de Francia. Fue criada por una madre que sufría síntomas de persecución. Aimée deseaba salir de su condición agraria-rural y convertirse en una intelectual. La niña <Aimée> tenía dos hermanas menores y tres hermanos menores. Resulta que había existido una primera <Aimée>: esta había sido la primera hija del matrimonio y había muerto de forma trágica cuando tenía cinco años de edad. Murió quemada al acercarse demasiado a una chimenea que la hizo arder. En seguida de la muerte de la niña, la madre queda embarazada de nuevo y nace una niña muerta. De nuevo queda embarazada rápidamente. Once meses más tarde, nace la tercera Aimée: la paciente de Lacan. Parece, que la madre de Margarite Anzieu <Aimée>, no tenía disponibilidad, capacidad, ni tiempo, para hacer el duelo por sus hijas muertas.

En 1910 Margarite <Aimée> entró en la administración de correos y siete años más tarde se casó con René Anzieu, también un funcionario de correos y compañero de oficina. En 1921, mientras estaba encinta de su hijo Didier comenzó a tener un comportamiento extraño: ideas de persecución y estados de tristeza. Creía que todo el mundo se burla de ella y que le lanzan injurias. Incluso llegó a atacar físicamente a su esposo y a otras personas. Tan delicada fue la situación que esta conducta absurda, producto de sus pensamientos paranoicos, la llevó a una primera internación breve en el sur de Francia.

Posteriormente dio a luz un niño varón sano. Después del nacimiento del niño se instaló en una doble vida: por un lado, las actividades cotidianas del correo. Por el otro, una existencia imaginaria hecha de delirios. En esa época decidió pedir un traslado. Se fue a vivir sola en París. Dejó a su hijo al cuidado de su padre. En 1930 redactó sin interrupción dos novelas que quería hacer publicar. Cosa que no fue posible ya que sus manuscritos eran rechazados por la editorial. Pronto se convenció de que era víctima de una persecución por parte de Huguette Duflos, una actriz célebre de la escena parisiense de la década de 1930. En abril de 1931 intentó matarla en la calle al salir de la última función del teatro. La agrede con una navaja, pero la actriz esquivó el golpe. Margarite fue internada en el Hospital Sainte-Anne de París, confiada a los cuidados del residente de la sala: Jacques Lacan. Lacan redactó su historial para su tesis de graduación de Psiquiatra.

Según Elizabeth Roudinesco, Lacan consultó su hipótesis de auto-punición con Salvador Dalí, residente en París y amigo personal de Lacan. Lacan consideraba que Dalí sufría de pensamientos paranoicos graves y por lo tanto estaba capacitado y calificado, para dar una opinión sobre el espinoso asunto del origen de la paranoia. Lacan a su vez mostraba su profundo desacuerdo con las ideas de los psiquiatras alemanes célebres, quienes proponían que la paranoia era una enfermedad endógena, incurable, que evoluciona a la demencia y que no tiene relación con la personalidad, ni tiene elementos de psicodinamia en su génesis. Lacan propone una relación íntima entre la estructura de la personalidad y la génesis de la paranoia.

Su tesis de grado como Psiquiatra en 1936 cuyo tutor fue Gaëtan de Clérambault resultó ser una tesis muy influida por las proposiciones del psicoanálisis. Eso hizo que su tesis doctoral estuviera a punto de ser rechazada por el jurado, formado de psiquiatras, quienes coincidían más con las ideas de los psiquiatras alemanes, que con las novedosas ideas propuestas por Sigmund Freud, quien era un médico cuestionado y que además residía en la rival ciudad de Viena.

En 1949 Didier Anzieu graduado de filósofo, hijo de Margarite Anzieu <Aimée>, sin saber que su madre era el famoso caso Aimée, decide formarse como psicoanalista. Por un azar de la vida, escoge a Jacques Lacan como su analista. Lacan no reconoció a Didier como el hijo de Aimée. Didier se enteró de toda esta historia, a posteriori, por boca de su madre, quien por otro azar extraordinario de la vida, se había empleado como ama de llaves en la casa de campo del padre de Lacan [Alfred Lacan]. Los conflictos entre Didier Anzieu y su analista Jacques Lacan, fueron tan violentos como los conflictos que se presentaron entre Aimée y su psiquiatra Lacan. En efecto, ella acusaba a Lacan de haberla tratado como un simple caso y no como a un verdadero ser humano. Sobre todo le reclamaba que nunca le hubiera devuelto los manuscritos que ella le había entregado en el momento de su internación en el Hospital Sainte-Anne de París.

No profundizo más en esta historia extraordinaria, porque no es mi intención hacer aquí una monografía de la Paranoia. Solo me limitaré a resumir la constitución del objeto paranoico, sin diferenciar mayormente las contribuciones separadas de cada uno de estos autores.

De vuelta al objeto paranoico

Hoy en día sabemos que cuando el niño pequeño logra establecer una relación subjetiva con el otro encarnado, es entonces cuando aparece gracias al mecanismo de la introyección, una representación del objeto en la psique del niño. En ese momento podemos decir que se ha iniciado la vida psíquica del niño. La introyección y posterior identificación con el objeto introyectado es lo que va a constituir la psique del hombre.

El segundo mecanismo básico que aparece después de establecida la identificación, es la proyección. Todo lo que produce displacer va a ser proyectado, es decir colocado en un objeto que también habita la mente del niño, pero percibido como externo. Este objeto que como ya dije pasa a ser ilusoriamente percibido como externo, es llamado objeto persecutorio. Así pues estos dos mecanismos básicos: la identificación y la proyección pasan a constituir y a continuar formando a lo largo de toda la vida, la mente humana.

Todo esto ocurre dentro del aparato mental del niño. Lo que produce placer [usando la terminología de Freud] va a ser luego llamado bueno [en la terminología de Klein]. Lo que produce displacer [según la terminología de Freud] es llamado malo [según los términos de Klein]. Ahora bien: Todo lo proyectado malo [displacer] va a amenazar y tiene la tendencia a regresar al sujeto. Esta es la esencia del objeto persecutorio [paranoico] según Melanie Klein.

Así el objeto madre va a tener dos aspectos: madre buena y madre mala. Esto ocurre según sea las características, dadas por las múltiples experiencias de infancia de placer o displacer [introyectado y luego proyectado]. Pero luego el objeto padre también va a tener dos aspectos: padre bueno y padre malo. Es claro que la madre mala y el padre malo resultan amenazadores y peligrosos para la mente del niño. Por otro lado el deseo del niño pequeño lo empuja a hacer unidad a hacer uno con la figura de la madre y luego a hacer uno con la figura del padre. Es decir con el objeto materno y paterno.

Cuando esto ocurre con la figura internalizada materna que como ya dije está dividida en buena y mala, la parte mala, va a constituir un ob-

jeto que persigue y que odia al sujeto. Como consecuencia de hacer uno [simbiosis] con el sujeto: el sujeto se va a odiar a sí mismo. Ese odio a sí mismo es la base [el fundamento] del verdadero problema depresivo. La depresión surge cuando una experiencia real o imaginaria de fracaso que va a funcionar como un desencadenante, el sujeto se va a odiar a sí mismo y va a perder su esperanza.

Es bueno aclarar que todos tenemos algo de estos mecanismos primitivos. El asunto es que esto varía en cada sujeto según hayan sido las experiencias personales de infancia. Según haya sido la magnitud de la experiencia con el objeto bueno y con el objeto malo las consecuencias van a variar con cada persona. Recordemos que Melanie Klein planteaba que es natural que todas las personas experimenten la posibilidad de tener ansiedades persecutorias y ansiedades depresivas.

Segundo: sobre el objeto sacrificial

Pasemos ahora a la parte difícil. Ya he planteado que el niño padece de un empuje a hacer unidad a hacer uno, con el objeto paterno. Igualmente este objeto paterno está dividido en bueno y malo. La parte introyectada buena del padre, ayuda a constituir la identidad masculina o aspectos masculinos de la identidad en ambos sexos. Esta es una identificación con la figura del padre que ofrece oportunidad al varón para adquirir una identidad masculina clara. La parte introyectada mala del padre va a constituir el objeto persecutorio paranoico. Es decir esto va a constituir el núcleo de los pensamientos y el delirio paranoico. Esto es importante. Estoy proponiendo que las dificultades depresivas del sujeto aparecen por vía de la identificación con un objeto malo materno y las dificultades del pensamiento tipo paranoico, aparecen por la vía de la identificación con un objeto malo paterno.

Pero esto no es todo. Ocurre que hay algo más con la introyección de la parte buena del padre. Como ya dije el imago paterna buena ayuda a constituir la identidad masculina del sujeto [en el hombre y en la mujer]. Pero también ayuda a establecer una relación de amor con la figura del padre, que lleva al sujeto a dar su vida por él. Aparece la posibilidad de morir por él, es decir: de hacer un acto sacrificial.³⁹

³⁹ Esto es posible en patologías narcisistas con pobre discriminación Self-objeto. Es decir con pérdida de la alteridad. No es común observarlo en la clínica cotidiana. Pero se

Siempre he defendido la idea de que la muerte heroica y la muerte sacrificial son indistinguibles. El monje Budista que se prende en gasolina y muere en las calles de Saigón en 1969, lo hace para protestar y enviar un mensaje final dramático con la intención de detener la guerra. Es un acto heroico en el cual el monje da su vida por un ideal. En ese acto sacrificial hace unidad con el padre bueno idealizado. Los jóvenes pre-hispánicos que dan su vida en los cultos sacrificiales Mayas al Dios Sol, lo hacen por amor al padre, en un acto de hacer unidad con el padre bueno.

La propuesta que entonces hago en relación a las ideas paranoicas y al acto sacrificial es la siguiente: (1) las ideas paranoicas surgen como consecuencia de hacer unidad con el objeto odiado malo paterno. El cual es el mismo objeto que el sujeto piensa que lo ama. Termina diciendo: <el objeto amado que me mata> (2) Los actos sacrificiales, aparecen por vía de hacer unidad con el objeto amado bueno paterno. Termina diciendo: muero por mi ideal, muero por el objeto amado paterno.

observa en el trabajo analítico con sujetos de estructura psicótica. Me ha tocado verlo tres veces en mi vida profesional.

Capítulo 12

ESTRUCTURAS PSICÓTICAS: Tercera parte

Depresión Psicótica: Desde un punto de vista de la clínica psiquiátrica fenomenológica, la depresión se divide en dos grandes grupos: neurótica y psicótica. Ambas se consideran en clínica psiquiátrica, como una entidad clínica definida. En la clínica psicoanalítica la depresión es vista de otra forma. La depresión neurótica no es una entidad clínica, ni es una estructura psíquica por sí misma. La depresión neurótica se considera un síntoma que se instala en cualquiera de las estructuras clínicas inconscientes de un sujeto en particular. Por lo tanto podemos tener síntomas o manifestaciones depresivas en estructuras inconscientes neuróticas de tipo histérica y obsesiva o en las estructuras psicóticas propiamente dichas.

La clínica psicótica con profunda pérdida de la realidad que aparece en las depresiones psicóticas, es otra cosa. Suelen ser llamadas **estados melancólicos**, a veces con estupor melancólico, que impide el abordaje terapéutico por vía del diálogo. Por esa razón la ayuda más eficaz en estos casos es farmacológica y es territorio de la clínica psiquiátrica. Después de recuperada la enorme regresión del Yo y recuperada la pérdida de realidad, se establece la capacidad de diálogo. Es entonces cuando la ayuda de un analista se hace posible y en mi opinión es crucial para el entendimiento de lo ocurrido en esa vida.

Metapsicología del estado depresivo

La organización depresiva se instala en una estructura neurótica o en una estructura psicótica, cuando se cumplen cuatro requisitos: (a) cuando previamente en la historia del sujeto existe un predominio del vínculo de odio con el objeto. (b) Este odio al objeto va devenir posteriormente en odio a sí mismo y aparece la baja autoestima (c) la aparición azarosa de una experiencia de fracaso y (d) La pérdida de la esperanza.

(a) Sobre la lógica del odio al Objeto

El odio al objeto es algo inevitable en el ser humano. Es inevitable porque la relación temprana del niño pequeño con su madre implica la do-

ble experiencia con el pecho: <satisfacción y frustración>.⁴⁰ La experiencia de satisfacción va a producir la introyección de un objeto amado llamado también el objeto bueno y la experiencia de frustración conlleva la introyección del objeto odiado llamado objeto malo. Esta dialéctica es inexorable e inevitable. Por lo tanto si todos nosotros tenemos en mayor o menor grado un vínculo de amor y odio con el objeto, teóricamente todos tenemos la posibilidad de instalar un síntoma depresivo. Lo cual es cierto. Pero para que se instale en forma patológica se necesita que previamente exista un predominio del vínculo de odio, sobre el vínculo de amor. Además se necesita del desencadenante de la experiencia de fracaso.

(b) El odio a si mismo

El predominio del odio al objeto en el infante va a provocar excesivas introyecciones identificatorias con el objeto odiado. Este objeto interno odiado provoca una disminución del amor o de la estima por sí mismo. Cuando el odio al objeto se convierte en odio a sí mismo se da inicio a las manifestaciones sintomáticas de un estado depresivo. Si la historia del desarrollo temprano del sujeto ha mostrado un predominio de mecanismos mentales primitivos que provocan serias dificultades en la capacidad de discriminación del sujeto con el objeto, aparecerá una persistencia del síntoma depresivo.

Estos mecanismos primitivos llevan a la pérdida de la capacidad de alteridad y a la tendencia a la fusión o simbiosis objetal. Lo cual unido a la ausencia o disminución de la autoestima, nos explica la intensidad y fijeza de algunos estados depresivos.

(c) La experiencia del fracaso

Las experiencias ulteriores de la vida que incluyen las experiencias subjetivas de éxito y de fracaso en cualquiera de sus formas: escolar, amoroso, profesional, familiar, financiero, pérdida de la belleza y mutilación de órganos, introducen en la escena la experiencia de castración.

El fracaso vivido como una experiencia subjetiva puede contribuir a desencadenar la presencia del odio que ya pre-existe en el sujeto. Por

⁴⁰ Tal como lo plantea Melanie Klein en su libro sobre <Psicoanálisis de niños> de 1932.

vía de la envidia y de los celos el sujeto va a odiar al objeto. En mi opinión la energía para el odio que en último caso puede provocar la muerte del sujeto proviene de la pulsión de vida y no de la pulsión de muerte. Por lo tanto siempre me encuentro en desacuerdo con el cliché repetido una y otra vez, de que un acto suicida no es más que la pura expresión de la pulsión de muerte.

(d) La desesperanza

La desesperanza refiere a la renuncia del sujeto de ser amado por el otro. Si el odio al otro, que debido al mecanismo del regreso de lo proyectado, termina siendo odio y desprecio a sí mismo. Y este mecanismo coincide o es simultáneo con el sujeto en estado de desesperanza que refiere como hemos visto a la renuncia de ser amado por el otro, entonces este odio a sí mismo va a ofrecer la energía necesaria para mantener este estado depresivo. El sujeto que renunció a ser querido por el otro y el otro como objeto odiado que deviene objeto internalizado, mantiene esta dialéctica de desesperanza.

Otra cosa: El acto suicida

El suicidio es un acto, pero no todo acto suicida surge de un sujeto con clínica depresiva. La lógica del acto suicida nos permite diferenciar al menos dos tipos fundamentales de actos suicida. Primero el acto suicida como síntoma y segundo el acto suicida radical. Sugiero la lectura del capítulo 18 de este mismo libro.

Los estados maniacos: los bipolares

La Psicosis Maniaco Depresiva [PMD] llamada hoy en día <Trastorno bipolar> tiene una historia que se remonta a una época muy anterior. Desde los comienzos del siglo 20, cuando un célebre Psiquiatra alemán llamado Emil Kraepelin, había identificado un grupo de pacientes que presentaban por varios meses una conducta agitada, acelerada de tipo maniaca, con trastornos del pensamiento caracterizados por delirios de grandeza y que alternaban con periodos de meses de duración, donde estos mismos pacientes, presentaban una conducta de excesiva quietud, melancolía y tristeza, con presencia de delirios de desvalorización, los llamó Psicosis Maniaco Depresiva [PMD]. Como su patología oscilaba

en dos polos: excitación maniaca por un lado y quietud depresiva melancólica por el otro, se ha llamado en los manuales actuales de diagnóstico psiquiátrico: Trastorno Bipolar.⁴¹

Resulta que este cuadro fenomenológico de agitación maniaca y quietud melancólica, se confunde con otro cuadro clínico psiquiátrico, que se caracteriza por mostrar altibajos con etapas de grandiosidad, elocuencia y exceso de energía, para luego ser alternadas con periodos de desvalorización de sí mismo, pérdida de energía y presencia de angustias variadas, muchas veces aniquilatorias. Esta segunda patología recibe el nombre en Psiquiatría de limítrofes o fronterizos y los llaman en su versión americana: Borderlines. Se debe a Otto Kernberg distinguido analista de New York haber hecho el esfuerzo de conceptualizar estos trastornos y haberlo denominado: borderline [límitrofes].

Los bipolares y los borderlines son dos patologías muy distintas y ambas comparten la característica de oscilar en dos polos. Es decir ambas son bipolares. Una de naturaleza horizontal: polo maniaco y polo depresivo, representando los extremos de un eje arbitrario horizontal. Y el otro de naturaleza vertical: polo alto grandioso y un polo bajo desvalorizado, como los extremos de un eje arbitrario vertical.

Desde el punto de vista del Psicoanálisis estas dos maneras de funcionar la mente pueden ser comprendidas en sus mecanismos mentales. La primera mencionada, es decir la maniaco-depresiva [PMD] bipolar, corresponde a la combinatoria simultánea de identificaciones, al objeto de amor y luego identificación al objeto de odio. Ambos relacionados con el objeto materno original. Allí en donde predomina la pérdida del juicio de realidad [PMD] se va a utilizar el mecanismo mental de la escisión horizontal [represión]. El segundo llamado Fronterizo o Borderline, con sus altos y bajos polarizados, utiliza el mecanismo mental de la escisión vertical [splitting].

⁴¹ Emil Kraepelin (1856-1926) fué un psiquiatra alemán, considerado por muchos, como el padre de la nosografía psiquiátrica moderna, padre del trastorno PMD actualmente denominado 'bipolar'. Fue quien categorizó y estudió el curso natural de pacientes bipolares, que no estaban siendo tratados, tiempo antes de que se descubrieran los estabilizadores del humor. Al describir a estos pacientes en 1902, él acuñó el término 'Psicosis maniaco-depresiva'. Notó que sus pacientes bajo observación tenían unos intervalos de enfermedad, maniaca o depresiva y generalmente después venían intervalos libres de síntomas, en los que el paciente podía funcionar normalmente.

Procederé en los párrafos siguientes a explicar estos dos modos de presentarse la bipolaridad. Presentaré el detalle de sus mecanismos mentales y el tipo de relación de objeto que ambos presentan. Primero haré un resumen breve de las ideas sobre la constitución temprana de la psique y la aparición del objeto amado y del objeto odiado.

Amor y odio al objeto

La relación del bebé con el objeto pecho va a estar influida por las experiencias inevitables de satisfacción y frustración. Estas experiencias dan origen a la representación de un objeto bueno y otro malo. Según sean las diversas experiencias de la vida algunos seres van a sufrir de negligencia parental en diversas magnitudes. Esto va a provocar experiencias de carencias afectivas en el sujeto. Las carencias dejan fallas o huecos en la constitución del Yo [Ego].

La vida temprana del bebé, es decir los primeros seis meses, periodo esquizo-paranoico, se caracterizan por una relación de objeto que está limitada a una percepción parcial del objeto. Se trata de la presencia de objetos parciales, incompletos. Las ansiedades en este periodo son de tipo aniquilatoria y las defensas para estas ansiedades son primitivas. Aparecen defensas de tipo fundamentalmente proyectivas, que colocan la representación de todo lo displacentero afuera y además se usan otras defensas primitivas como las defensas de negación y omnipotencia. A los seis meses suele ocurrir dos cosas. Una, el destete y dos, la aparición de la capacidad de memoria. En esa época aparece la ansiedad al extraño, ya que el bebé puede recordar la cara, el olor y el sonido de su madre. Aparece la capacidad de una representación del objeto más completa, lo cual se ayuda con la recién adquirida capacidad de memoria. Esta etapa del desarrollo es integradora. La ansiedad es más evolucionada y es de tipo de separación. Los mecanismos de defensa son más evolucionados y corresponden con la represión. Estas dos etapas en el desarrollo del bebé se han denominado: Esquizoparanoide y depresiva.⁴² Estas etapas no son de naturaleza sucesiva, sino que son oscilantes. Esto quiere decir que si posteriormente en la vida, la circunstancias producen intensas ansiedades no manejables por el Yo [Ego],

⁴² Melanie Klein (1935): Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresiva.

entonces la mente de forma espontánea y automática pasa a funcionar con mecanismos esquizoparanoides. Si posteriormente las circunstancias de la vida son favorables y la ansiedad aniquilatoria disminuye o desaparece, entonces la mente pasa a funcionar nuevamente con mecanismos más evolucionados llamados arbitrariamente por Melanie Klein: depresivos. Esta palabra no refiere a un estado depresivo fenomenológico.

Cuando en la posición depresiva aparecen de nuevo intensas ansiedades persecutorias se produce un conjunto de defensas primitivas que han recibido el nombre de defensas maníacas. Son defensas que aparecen por los sentimientos de pérdida, daño y culpa por el objeto bueno. Generalmente el dolor psíquico que aparece en la posición depresiva por la aparición de las ansiedades persecutorias, sólo puede ser manejado con defensas primitivas maníacas que protegen al Yo de mayor sufrimiento. Las defensas maníacas están basadas en la negación omnipotente de la realidad psíquica. Cuando el dolor psíquico disminuye, las defensas maníacas dan paso progresivamente a la actividad reparatoria.⁴³

La organización de las defensas maníacas en la posición depresiva incluye mecanismos que ya han estado presentes en la posición esquizoparanoide. Incluye los mecanismos de escisión, idealización, negación e identificación proyectiva. Las defensas maníacas tratarán de evitar cualquier relación entre el Yo [Ego] y el objeto que amenace de contener dependencia, ambivalencia y culpa. La relación maníaca con el objeto se caracteriza por la aparición de tres sentimientos: Control, triunfo y desprecio. El control es una forma de negar la dependencia. El triunfo es una negación de los sentimientos de valoración y de aprecio por el objeto y está relacionado con la omnipotencia. El desprecio por el objeto es una negación directa de los sentimientos de valoración hacia este objeto. El desprecio actúa como una defensa en contra de sentimientos de pérdida y culpa.⁴⁴

La envidia temprana es considerada como uno de los factores que actuando desde el nacimiento afecta la experiencia del bebé con el pecho. Se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica en la cual están

⁴³ Melanie Klein (1940): 'El Duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos'.

⁴⁴ Melanie Klein (1953): Envidia y reparación.

involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial. Melanie Klein la diferencia de los celos al plantear éstos últimos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. Existen tres objetos: el amador, el amado y el rival. Se distingue de la envidia porque en los celos hay una relación de tres objetos y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales.

Melanie Klein también diferencia la envidia temprana de la voracidad, al decir que ésta voracidad implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias incluyendo la posibilidad de destruirlo. Sin embargo su objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo.

La envidia temprana tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Es este aspecto dañino de la envidia lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo la fuente misma de todo lo bueno (el pecho), impidiendo las identificaciones con el objeto bueno. La envidia se puede unir con la voracidad, constituyendo así otro determinante para lograr el deseo de agotar enteramente al objeto. Si la envidia temprana es excesiva va a interferir con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, dificultándose los mecanismos de escisión produciendo así estados permanentes de confusión y caos.

Algo más sobre los Bipolares

Los sujetos Bipolares de tipo horizontal [maniaco-depresivos] oscilan en una identificación con el objeto bueno idealizado y el objeto malo denigrado. Cuando la identificación es con el objeto bueno, idealizado, el sujeto se siente grandioso, desconfiado, maniaco [energía disponible excesiva] y desprecia al objeto envidiado. En este caso las angustias son persecutorias. Cuando se encuentra identificado con el objeto malo, desvalorizado, el sujeto se siente disminuido, desvalorizado por sí mismo, sin energía y triste. Aquí la angustia es depresiva. Esta manera de oscilar el funcionamiento de la mente va a ocurrir después de muchos meses de que la mente opera con uno de los dos polos. La causa de

esta forma de vivir se encuentra en las carencias de la temprana infancia y no responden de una manera efectiva y duradera a una terapia de entender y conocerse a sí mismo. Los síntomas pueden ser aliviados por medios medicamentosos. Las razones por la cual ocurre el giro de un polo al otro tiene que ver con experiencias traumáticas de la vida cotidiana: desilusiones amorosas, fracasos en la vida y pérdidas.

Los sujetos bipolares de tipo vertical [los borderlines o fronterizos] padecen de un déficit estructural. Padecen de un hueco temprano en la constitución de la psique. Predominan las experiencias de carencias afectivas en la temprana infancia. El progresivo entramado, el tejido de su personalidad deja huecos debido a las carencias. Estos déficits dificultan la estabilidad de las progresivas identificaciones del niño. Cuando se hacen adultos son seres muy volátiles, inestables que suelen oscilar en un sentimiento grandioso que le da energía y seguridad [un alto] y luego un sentimiento de desvalorización, pérdida de la energía y cierta tristeza [un bajo]. A veces se les describe como viviendo en una 'montaña rusa' [rollercoaster] que produce una constante excitación con 'el subir y bajar'. En inglés le dicen: [ups and downs].

Capítulo 13

ESTRUCTURAS PERVERSAS: Primera parte

El acto perverso: ¿Qué es un acto perverso? Empecemos por algo fundamental: en clínica psicoanalítica el concepto de perversión se refiere específicamente a la vida sexual del sujeto. La inquietante pregunta de ¿quién es y quién no es perverso? nos lleva inevitablemente a diferenciar: la clínica psiquiátrica, de la clínica psicoanalítica. ¿Será perverso aquel sujeto que realiza el acto sexual perverso? o ¿será más bien, aquel sujeto organizado con una estructura inconsciente perversa? ¿Cómo distinguir uno, del otro ya que ambos sujetos se muestran actos perversos similares? Desde este punto debemos partir para presentar un conjunto de ideas que pretenden actualizar el concepto de perversión según el modelo psicoanalítico estructural.

Esto podemos verlo desde dos vértices diferentes. Primero desde el vértice fenomenológico el cual refiere a la descripción clínica del acto sexual y de sus características. Se trata de una clínica más psiquiátrica que psicoanalítica. Se fundamenta sobre lo observable del acto sexual y alguna que otra inferencia que se pueda hacer sobre ese acto. El segundo vértice es fundamentalmente psicoanalítico. Refiere a lo no observable. A las motivaciones inconscientes del sujeto. A la forma como se organiza su deseo sexual y como lo presenta en su demanda. A la dialéctica de su goce fálico y la lógica de los lugares. A las condiciones para el acceso a su placer sexual. Este segundo vértice corresponde más a un planteamiento psicoanalítico estructural. Definir y ampliar estos dos vértices es por donde vamos a empezar.

Vértice de la clínica fenomenológica

Como ya dije se apoya en lo observable sensorial. La primera aproximación de Freud a este tema aparece en 1905 en los <Tres ensayos de una teoría sexual>. En el primer ensayo de ese trabajo titulado: 'Las aberraciones sexuales' Freud enfoca inicialmente el problema de las perversiones siguiendo una línea fenomenológica. Describe las desviaciones sexuales como consecuencia de un cambio de objeto sexual y un cambio en la meta de la pulsión. Este texto Freudiano es extraordinario en la riqueza de sus observaciones psicoanalíticas. Sin embargo la estructura de la presentación clínica y el ordenamiento de las ideas propuestas por Freud en este primer ensayo, es fenomenológica. Esto tiene

y tuvo consecuencias. Por ejemplo Otto Fenichel quién presentó en 1945 su enciclopédica visión clínica del psicoanálisis, presenta sus ideas siguiendo esta línea fenomenológica. Al hacer esto obtura, es decir presenta como concluida muchísimas de sus propuestas clínicas. No deja abierto lo enigmático y misterioso de cualquier propuesta analítica que es lo que va a permitir la aparición de lo inesperado. Si no está cerrado se pueda seguir trabajando en el tema. La verdad es que nada está cerrado ni concluido. Freud mismo lo dijo explícitamente: <que el psicoanálisis está en constante evolución>. Si esto no tendría consecuencias clínicas no habría que tomarlo con tanto cuidado.

(a) Lo más delicado está en que según el enfoque fenomenológico, no va a ser posible diferenciar entre un acto perverso y una estructura perversa. Es decir un acto perverso realizado por un neurótico y un acto perverso realizado por una estructura verdaderamente perversa. Desde el punto de vista del acto sexual ambos actos son muy parecidos. Tomemos el ejemplo del ejemplo del voyeurismo. Hablemos de los hombres con una estructura neurótica que acceden al goce fálico observando el coito de otros. Se trata del fantasma del obsesivo que privilegia el goce de la mirada ante la escena primaria. Esto lo pueden lograr asistiendo a los teatros eróticos en vivo o en la observación de videos pornográficos explícitos o realizando el sexo en grupo. Esta excitación sexual puede estar incluida en el inicio de una relación sexual con su pareja que le llevaría al coito y a la plena satisfacción sexual. Esta tipo de actividad voyerista exhibicionista tiene demanda entre los hombres neuróticos [de carácter obsesivo]. Las mujeres neuróticas [de carácter histérico] no disfrutaban de este voyerismo, ya que su fantasma sexual es otro. Su excitación se juega en la sutileza, en lo sugerido y sobre todo en despertar el deseo del otro por ellas y de lograr tener tanto atractivo y poder que pueden dar satisfacción en un coito a dos y tres hombres a la vez.

(b) En el otro campo, en el sujeto estructurado como perverso, que desarrolla una actividad voyerista es un asunto completamente diferente. Su voyeurismo es el único acceso que tiene a su vida sexual, está atrapado en él. Además no pueden acceder al coito, su placer de órgano se consume en la masturbación. Su organización sexual es otra, es rígida y está petrificada en su protocolo erótico. Ambos actos sexuales son voyeristas, sin embargo los sujetos son diferentes. La propuesta fenomenológica no logra diferenciar entre ambos. Sin embargo, aún así, lo

fenomenológico es muy importante ya que va a ser necesaria para lograr proponer lo psicoanalítico. Incluso soy de los que piensan que es útil y necesario ir de lo fenomenológico a lo psicoanalítico y luego volver a lo fenomenológico, para confirmar mucha de las hipótesis teóricas propuestas.

Vértice de la clínica psicoanalítica

Corresponde con la lógica de lo invisible. Son conjeturas basadas en la observación fenomenológica. Al buscar el sentido oculto, la motivación inconsciente de la conducta del sujeto, la clínica psicoanalítica se hace teorizante. El psicoanalista trabaja, produce un decir, basado en su entendimiento de lo que está ocurriendo. Es decir en lo invisible del síntoma. No se puede zafar de trabajar en base a su teoría. Ante la escena de un voyerista que mira por la ventana a un mujer desnudándose, el analista se interroga sobre lo que está ocurriendo en la mente del que mira. No son iguales un voyerista neurótico y un voyerista perverso. Ambos actos pueden ser perversos, es decir apuntan a velar la castración y por esta vía evitar la angustia intolerable. Sin embargo la estructura clínica del sujeto puede ser distinta en uno y otro caso. El voyerista perverso no soportaría un acercamiento del otro, perdería toda su excitación ante el retorno de la angustia de castración. Además no hay acceso al coito. Recordemos el drama de Monsieur Hire de la novela de Simenon. Monsieur Hire desarrolla toda una relación erótica voyerista a través de una ventana, con Alice su vecina de veinte años. Hay una escena donde Alice consciente de que está siendo observada y capaz de disfrutar en su lugar de exhibición, visita en forma inesperada a Monsieur Hire en su apartamento. Monsieur Hire se sorprende y se aterroriza. Ella se acerca y graciosamente se le ofrece a un encuentro amoroso. Monsieur Hire la rechaza drásticamente. No puede tocarla ni ser tocado. Cuando Alice se retira Monsieur Hire se excita en su ausencia, con su aroma y su olor, dejado en el sitio donde Alice se había sentado. Este protocolo erótico muestra la sexualidad de Monsieur Hire organizada como estructura perversa, donde no hay acceso al coito y donde el goce fálico petrificado se alcanza y se consume, solamente en el goce de la mirada. Alice en el lugar de la exhibicionista muestra su sexualidad organizada a la manera de una estructura neurótica. Se excita con ser mirada, pero busca el encuentro amoroso y la posibilidad del coito.

En este ejemplo observamos una viñeta de dos sujetos. Uno con clínica voyerista y el otro con clínica exhibicionista. Sin embargo uno es verdaderamente perverso y el otro neurótico. Debemos recordar que los neuróticos tienen fantasmas sexuales y el fantasma siempre es perverso. Este fantasma puede ser actuarlo, produciendo un acto que es similar al del perverso verdadero. ¿Entonces como diferenciarlos? La diferencia no está en el acto, ni en la escogencia del objeto sexual, sino en la característica de la dialéctica del deseo y del goce. Allí se va encontrar la diferencia.

Sentido del acto perverso en las perversiones

El acto perverso tiene el propósito de velar la castración. En el sujeto de perversión, ese acto perverso es su única forma de acceder al disfrute del sexo. La puesta en acto es codificada y rígida. Casi se trata de un contrato entre partes, en el cual cada sujeto tiene un papel que jugar. El sujeto de perversión tiene (en ficción) que lograr colocarse como objeto de deseo del otro y surgir como sujeto en el lugar que le corresponde al otro. Allí en el lugar del otro es donde va a brotar su goce de órgano, que lo conduce a un ser de puro placer.

El perverso invierte los lugares del fantasma del neurótico. Dos consecuencias lógicas surgen en esta pro-puesta. *Primero* la certeza de que ha logrado ser el objeto de deseo del otro. Este aspecto de convicción y certeza que es irreal, introduce un punto de locura en la propuesta del perverso. *Segundo* su placer de órgano va a brotar en el lugar del otro. Por eso Lacan dice *<que goza en el otro>*. Mientras que el neurótico *<goza del goce del otro>*. El perverso hace una identificación proyectiva masiva en el otro. Se cree el otro y en ese lugar va a brotar su goce fálico.

Para lograr todo esto la puesta en escena del acto sexual tiene que ser rígidamente codificada. Por eso decimos que la escena está petrificada. Es un libreto erótico en donde todos los detalles de vestimenta, parlamento, puesta en escena y postura, están previamente determinados por el fantasma del perverso. No solo todo está allí, sino que está definido de una manera muy precisa, en el que el azar no tiene lugar.

Un exhibicionista callejero

Tomemos el ejemplo de un exhibicionista callejero. El hombre que exhibe sus genitales a una niña. Algunos de estos casos son neuróticos, psicóticos y otros perversos. Tomemos el ejemplo solamente del perverso. Ese hombre solo accede a su sexualidad por esta vía, exhibicionista y masturbatoria. Este hombre necesita del ojo de la niña que lo mira. En la mirada de la niña, sobre sus genitales es donde va a ocurrir la inversión de los lugares. Si la niña está de espaldas o la niña no lo mira, el montaje de la escena perversa se desploma. Por lo tanto la mirada de la niña es fundamental. Este sujeto perverso está convencido que la niña lo desea y además que se excita o se va a excitar con él. Ese es su punto de locura. Su convicción de ser objeto de deseo para el otro. Es en la mirada donde se identifica con la niña [mecanismo de identificación proyectiva]. Allí invierte los lugares y pasa a ser la niña. El supuesto goce fálico de la niña, es su propio goce. Se masturba y alcanza una plenitud orgásmica. Este sujeto cree saber todo sobre el placer. Monta la escena a su antojo. Obliga al otro a jugar su parte. Por eso Lacan dice que el perverso tiene una voluntad de goce [del otro]. Como vemos este es un protocolo erótico rígido que está obligado a ser montado como único acceso a su vida sexual. No es como el neurótico, en donde se juega la incertidumbre no está marcado por la castración no puede entrar en la dialéctica del amor. En el neurótico que si está marcado por la castración, su tormento estará en el amor siempre en duda y en la demanda de felicidad.

Un masoquista célebre

Tomemos ahora el ejemplo de un masoquista célebre. Me refiero al aristócrata del siglo XVII Leopold von Sacher-Masoch. En su libro *La Venus de las pieles* Sacher-Masoch le hace decir a los personajes Wanda y Severino lo siguiente. Severino que es un masoquista perverso y no un simple neurótico como fue Sade, escribe una carta-convenio a Wanda. Allí le dice lo siguiente: 'el señor Severino quiere a partir del día de hoy, bajo palabra de honor y de caballero, ser su esclavo. Como esclavo de la mencionada señora se compromete a satisfacer sin reservas todos sus deseos, siéndole totalmente sumiso. La señora Wanda adquiere el derecho no solo de golpear a su esclavo por las faltas que cometa, sino también el de maltratarle por capricho, a su antojo e incluso hasta matarle si le place. Este hombre [masoquista perverso] no conseguía con-

sumar el acto sexual a menos de ser golpeado y humillado por Wanda, esta Venus de pieles que le hace de partenaire.

Un masoquista verdadero

El caso clínico que presenta el analista francés Michael de M'uzan en su valioso libro 'Del arte a la muerte' en el capítulo del Masoquismo Perverso, me sirve para ilustrar la inversión de los lugares y el enigma del placer en el dolor. Este hombre masoquista perverso que llamaremos Monsieur-M consigue partenaire masculinos por contrato. Es decir les paga por el acto sexual. Estos llamados prostitutos masculinos deben seguir un guión estricto presentado por Monsieur-M. Siguiendo el guión, el partenaire lo somete a una brutal humillación verbal y luego inician la producción del dolor. En este caso de Monsieur-M el acto masoquista se acompañaba de mutilaciones. Amputación del dedo meñique del pie, de los pezones, agujas de fonógrafos clavados en los testículos. Todo realizado por órdenes del sujeto masoquista perverso.

En el encuentro con el sadista, el masoquista cree ser objeto de su deseo [punto de irrealidad y locura]. Recordemos que el sujeto perverso es el falo y el sujeto neurótico duda de tener o no tener el falo. El perverso por identificación invierte los lugares y su goce fálico va a brotar en el lugar del otro. Gozará en el otro. La voz juega un papel muy importante en esta escena sadomasoquista. Tan importante como la mirada en la escena exhibicionista voyerista. El masoquista le pedirá al sadista por más dolor. Cree que el sadista goza en producirle dolor. Según Monsieur-M el dolor le duele, no es placentero. La creencia cierta de que él, le está dando placer al sadista, es lo que le hace pedir por más [otro punto de locura]. Para el masoquista el placer de órgano brota en el lugar del sadista. Es decir por identificación [proyectiva] con el sadista, el masoquista accede al orgasmo. Inmediatamente después cae en un dolor espantoso. La voluntad de goce del sujeto perverso está en el lugar del otro. El masoquista en su pedido de dolor y humillación pide siempre por más. Es el sadista el que retrocede ante el exceso. El sentido del acto perverso en un sujeto de perversión consiste en que esta es la única forma de tener acceso a la vida sexual. Esto lo logra a través de su protocolo erótico personal.

Sentido del acto perverso en las neurosis

El acto perverso del neurótico no es más que la puesta en acto de su fantasma sexual. Este acto perverso tiene un sentido, este sentido tiene que ver con la dialéctica de la angustia. Muy diferente del sentido del acto perverso en la estructura perversa, que tiene que ver con la dialéctica de la voluntad de goce.

Fantasma sexual

Sabemos que el fantasma es de naturaleza sexual y siempre es perverso, porque apunta a velar la castración. Lacan tomó el concepto de fantasma del mismo Freud, quien en 1895, en su trabajo sobre la Histeria, dice que los seres humanos y especialmente las histerias, reprimen sus fantasías sexuales. Son reprimidas al encontrarse censuradas y en desarmonía con los ideales del sujeto. Esas fantasías sexuales son construidas en forma individual por cada persona. Esa construcción inconsciente realizada en la temprana infancia es lo que Lacan va a llamar, el fantasma sexual. La construcción de esa fantasía sexual en la temprana infancia es muy particular. Es construida por el sujeto para aliviar la angustia de castración. Por lo tanto vela la castración en una forma muy especial para cada uno. Ese fantasma sexual es por lo tanto perverso, pero no tiene naturaleza de síntoma. Es una construcción inconsciente, precoz e inmodificable. Va a constituir lo que Lacan llamaba el tesoro de la sexualidad. En la construcción del fantasma, se van a encontrar el sujeto y su pequeña-a. Se realiza un acoplamiento exclusivo para cada uno. El objeto-a es un objeto topológico muy complejo. Es un resto inconsciente, algo que queda, lo que cae, de la más temprana relación con la madre. Por eso el algoritmo del fantasma en el neurótico es $\$ \diamond a$. Este algoritmo o matema en el sujeto perverso invierte los lugares: $a \leftrightarrow S$. La pequeña-a como objeto es un real. *La única ventana que el sujeto tiene a lo real*. Es decir un algo desconocido para el sujeto. Un algo perdido [el objeto perdido] que se busca sin posibilidad de encontrar. Sin embargo en la pasión de amor y en la pasión de odio, el sujeto en ficción cree haberlo encontrado. Para luego desengañarse.

Inclusión del fantasma sexual

El neurótico acepta su incompletud y asume su castración. Está inscrito en la ley del deseo y marcado por la ley del padre. Se somete a la

prohibición del incesto y del parricidio. Como acabo de explicar, su fantasma es una tentativa de velar la castración. El neurótico puede desarrollar una actividad sexual en pleno desconocimiento de su fantasma. Una actividad sexual movida por la pulsión sexual sin incluir al fantasma reprimido. Produce un goce fálico en el puro registro pulsional. El fantasma puede entrar en la vida sexual del neurótico en dos circunstancias.

El fantasma en acto

Ante situaciones de angustia el neurótico puede llevar el fantasma al acto. Ese acto perverso puede ser enmarcado dentro del concepto de acting out [Agieren]. En ese acting out se trata de mostrar en acto una verdad en el campo del otro, en ausencia de conocimiento del sujeto. Es decir un acto sin sujeto. Se actúa sin saber lo que muestra <aparta el saber de esa verdad que habla sin sujeto> dice Lacan. El acting out monta al objeto-a en la escena del otro. La verdad que se muestra es una verdad de goce [de sufrimiento]. En muchos casos esta verdad ofrece un goce al otro. Atentos que no es un *'goce en el otro'* como ocurre en el verdadero perverso.

Dos breves ejemplos

(a) Adam Limentani en su trabajo de 1987 titulado 'Perversiones: Tratables e Intratables' describe el caso de un hombre exhibicionista neurótico adulto tratado en análisis por varios años, que hacía acting out perversos exhibicionistas en situaciones de angustia por abandono. Limentani refiere un episodio transferencial. Después de unas largas vacaciones este paciente muestra una transferencia negativa con mucha hostilidad. Limentani decide interpretarle por el lado de la protesta al padre y luego a la madre. No le interpreta los intensos y profundos sentimientos de abandono. El paciente termina la sesión muy disgustado. Al llegar a la esquina del consultorio realiza un acto de exhibicionismo genital. Posteriormente se pudo entender sus sentimientos de abandono y la impotencia en que fue colocado por el analista. Está claro que este caso no es un verdadero perverso, sin embargo su acto era perverso. Su estructura era neurótica.

(b) Una paciente mía tenía la necesidad de tener varios objetos de amor simultáneos. Tenía tres novios a la vez, además de su esposo. Ella su-

fría de un profundo sentimiento de vacío interior. Este vacío se mostraba a veces como un hueco en el centro del pecho. Había sufrido un traumático abandono de su madre desde el primer año de vida, hasta los ocho años en que la madre se recupera de su melancolía al separarse de su padre. Esta paciente disfrutaba de su sexualidad orgásmica sin ningún problema. Posteriormente inicia relaciones con un nuevo novio quién la introduce en las prácticas sado/masoquistas, con escenografía, mascararas y rituales. Ella ocupaba el lugar del sádico y otras veces el del masoquista. En esas oportunidades la escena consistía en ser violada y humillada. Estas prácticas sexuales les conducen a un éxtasis sexual no conocido anteriormente. Dice que de alguna manera ella siempre supo, como una intuición que estas prácticas sexuales estaban hechas a su medida. Ahora bien. ¿De qué se trata todo esto? No hay duda de que se trata de actos sexuales de naturaleza perversa, ya que intentan velar la castración. ¿Pero se trata de una estructura neurótica o de una estructura perversa? Yo propongo que esta paciente es neurótica, con elementos obsesivos en su sexualidad. También padece de una seria dificultad narcisista. Pero no corresponde a una estructura perversa. Serían actos perversos o rasgos de perversión en un neurótico.

Acceso al fantasma

Ciertas personas por efecto del análisis o por efecto de ciertos acontecimientos de la vida o por su dedicación a las humanidades o al arte, pueden tener acceso a rescatar muchos de sus elementos reprimidos. La maduración o la evolución en la vida los puede llevar a modificar sus sistemas de ideales. Lo que en una época tuvo que estar reprimido, ya no lo está. Por esta vía pueden llegar a tener conciencia de su fantasma sexual. Cuando esto ocurre ya no lo pueden ignorar. Este atravesamiento del fantasma lo hace disponible a ser usado en la vida sexual cotidiana. Puede ser usado en fantasía o puede pasar al acto ocasionalmente. Todo depende del caso por caso. La presencia de este fantasma sexual no es síntoma neurótico. Es simplemente el fantasma. Una construcción del inconsciente devenido consciente. Soy de los que piensan que cuando el fantasma es traído al análisis este se explora, pero no tiene que ser considerado como un síntoma neurótico sexual que tenga que resolverse o eliminarse.

El acto perverso del neurótico tiene un sentido, tiene que ver con la dialéctica de la angustia. En el sujeto de perversión el acto tiene que ver

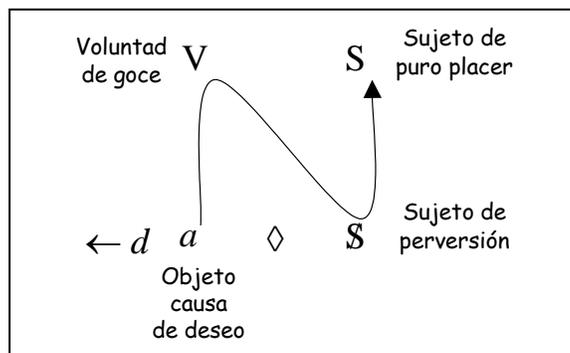
con la dialéctica de la voluntad de goce. Desde el vértice del acto ambos son similares. Desde el punto de vista del sujeto, ambos actos son completamente diferentes. El sujeto de perversión tiene su sexualidad completamente atrapada y con la certeza de su guión. El sujeto de neurosis la tiene abierta y permanentemente en duda.

Capítulo 14

ESTRUCTURAS PERVERSAS: Segunda parte

La estructura perversa: Para conceptualizar la constitución de la estructura perversa inconsciente es necesario ir paso a paso. Recomiendo haber leído cuidadosamente el capítulo anterior, solo así podrá comprender el sentido de la constitución inconsciente del sujeto estructurado como perverso.

El grafo de la estructura perversa



La Verleugnung [desmentida]: El mecanismo básico para la formación de una estructura perversa está en la desmentida (verleugnung). Esta desmentida refiere a un mecanismo psíquico por medio del cual el niño pequeño va a ignorar la realidad perceptiva, de que la mujer (madre) no tiene pene. El niño en su angustia desmiente y ve un pene, que la madre no tiene. Freud dijo en su trabajo de 1927 sobre el Fetichismo lo siguiente: 'cuando el niño mira el sexo de la niña, desmiente aquello que ha visto. Ante el conflicto entre el peso de la percepción ingrata y el poderío del deseo opuesto, el niño llega a una transacción, tal como solo es posible bajo el dominio de las leyes del pensamiento inconsciente'.

Este es el momento para el primer paso en la constitución del sujeto perverso. Este momento clave ocurre en una edad muy temprana. Coincide con el descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos.

La escisión del Yo [Ichspaltung]

Esta desmentida que exige del sujeto una contradicción viviente, ya que sabe y a la vez no quiere saber, sobre la ausencia del pene materno, necesita de otro mecanismo mental que la complemente. Me refiero al mecanismo de la Escisión del Yo [ichspaltung]. Este mecanismo va a permitir las aseveraciones irreconciliables de la desmentida y a permitir la aceptación y la negación de la castración en forma simultánea.

Ser el falo

Ante este problema específico de la desmentida de la castración materna, el niño zanja la angustia de castración por el lado de ser el falo (o no serlo), pero nunca por el lado de tenerlo, (o no tenerlo) como hace el neurótico. Este punto de fijación de ser el falo va a petrificar de una forma específica su acceso a la vida sexual. Con esto quiero decir lo siguiente.

Ser el Instrumento de goce

Al optar por ser el falo, significa que él es el falo para otro. Por esta vía el perverso se convierte en ser un instrumento de goce para el otro. Ser el falo del otro es ser el objeto sexual del otro. Aclaremos bien este punto. Ser el objeto de deseo del otro, nos refiere a la estructura neurótica, ya que el neurótico desea ser deseado por el otro. Resulta que en el perverso existe un giro adicional. Si bien el neurótico desea ser deseado, conserva su lugar de sujeto. Como sujeto, desea ser deseado. Su dialéctica del deseo con el otro, pone al otro como objeto deseado y a la vez como sujeto deseante. Ambos se reconocen como castrados, incompletos y desde esta condición desean la ilusoria completud que le ofrece el otro. Esta es la dialéctica neurótica. El matema que Lacan creó para el neurótico coloca al sujeto del lado izquierdo y al objeto en el lugar del otro, a la derecha: $\$ \langle \rangle a$.

El giro adicional que convierte a esta dialéctica en perversa, es la siguiente. Como su punto de fijación lo petrifica en ser el falo para el otro, este sujeto de perversión no se reconoce como castrado, ni incompleto. Es el otro el que está incompleto (es decir castrado) y desde allí lo puede desear a él. Por lo tanto el perverso se identifica en una forma loca con el otro. Ocupa ese lugar del otro. Al hacer esto invierte

la lógica de los lugares y surge como sujeto en el lugar del otro. Es decir en el lado derecho del matema: $[a \diamond \$]$. Por eso Lacan dice que <en esta estructura perversa el otro es un simple soporte del sujeto>. El otro queda reducido a una armazón humana que lo sostiene como sujeto [no es un semejante]. Más adelante este giro nos explica la propuesta teórica de que el goce fálico o placer de órgano del perverso brota en el lugar del otro. Esto nos lleva al próximo paso. De la dialéctica del deseo pasamos a la voluntad de goce.

La voluntad de goce

Su punto de petrificación de ser el falo para el otro, imposibilita al perverso de estar inscrito en la ley del deseo. Esto lo sustituye con la voluntad de goce. Por esto la antinomia descrita por Lacan entre el deseo y el goce en la estructura perversa. 'el deseo siempre en fuga en el perverso, se hace voluntad de goce [en el otro]'. Cuando el exhibicionista perverso sale en busca de su partenaire y lo encuentra en la figura de una niña anónima, lo hace convencido de que esa niña lo desea. Requiere que esa niña lo mire. 'Ese ojo que mira es fundamental'. Sin esa mirada todo el montaje perverso se desploma. Es en la mirada donde va a ocurrir la identificación y la inversión de los lugares. 'La mirada del otro sostiene el montaje perverso'. Todo esto ocurre por la decidida voluntad de goce del perverso. El perverso está convencido de que la niña lo desea [punto de locura] y cree ver el relampagueo del deseo en esa mirada. Su voluntad de goce lo lleva a invertir los lugares y a estar convencido del placer sexual que le está dando a la niña. Es en ese lugar de la niña, donde el perverso logrará su orgasmo por vía de la masturbación. Por eso Lacan dice que 'el goce fálico brota en el lugar del otro y la voluntad de goce es una voluntad de goce en el otro'.

La tiranía del guión

Este montaje perverso es rígido y el sujeto de perversión se encuentra atrapado en él. Por eso encontramos que la voluntad de goce del sujeto perverso no es de libre albedrío. Para acceder a su vida sexual, el perverso tiene que hacerlo siguiendo el guión que el mismo ha construido. Tiene que someterse a su propia escena en forma estricta. Esto es así, porque sabemos que para lograr su goce fálico, el perverso tiene que lograr convertirse en el objeto sexual del otro. <El perverso deviene objeto> dice Lacan. Así pues, su código erótico está petrificado. El pro-

ducto final de esta voluntad decidida de goce, es un ser de puro placer. Allí se agota momentáneamente su sexualidad y el perverso rescata su cordura. Así el exhibicionista huye de la escena. El masoquista después de lograr colocarse [por identificación] en el lugar del sadista, va a pedir por más dolor. En medio de todo ese dolor y humillación es que podrá acceder al orgasmo, en el lugar del sadista. La voz va a jugar en esta escena el papel principal. La voz de pedir por más y la voz del sadista que lo humilla y lo denigra. Aquí se agota momentáneamente su sexualidad. El masoquista rescata su cordura y cae en un inmenso dolor físico. De esta forma la escena perversa ha terminado y el sujeto quiere salir rápidamente de ella.

El Perverso como un ciudadano ejemplar

La escisión del Yo va permitir que el sujeto perverso en su vida cotidiana sea un ciudadano ejemplar. Fuera de su mundo sexual el sujeto perverso se encuentra razonablemente bien adaptado al ambiente social. Inteligente, responsable y buen trabajador. No sufre de angustia ante la extraña característica de su vida sexual secreta. Por lo tanto no necesita consultar al analista ni al terapeuta sexual. Por todas estas razones soy de los que piensan que la mayoría de nuestros analizandos que nosotros llamamos perversos, no son más que rasgos perversos o fantasmas perversos en sujetos neuróticos que sufren de angustia, culpa, vergüenza y arrepentimiento por esa conducta sexual. Para mí está claro que según la lógica de las estructuras son neuróticos y no perversos verdaderos.

La perversión es masculina

Antes de terminar hay un punto controversial y polémico que quisiera abrir a debate. Me refiero a la imposibilidad de que la mujer [organizada como femenina] pueda ser sujeto de perversión. La lógica del falo y de la castración es inexorable. La mujer no deviene perversa. Su estructura sexual no lo permite. La lógica de la diferencia de los sexos y de la castración produce efectos diferentes, pero no por el lado de una estructura perversa, sino por el lado de la erotomanía. El hombre [masculino] podrá ser sujeto de perversión y la mujer [femenina] podrá ser sujeto de erotomanía. La estructura femenina la empuja a la erotomanía y la aleja de la perversión [como estructura, no como acto]. La mujer [masculina] si puede ser sujeto de perversión. Igualmente el hombre [feme-

nino] puede ser sujeto de erotomanía. La lógica detallada de esta propuesta es motivo de otro trabajo.

Capítulo 15

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Primera parte

Diversidad sexual: Es necesario empezar por precisar algunos conceptos sobre la organización de los aspectos sexuales de la mente en el ser humano. A pesar de la insistencia de los biólogos y de sus recientes descubrimientos en el campo del genoma humano y los novedosos descubrimientos en el campo de la neuroanatomía y neurofisiología, a pesar de todo eso, sigue siendo un paradigma el que la organización sexual del ser humano está determinada por las experiencias de la temprana infancia. El psicoanálisis desde sus orígenes, hasta las contribuciones más recientes, tiene proposiciones muy específicas y originales en relación a la forma como el ser humano organiza la dialéctica de su deseo sexual.

Para entender la proposición que el psicoanálisis hace en relación a la organización y al funcionamiento de los sexos es necesario distinguir por razones didácticas: cinco aspectos fundamentales de la sexualidad del sujeto humano: (1) Lo Real sexual: el cuerpo en su exterior e interior. (2) La identidad sexual: sexo de asignación. (3) El género sexual cultural: un arbitrario social. (4) La escogencia del objeto: objeto del deseo sexual. (5) El género sexual inconsciente: En esencia es algo propio.

Fundamentos psicoanalíticos

Esta distinción está basada en cuatro teorías psicoanalíticas:

(a) Efectos de la diferencia anatómica de los sexos. (b) La teoría del complejo de castración y sus efectos. (c) El estatuto de la lógica del Fallo. (d) La teoría del Complejo de Edipo

Lo real sexual

Refiere a lo Real del cuerpo. Sabemos que el sujeto es primero y ante todo, cuerpo materia de carne. Luego se marca como humano a través del efecto del significante. Lo Real del cuerpo va a referir a la anatomía y fisiología humana proveniente de aquello que está determinado por la genética humana. Así tenemos que en el juego azaroso de los cromosomas sexuales se va a determinar la identidad sexual genética del su-

jeto. Esto sexualidad genética determinará el desarrollo anatómico y fisiológico sexual del feto. El feto nace la mayoría de las veces con órganos sexuales definidos. Algunas veces los órganos sexuales visibles son ambiguos de difícil diagnóstico sexual. Esta ambigüedad de la morfología sexual genital crea la posibilidad de un error en la asignación sexual primaria el cuál creará serios problemas en el futuro de ese niño. Así encontramos niños varones, diagnosticados erróneamente como hembras y viceversa. Es lo que hemos llamado errores en la asignación sexual. Este aspecto de lo corporal convoca en psicoanálisis a un concepto nuevo reciente que ha sido llamado por Jacques Lacan: Lo Real (Lacan, 1972). Lo Real es algo que existe, sin que el sujeto sepa que existe. Lo Real no está atravesado por el significante. Es diferente al criterio de La Realidad, que refiere al concepto [sujetividad] que como sujetos tenemos de lo que existe. En el Real sexual se presenta un aspecto del Real y además un aspecto de la Realidad. El conocimiento que podría tener un niño de cierta edad, por ejemplo en la latencia 6 a 9 años del error en la asignación de su sexo, confronta al sujeto con aspectos de La Realidad y con aspectos de un Real desconocido.

Identidad sexual: el sexo de asignación

La identidad sexual separa los sexos. Los hombres por un lado y las mujeres por el otro. Pongo aparte los casos de ambigüedad o indefinición sexual. Ya no se piensa que un niño varón o hembra desarrolla su identidad sexual por el simple reconocimiento de su realidad anatómica o por la fuerza de su biología hormonal. Al contrario el psicoanálisis ha demostrado una y otra vez que la identidad sexual del niño es: aprendida, precoz e imborrable. Así la identidad sexual no está dada por la simple presencia del órgano anatómico sexual. La identidad sexual deviene por identificación a un significante producido en el discurso de los padres.

Discurso de los padres

La identidad sexual es producto del discurso de los padres sobre el niño. La identidad sexual del ser que habla se aprende, no viene dada por la biología. La mirada a los genitales del niño y el deseo inconsciente de los padres sostienen la asignación del sexo que ambos progenitores ofrecen al niño. Así la convicción y la certeza de ser varón o hembra es aprendida e imborrable y corresponde al sexo asignado por el discurso

de los padres. El niño queda marcado por un significante sexual. Esto es así aun cuando el sexo asignado por los padres no corresponda con el sexo biológico del niño. Un niño asignado como varón se considerará a sí mismo varón, aun cuando su sexo biológico corresponda a una hembra y viceversa. El poder del discurso de los padres para asignar la identidad sexual proviene de un complejo e intenso proceso de identificaciones en el niño que dan origen a la identidad sexual adquirida.

La identidad no es complementaria

Esta identidad no es complementaria. Es decir, un hombre es un hombre y una mujer es una mujer, aunque no esté presente el sexo contrario. Sin embargo desde el punto de vista de la función sexual hacerse hombre o mujer es hacer signo en el coito a la mujer o al hombre que se desea. Es en el campo del otro donde el sujeto va a confirmar su ser sexual.

Nivel jurídico de la identidad

Existe un nivel legal, jurídico de la identidad sexual. Se refiere a la identidad sexual asignada al recién nacido en el momento de inscribirlo en el registro civil. Generalmente coinciden la identidad sexual legal y la identidad sexual adquirida o también llamada asignada. A veces no coincide con la identidad sexual biológica. Por esto afirmamos que un sujeto adquiere su identidad sexual, es decir se sabe hombre o mujer por la convicción que resulta de la asignación del sexo ofrecida a través de la cadena significante en la más temprana infancia. Si no coincide con la biológica o con la jurídica el sujeto tendrá serios problemas posteriores.

Género sexual cultural: lo arbitrario social

El problema de la organización sexual se complica cuando aparece la dimensión de lo masculino y lo femenino en el sujeto. Con esto me refiero a las actitudes, ideales y manerismos y conductas aprendidas relacionadas con la identidad sexual que el sujeto va a desplegar como socialmente apropiadas en relación con su cultura y su sexo de asignación. J. Money plantea en 1955 lo ahora se entiende por género sexual: 'la construcción social, cultural e histórica que cada sociedad realiza sobre uno u otro sexo'. Es una categoría social impuesta a un ser sexuado: creencias, sentimientos y conductas, que toda sociedad en la

historia ha dado a la diferencia sexual (Carril Berro, E. 2000). Sabemos que el Yo como instancia psíquica se constituye en la temprana infancia gracias al mecanismo de identificación. El género sexual es parte del Yo y se adquiere por identificación con los valores aportados por las figuras significativas en la infancia representantes de una cultura dada. Así un varón que se reconoce como varón, puede tener conductas y gestos femeninos provenientes de una identificación materna. Puede adquirir los valores y la conducta propia de su madre. Tenemos así a un varón con rasgos femeninos. Una hembra que se reconoce como hembra puede mostrar conductas y gestos provenientes de la figura de su padre. Sus valores y conducta proveniente de su padre pueden resultar en una conducta llamada masculina. Lo común y esperado, es que el varón muestre conducta y valores masculinos y la hembra, rasgos femeninos.

Valores arbitrarios

Por lo tanto el género se refiere a la adquisición por el sujeto de un conjunto de valores culturales adscritos arbitrariamente a cada uno de los sexos. Esto incluye conductas, profesiones, gestos, actitudes, ideales, prejuicios, considerados por una sociedad dada como apropiadas para determinado sexo. Estos valores e ideales, son arbitrarios y subjetivos y se instalan por identificación desde la temprana infancia. Van a funcionar como organizadores de la vida futura del sujeto. Este sistema va a permitir un deslizamiento hacia la desigualdad y la injusticia de los derechos civiles asignados arbitrariamente a cada uno de los sexos. Estos valores arbitrarios e injustos se perpetúan consagrados por la costumbre y por los intereses creados. Las luchas de reivindicación ciudadana desde el siglo 19, han dado pequeños y progresivos triunfos hacia la igualdad de los derechos civiles de ambos sexos. Esta lucha se mantiene activa hasta nuestros días y aún hay mucho camino por recorrer.

Escogencia del objeto del deseo sexual

Este es un aspecto muy importante de la organización sexual humana porque define la vida sexual futura en relación a la heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad. Refiere a la escogencia que muy temprano en la vida hace un sujeto con el objeto de su deseo sexual. La segunda escogencia objetal y la más importante se realiza durante el periodo del Complejo de Edipo. La primera escogencia de objeto sexual en ambos sexos se realiza en el periodo especular o narcisista del desa-

rollo y se hace con la figura materna, por lo tanto resulta una escogencia heterosexual para el hombre y homosexual para la mujer. Durante el periodo del Complejo de Edipo se produce un giro en la escogencia del objeto del deseo sexual y una cristalización pulsional con ese nuevo objeto del deseo que va a mantenerse a lo largo de toda la vida. Esta escogencia como ya dije es muy variada y de forma inexacta se puede simplificar en tres tipos elementales: escogencia de objeto heterosexual, homosexual o bisexual.

Elección de objeto y el Edipo en el varón

La elección de objeto de deseo es subjetiva de múltiple determinación, involuntaria e inconsciente. La experiencia nos muestra que esta elección de objeto es inmodificable y va a codeterminar la organización sexual del sujeto y a definir precozmente su vida sexual futura. Como sabemos la madre introduce al niño en la metáfora del padre. Por esta vía la madre va a facilitar la ruptura del vínculo dual madre-hijo. El niño ingresa así en la relación triangular y comienza un episodio o un período que tendrá consecuencias para el resto de su vida. El complejo de Edipo va a completar la organización sexual del sujeto al lograrse finalmente la elección de objeto de deseo sexual. Una vez establecida, esta escogencia es inmodificable. El sujeto varón que va a devenir heterosexual tendrá un Edipo de predominio positivo. Es decir elegirá como objeto de deseo al progenitor del sexo opuesto. El niño empujado por la pulsión sexual va a encontrar en la madre el objeto del deseo y el padre como rival. Al resolver el Edipo empujado por la angustia de castración, se renuncia a la madre como objeto incestuoso y retiene la marca de la elección de objeto. En el Edipo negativo se comporta como niña y escoge al padre como objeto de deseo y la madre pasa a ser una rival. Por esta vía se establece una estructura sexual de tipo homosexual.

Elección de objeto y el Edipo en la hembra

El Edipo de la niña también puede ser positivo y negativo. Es positivo cuando elige al padre como objeto de su deseo. Y es negativo cuando elige a la madre. El progenitor del sexo opuesto pasa a ser el rival. La resolución del Edipo en la niña es más demorada que en el varón. El varón renuncia al objeto incestuoso de deseo antes de entrar en la latencia. La niña retiene el objeto incestuoso y el romance con su padre hasta la menarquia. La experiencia en la clínica nos enseña que el Edipo

se muestra completo. Es decir con sus afectos y deseos por la figura de la madre y del padre. Edipo positivo y negativo con uno u otro aspecto que predomina.

Género sexual inconsciente: algo propio

Refiere a la estructura de masculinidad o feminidad del sujeto. Se distingue del género cultural masculino y femenino porque estos últimos refieren a la adquisición por parte del sujeto de un conjunto de valores culturales adscritos arbitrariamente a cada uno de los sexos. El género sexual inconsciente, la esencia de la masculinidad o feminidad del sujeto, no viene dado por las identificaciones del Yo como ocurre con el género sexual cultural. La estructura de la esencia inconsciente del género, también es algo adquirido y también marcado a fuego en el sistema inconsciente del sujeto pero es producto de la angustia y de otra serie de mecanismos y experiencias temprana del niño. Participan la dialéctica del deseo, el choque de la diferencia anatómica de los sexos y sus consecuencias, el complejo de castración en ambos sexos y la lógica del falo que ambos sexos presentan. Especialmente está última en su aspecto de función fálica.

¿Qué es un hombre? y ¿Qué es una mujer?

Los psicoanalistas y otros teóricos de la existencia se han preguntado una y otra vez por la esencia estructural inconsciente de cada uno de los sexos. Se preguntan: ¿Qué es ser un hombre? ¿Qué es ser una mujer? ¿A qué refiere cuando decimos un hombre femenino o una mujer masculina? ¿Qué define la masculinidad y la feminidad? Si nos acercamos a la respuesta por el lado del género sexual cultural esta respuesta va a ser superficial, incompleta e inaceptable ya que solo responde por los valores e ideales arbitrarios, otorgados a ambos sexos por cualquier cultura de la historia. Esa respuesta no responde a la pregunta fundamental de lo esencial inconsciente del ser masculino o femenino. Freud mismo en 1916 en su trabajo sobre la Sexualidad Femenina se encuentra perdido y se refería a la naturaleza misteriosa de la esencia de la mujer con la metáfora del enigma africano. Decía la mujer es el continente negro. Es decir algo enigmático y desconocido.

Lo que no responde a esa pregunta

Ciertas capacidades biológicas específicas del hombre y de la mujer no responden a esta pregunta fundamental de la esencia estructural inconsciente. Me refiero a la capacidad de maternidad y de paternidad de la mujer y del hombre. Estas capacidades remiten a características específicas biológicas de cada sexo. Van más por el lado de Lo Real del sexo y solo afirman la identidad sexual biológica.

Esencia inconsciente del género

La respuesta vendrá por vía de la función fálica. Siguiendo la Lógica del Falo, la función fálica y el Complejo de Castración descrito por Freud presentaré una propuesta personal de cuatro registros que podrían ayudar a comprender el misterio de lo que constituye lo esencial de la estructura inconsciente sexual de ambos sexos: la esencia inconsciente del género. Estos registros que refieren a la masculinidad y feminidad los cuales pueden aparecer en hombres y mujeres:

- (1) Sadismo y Masoquismo
- (2) Perversión y Erotomanía
- (3) Ingenuidad e Intriga
- (4) Violencia asesina y Maldad oculta

Es importante aclarar, que un hombre al igual que una mujer puede organizarse indistintamente con una esencia, un carácter masculino o femenino. Así un hombre puede tener un carácter, una esencia femenina y una mujer un carácter, una esencia masculina.

(1) Sadismo y masoquismo

El hombre con un carácter masculino, es decir una estructura inconsciente masculina, identificado con el significante fálico que lo nomina como varón y sabiéndose portador del órgano de significación va a tener una posición relativa con el otro distinta a la de la mujer de carácter femenino. Su empuje pulsional se organiza más por el lado sádico. Es claramente activo y penetrador. Encuentra satisfacción al completar en ficción el falo que cree le falta al otro. Esta es una posición estructural masculina sadista. Por esta lógica el hombre y la mujer de carácter masculino, no pueden evitar ser sadistas. En las investigaciones socioló-

gicas relativas a la pregunta por el mundo masculino encontramos evidencias que apoyan esta propuesta. Elliot Gorn (1985) dice que en el mundo masculino al sur de Norteamérica, predomina el pasatiempo de peleas entre dos adversarios. Gorn se pregunta ¿Por qué pelean los hombres? ¿Qué reglas siguen? ¿Qué está en juego? En su investigación encuentra una sociedad rural, en que la ferocidad reemplaza la respetabilidad del padre de familia. La violencia, la mutilación, el reto al otro, constituye las relaciones, las jerarquías y las identidades de una sociedad de hombres.

Lógica del no-todo

Sabemos que la mujer por efecto de la ausencia del órgano sexual visible, se va a organizar según la lógica del no-todo. Esta posición de ausencia fálica la empuja a desear que el otro portador del falo la complete. Queda así marcada a fuego en su sistema inconsciente con el deseo de despertar el deseo del otro. Esta es una posición estructural femenina. La teoría psicoanalítica de la pasividad refiere a la idea de un sujeto que no inicia la acción y espera del otro que tome la iniciativa. Esta espera es una manera de comprobar que el deseo del otro ha sido finalmente despertado. Por esta vía se revela lo verdadero del deseo del otro. Su posición de aparente espera pasiva es interiormente activa y desesperada aunque invisible, como sus órganos sexuales. Por esta razón en el vínculo con el objeto de deseo la pulsión no encuentra fácilmente su camino de satisfacción ya que tiene que esperar por la acción del otro. Por lo pronto, la pulsión vuelve sobre el sujeto dando lugar al modelo estructural inconsciente masoquista. Por esta lógica la mujer y el hombre de carácter femenino no pueden evitar ser masoquistas.

Agresividad inhibida

Helene Deutch en 1930 dice lo siguiente: 'el medio ambiente ejerce sobre la mujer una influencia inhibidora para sus agresiones y su actividad. Las fuerzas del mundo interno y externo actúan en la misma dirección. Especialmente los componentes agresivos son los inhibidos: el medio social no solo los rechaza, sino también ofrece al yo de la mujer una especie de premio o soborno por renunciar a ellos. Así llegamos a un desarrollo que rápidamente tiene lugar en la mujer: la actividad se hace pasividad y se renuncia a la agresión, para ser amada. En esta renuncia las fuerzas agresivas que no son activamente gastadas deben

encontrar una salida y así lo hacen dotando al estado pasivo de ser amada, con un carácter masoquista’.

(2) Perversión y erotomanía

El hombre de carácter masculino, sea este heterosexual u homosexual ante el horror del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos y su correspondiente angustia de castración, pueden recurrir al mecanismo de la desmentida de la castración. Este mecanismo les permite afirmar que la mujer madre tiene pene. Ha visto con horror su ausencia, sin embargo afirma su existencia. La desmentida borra la diferencia anatómica de los sexos e inaugura el inicio de la estructura perversa.

La perversión

Por lo tanto solo los hombres o mujeres que tendrán carácter masculino sean estos heterosexuales u homosexuales pueden desarrollar o construir una actividad sexual perversa, como acto. La huella del trauma de descubrir la diferencia anatómica de los sexos con su correspondiente angustia de castración estará presente en la constitución de la psique de los hombres y mujeres de carácter masculino. Me refiero a sujetos neuróticos no perversos con carácter masculino que desarrollan una capacidad sexual que incluye normalmente fantasías sexuales perversas.

La erotomanía

El modelo sexual de la mujer de carácter femenino va por otro camino. La mujer y el hombre de carácter femenino, aceptan la diferencia anatómica de los sexos y entra en la lógica del no-todo y de sus efectos. Un primer efecto lo encontramos en el manejo de la angustia ante la diferencia anatómica de los sexos cuando acepta su condición anatómica de no-fálica. Se reconoce en la lógica del no-todo, sabe que no porta el órgano de significación fálica y solo tardíamente descubre la presencia invisible de su propio órgano sexual interno. Otorga al otro la posesión del Falo que desea. Va a desear ser completada por el otro. Por lo tanto es en el lugar del otro donde va a surgir el amor y el deseo y no en el lugar del sujeto. Este es un modelo sexual tipo erotómano ya que es en el lugar del otro donde surge el amor y el deseo. Así según esta lógica las mujeres y hombres de carácter femenino no pueden desarrollar un

modelo sexual perverso, pero igualmente no pueden evitar ser erotómanas o erotómanos.

(3) Ingenuidad e intriga

El hombre portador del órgano de significación y por lo tanto de la angustia de castración insiste en mostrar en metáfora no solo sus emblemas fálicos, sino también su suficiencia. En los hombres y mujeres de carácter masculino, la lucha abierta de poder, de puro prestigio y de portador del emblema fálico, pueden consumir su pulsión. Lejos de tener habilidades para la intriga y lo oculto muestran su inocencia estructural al creer en lo que sus ojos ven y en lo que sus oídos oyen. Así el hombre y la mujer de carácter masculino no pueden evitar su ingenuidad.

La intriga y el misterio

La mujer de carácter femenino acepta que tiene una diferencia anatómica radical con los varones. Acepta su condición diferente y entra en la lógica del no-todo. Sin embargo en esta diferencia existe un gran misterio. ¿Por qué es diferente a los otros seres? ¿O por qué los otros seres son diferentes a ella? La mujer y el hombre de carácter femenino se van a relacionar con el otro, con una capacidad natural de intriga ya que el misterio de ser no-toda nunca queda completamente aclarada. En su estructura inconsciente busca el falo en el campo del otro. Al otro le es otorgado por este sujeto un falo imaginario y pasa a ser reconocido por la mujer de carácter femenino como un hombre, portador del falo deseado. El deseo de la mujer de recibir del otro esa completud fálica, le otorga al otro el lugar del amo. Si el otro es el amo y ella desea que él la desee, entonces no puede evitar ser fácilmente sugestionable. Para lograr seducirlo recurrirá a métodos y recursos secretos e invisibles. A veces poderes quirománticos. La mujer y el hombre de carácter femenino, heterosexual u homosexual, siempre usará recursos y métodos secretos en la búsqueda y en la conquista de los emblemas del Falo: fama, dinero, amor, poder. La mujer y el hombre de carácter femenino no pueden evitar el disponer de esa capacidad natural, para leer intenciones secretas en los actos de los otros y buscar sus fines a través de estrategias secretas y misteriosas.

(4) Violencia asesina y maldad oculta

El hombre de carácter masculino por lógica fálica portador del órgano de significación expresará sus deseos asesinos de manera directa. Esto es ejerciendo su poderío muscular fálico en forma directa asesina. Son crímenes visibles y aparatosos. La destructividad en el hombre y la mujer de carácter masculino sean estos heterosexuales u homosexuales, encuentran su expresión en la capacidad muscular sádica que le permite matar en forma directa.

La maldad en la mujer

La mujer al saberse no-toda desarrolla un resentimiento que conduce a la específica capacidad de maldad oculta que tienen las mujeres de carácter femenino. Sus deseos asesinos encontrarán una vía de expresión a través de métodos ocultos y secretos. La salida del carácter femenino en un hombre o una mujer es indirecta, utilizando los recursos de planes, estrategias y cómplices. Crímenes no visibles. La mujer y el hombre de carácter femenino buscan el desquite y la venganza, testimonio inconsciente del resentimiento infantil, por haber nacido mujeres y no hombres.

El problema teórico de la bisexualidad

Desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica la bisexualidad humana es definida simplemente por la realización del acto sexual con ambos sexos. Es un concepto fenomenológico, algo visible. En clínica psicoanalítica las cosas son distintas. Un sujeto es hetero u homosexual, no por el tipo de acto sexual que realiza, sino por la escogencia de objeto de deseo sexual que va a determinar su estructura. Así un hetero u homosexual definido por la escogencia de objeto, pueden realizar actos sexuales con ambos sexos como un acting out o un pasaje al acto. El acto es bisexual, pero el sujeto puede no serlo. Sin embargo también es cierto que desde el punto de vista de la escogencia de objeto, es posible que exista una doble escogencia objetal, resultando así en una estructura bisexual inconsciente. Así tenemos el acto bisexual realizado por un sujeto bisexual o mono-sexual.

La ambigüedad sexual

La convicción de ser hombre o mujer corresponde a la asignación arbitraria de sexo. Esa convicción se hace permanente después de los tres años de edad. Esto es así aún cuando esta identidad sexual no concuerde con el sexo biológico, es decir el sexo cromosómico y gonádico.

Los biólogos resumen en cuatro niveles los distintos aspectos biológicos de la determinación sexual: (a) Sexo cromosómico [llamado genético] (b) Sexo gonádico (c) Órganos sexuales internos (d) Sexo genital externo [incluyen los caracteres sexuales secundarios]. Sin embargo al final de cuentas el sujeto se sabe hombre o mujer por la convicción que resulta de la asignación del sexo independiente del sexo biológico.

Identidad sexual

El psicoanálisis ha demostrado una y otra vez que la identidad sexual del niño es: aprendida, precoz e irreversible. Así la identidad sexual no está dada por la simple presencia del órgano anatómico sexual. La identidad sexual deviene por identificación a un significante producido en el discurso de los padres. Quiero decir es producto del discurso de los padres sobre el niño. La identidad sexual del ser que habla se aprende no viene dada por la biología. La mirada a los genitales del niño y el deseo inconsciente de los padres sostienen la asignación del sexo que ambos progenitores ofrecen al niño. Así la convicción y la certeza de ser varón o hembra es aprendida e irreversible y corresponde al sexo asignado por el discurso de los padres. El niño queda marcado por un significante sexual. Esto es así aun cuando el sexo asignado por los padres no corresponda con el sexo biológico del niño.

Estados intersexuales

El sexo biológico está determinado inicialmente por el sexo cromosómico. Estos cromosomas (XX o XY) van a determinar la aparición de las gónadas en ambos sexos. La producción hormonal temprana intrauterina producidas por estas gónadas van a producir efectos en el desarrollo físico del feto. De una primera placa neural sexual indiferenciada, bajo los efectos de las gónadas y sus hormonas incipientes, se van a diferenciar los órganos sexuales del feto. Ya desde la décimo sexta semana de vida el feto tiene definido su desarrollo sexual biológico. Esta normali-

dad de acontecimientos puede estar sometida a interferencias e irregularidades variadas. Así vemos nacer seres con órganos sexuales externos visibles que no corresponden posteriormente con el sexo biológico, apareciendo toda una gama de estados intersexuales y ambiguos. Así nacen niños con un pene que tienen útero y ovarios y un diagnóstico cromosómico femenino. Y viceversa. Para complicar aún más las cosas nosotros los psicoanalistas sabemos que la vida sexual del sujeto que habla, atravesado por el lenguaje y el significante, sujeto del inconsciente, se va a constituir subjetivamente por las experiencias de la temprana infancia, abriendo así el camino a una variedad de ambigüedades en su organización sexual. De esta forma encontramos los sujetos transvestis y los sujetos transexuales.

Hermafroditas

El ser humano desde un punto de vista cromosómico no puede pertenecer a los dos sexos a la vez. Por lo tanto en un específico sentido cromosómico los hermafroditas no existen. Se va a tratar siempre de un pseudo-hermafroditismo. La ambigüedad sexual de estos casos reside en la incertidumbre del diagnóstico sexual. La apariencia genital externa no coincide con el sexo biológico cromosómico que es invisible, solo diagnosticable en el laboratorio. Las malformaciones sexuales son capaces de provocar distintos problemas en la vida sexual del sujeto, pero no quebrantan la convicción de su identidad sexual asignada. Sabemos que el sexo biológico cromosómico no cuenta en la asignación sexual que los padres otorgan a sus hijos. La anatomía, la apariencia genital y el firme deseo de los padres, en relación al sexo que le va a asignar a su prole, dan un impacto tan convincente que elimina toda la importancia de lo cromosómico, lo gonádico y los órganos sexuales internos. Después de los tres años de edad, la identidad sexual adquirida es irreversible. En los casos de error en la asignación sexual, el infante va a conservar la convicción de su identidad sexual, errada o no. Se puede cambiar el sexo anatómico por vía quirúrgica, más no se puede cambiar la certeza de la identidad sexual. Es recomendable para la vida futura del infante realizar cambios quirúrgicos del aparato genital cuando no se ha establecido firmemente la identidad sexual, es decir antes de los tres años. En caso contrario es preferible privilegiar, a la hora de un ajuste quirúrgico, la identidad sexual ya establecida. La cosa se complica porque muchos sujetos asignados erróneamente en su sexualidad solo lo van a descubrir tardíamente, cuando en la pubertad las gónadas produ-

cen los caracteres sexuales secundarios. Así varones con órganos sexuales externos masculinos comienzan a producir hormonas femeninas y caracteres sexuales femeninos, por ejemplo le comienzan a crecer los senos. Resulta que su sexo cromosómico y gonádico es femenino.

Bisexualidad y biología

La teoría biológica de la bisexualidad establece que todo ser dotado de sexo posee ciertos caracteres fisiológicos y restos anatómicos del sexo opuesto. La teoría psicoanalítica de la bisexualidad se refiere a la identificación a la madre y al padre, que los niños de ambos sexos establecen en la temprana infancia. Una de estas dos identificaciones será dominante y la otra será reprimida. El bebé en los primeros meses no tiene establecida una clara identidad sexual por eso se propone un periodo ambiguo, indiferenciado, que luego va a dar paso, a las dos identificaciones mencionadas: existencia de la fase de bisexualidad humana. Luego dará paso a la definición de su identidad sexual: adquirida y asignada por los padres que como hemos dicho será irreversible al final de los tres años.

Identidad hermafrodita

Robert Stoller en su libro <Sexo y Género> de 1968 introduce el concepto de la identidad hermafrodita. Se refiere a ciertos casos en que los padres mantienen una duda acerca de la identidad sexual de su hijo. Esto ocurre cuando existe una ambigüedad en la anatomía sexual del niño. Hoy en día esta ambigüedad sexual podría aclararse rápidamente en el laboratorio. Al menos el sexo cromosómico y gonádico podría establecerse tempranamente. En ciertos sitios, ciudades y países del planeta esto no es posible. No existen los adelantos del laboratorio especializado en genética. Así encontramos casos en que la ambigüedad del diagnóstico persiste y el niño no se define, ni como hembra, ni como varón. Después de los tres años la convicción de su identidad sexual es de ambigüedad. Posteriormente esta certidumbre de ambigüedad es inmodificable.

Transexuales

Los estados transexuales refieren a hombres que se creen mujeres y viceversa. No padecen de ningún error en la asignación de sexo. Son hombres o mujeres biológica y cromosómicamente bien constituidos, sin problemas biológicos en sus órganos sexuales internos, ni en la producción de sus hormonas sexuales. Sin embargo presentan una total convicción de ser, de pertenecer, al sexo opuesto. Dicen: <Soy una mujer atrapada en el cuerpo de un hombre> o dicen <soy un hombre atrapado en el cuerpo de una mujer>. Viven una contradicción permanente y en estado de inconformidad y sufrimiento a tal punto que algunos luchan sin descanso hasta lograr una modificación anatómica quirúrgica de sus genitales externos. Logran así convertirse en el sexo anatómico que corresponde con su convicción sexual.

Muchos de estos casos después de operados, no encuentran la tranquilidad anhelada. La pregunta por la génesis de estas patologías nuevas espera por respuestas satisfactorias. La mayoría de analistas considera que los estados transexuales corresponden a serias patologías narcisistas de la personalidad. En algunos casos encontramos evidencias de procesos psicóticos. En otros casos se encuentra solo la patología narcisista neurótica. Me permito abrir la posibilidad de considerar los estados transexuales como una alternativa válida de algunos sujetos que misteriosamente han sido constituidos psíquicamente de esa forma, sin necesidad de considerarlos un estado patológico.

Transvestis

El fenómeno travestí es otra cosa. Corresponden a los hombres y mujeres que se visten y actúan como si fueran del sexo opuesto. Hombres vestidos de mujeres y viceversa. Algunas veces encontramos que además de transvestis son homosexuales, pero otras veces son transvestis heterosexuales. Corresponden a estructuras perversas propiamente dichas o a estructuras neuróticas con rasgos perversos. En mi experiencia he encontrado que la mayoría de transvestis heterosexuales y homosexuales son simples estructuras neuróticas.

La homosexualidad: un poco más en detalle

Para abordar este tema es necesario hacer ciertas proposiciones inspiradas en las enseñanzas de Freud, Klein y Lacan. También es útil precisar brevemente los componentes topológicos en la organización de la sexualidad del sujeto. Sin embargo en esta teorización no utilizaré la teoría de la Sexuación propuesta por Lacan en el Seminario 20 de 1972. La sexualidad en el sujeto que habla, es decir, del sujeto que padece y es efecto de lenguaje, es conflictiva por razones de estructura.

Ahora bien ¿Por qué privilegio la sexualidad como distinta en el sujeto que habla y que desarrolla vínculos de parentesco? digo esto por lo siguiente:

(a) Paz sexual

No es lo mismo la sexualidad de los seres humanos y la sexualidad en los animales llamados inferiores. En estos últimos su sexualidad está atada y obedece en forma imperativa al llamado del sexo. Es decir, estos animales responden en el momento de aparearse a una serie de signos biológicos. Con esto me refiero a los olores que desprende la hembra en forma natural, no-voluntaria, cuando está en celo para invocar y excitar al macho. Los machos de la especie responden a ese llamado. Esta respuesta sexual de apareamiento del macho, es independiente de la relación de parentesco que tenga con la hembra en celo. El macho y la hembra no están en conflicto con su instinto sexual. Disfrutan de la paz sexual. La dificultad de estos seres no está en su sistema de ideales, ni en la aparición de la angustia, sino en una lucha de competencia para tratar de imponerse a otros machos en la procura de la hembra. Este llamado del sexo también se observa en otras especies de animales. Por ejemplo el despliegue de colores vistosos o danzas ceremoniales que realizan ciertas especies de aves en el momento de aparearse.

(b) Sexualidad alienada

El ser humano marcado por el lenguaje y por lo tanto marcado por las leyes del parentesco que le prohíben el incesto, va a desarrollar una conducta sexual que estará siempre alienada de su deseo original (animal). Esa sexualidad estará alienada porque ese ser para civilizarse tie-

ne que someterse inexorablemente a la ley. Me refiero a la prohibición del incesto y el parricidio. Su pareja tendrá que ser exogámica. Por esta vía el sujeto que habla no puede escaparse del dilema, de someterse a la ley o a su deseo animal.

(c) Sexualidad y neurosis

El instinto sexual primitivo evoluciona por efecto de lenguaje en el ser humano, y se convierte en pulsión sexual. Freud decía que el ser humano se civiliza cuando domestica la pulsión y reprime su deseo incestuoso y parricida, inaugurando de esta forma su entrada triunfal en la neurosis. Los tres momentos topológicos en la organización de la sexualidad humana son los siguientes; (a) el momento de adquirir la identidad sexual. (b) el momento de adquirir el género sexual y (c) el momento de adquirir el objeto de deseo sexual.

En relación a la adquisición de la identidad sexual.

Me voy a referir con más detalle a lo que ya les he planteado al comienzo. Como ya les dije, la identidad sexual del sujeto es el resultado de un complejo mecanismo intersubjetivo de identificaciones, en el cual la identidad sexual del sujeto va a surgir como efecto de identificación con significantes que provienen del otro (figura parental) y que lo nominan como varón o como hembra. Esta asignación de sexo se sostiene basada en la mirada que los padres hacen sobre los genitales del niño y sobre su deseo inconsciente. A veces el deseo inconsciente es tan poderoso que lleva a los padres a asignar un sexo equivocado a sus hijos. Los nominan varones siendo hembras o viceversa. Así la identidad sexual del niño, es asignada por los padres. Es precoz, aprendida e irreversible. Puede ser independiente de la anatomía corporal.

(a) Identidad y anatomía

En un momento posterior (alrededor de los veinticuatro meses) el niño va a descubrir la diferencia anatómica de los sexos. El insólito descubrimiento de la ausencia o presencia del pene va a producir un montante de angustia. El niño descubre que hay seres que no tienen pene. La madre es una de ellas. La realidad viene a confirmar que sí hay castración. De la forma como el sujeto enfrenta este trauma (de la dialéctica de la presencia/ausencia de órgano) va a depender algunos aspectos de

su vida sexual futura. La solución neurótica a este problema traumático está en soportar la angustia de castración. Soporta lo que ve. Soporta la realidad de la diferencia anatómica de los sexos. Soporta su propia identidad sexual a tolerar la angustia de castración. Ante el dilema de ser o tener el pene, opta por la solución de tener o no tener, que es como ya dije, la solución que encuentra el neurótico.

(b) Ser o tener el falo

Todo este drama va a quedar sepultado, sometido a la inevitable amnesia infantil. La solución que encuentra el niño que va a estructurarse como perverso es otra. El perverso estructural opta por ser o no ser (el falo). No accede a la dialéctica del tener y no entra en la angustia de castración. El dilema del ser o el tener se zanja por el lado del ser. Esto permite que en el juego del sexo el perverso ocupe en forma imperativa el lugar del objeto y su ser como sujeto va a surgir en el lugar del otro. Por eso se sostiene la propuesta de que goza en el otro. Invierte la fórmula del fantasma neurótico.

En relación a la adquisición del género sexual

El problema de la organización sexual se complica cuando aparece la dimensión de lo masculino y lo femenino en el sujeto. En esto me refiero a los roles, papeles y actitudes sociales aprendidos que el sujeto va a desplegar en su vida. El género masculino corresponde a una serie de conductas, actitudes e intereses que en nuestra sociedad actual se consideran apropiadas para un hombre, vis a vis para una mujer. Son actitudes y conductas sociales arbitrarias asignadas a cada sexo.

(a) Varón afeminado

En el caso del varón, un niño puede, por diversas razones ínter subjetivas, ser llevado a un acercamiento afectivo intenso con la figura femenina de su madre. Esto podría ocurrir por un terror al padre, sobreprotección de la madre, desvalorización del padre por la madre, etc. Así, por identificación, el sujeto que se reconoce como varón (punto de identidad sexual) puede desarrollar una conducta de manerismos y modales femeninos adoptados de la figura materna. Hasta aquí tendríamos un sujeto varón que tiene una apariencia y modales femeninos. Este sujeto podría devenir homosexual o heterosexual. Habría que admitir

que en un caso de esta naturaleza existe una dificultad agregada. Me refiero al atrapamiento materno originado por la ausencia de la función paterna que va a romper ese ligamen tan fuerte con la madre. Este ligamen en el eje narcisista con la madre tendrá ciertas consecuencias en la vida del sujeto que no caen dentro del campo de la organización sexual. Por ejemplo, el tipo de relación de objeto y el tipo de angustia que presenta el sujeto corresponderán a las propias del eje narcisista.

(b) Varón masculinizado

Creo que es útil agregar o recordar que es la misma madre la que le da la oportunidad al padre a ingresar en la dinámica con el hijo. Es ella quien va a permitir (o no) que el padre rompa ese ligamen. Lacan decía que es la madre quien introduce al niño en la metáfora del padre. Para seguir con el ejemplo del niño varón, podría ocurrir, por diferentes circunstancias ínter subjetivas, que este niño varón rompa el ligamen narcisista materno y se una afectivamente al padre y por identificación adquiera las actitudes y manerismos propios del padre. Así tendríamos un sujeto varón con apariencia masculina. Igualmente puede devenir en un sujeto homosexual o heterosexual. Es decir, la escogencia de objeto del deseo sexual no ha ocurrido aún durante este período de identificaciones.

En relación a la elección del objeto del deseo

La elección de objeto de deseo es subjetiva, poli determinada, involuntaria e inconsciente. La experiencia nos muestra que esta elección de objeto es inmodificable y va a codeterminar la organización sexual del sujeto y a definir precozmente su vida sexual futura. Pasemos al tema de estudio. Como ya vimos, la madre introduce al niño en la metáfora del padre. Por esta vía la madre va a facilitar la ruptura del vínculo dual madre-hijo.

(a) Edipo masculino

El niño ingresa así en la relación triangular y comienza un episodio o un período que tendrá consecuencias para el resto de su vida. El complejo de Edipo tardío (freudiano) va a completar la organización sexual del sujeto al lograrse finalmente la elección de objeto de deseo sexual. Una vez establecida esta escogencia, es inmodificable. Lacan decía -queda

grabada a fuego en el inconsciente. El sujeto varón que va a devenir heterosexual tendrá un Edipo de predominio positivo. Es decir, elegirá como objeto de deseo al progenitor del sexo opuesto. El niño empujado por la pulsión sexual va a encontrar en la madre el objeto del deseo y el padre como rival. Al resolver el Edipo (por la angustia de castración) renuncia a la madre como objeto incestuoso y retiene la marca de la elección de objeto. El Edipo de la niña y sus consecuencias, lo describiré más adelante en el próximo acápite. Es bueno recordar el decir de Freud de 1923 en "El Yo y el Ello". Allí dice que generalmente en el niño se encuentra el complejo de Edipo completo, que es de dos clases: positivo y negativo. El niño no tiene solamente una actitud ambivalente hacia su padre y una elección afectiva hacia su madre. Al mismo tiempo, también se comporta como una niña y despliega una actitud femenina afectuosa hacia el padre y desarrolla celos con hostilidad hacia la madre. Los aspectos correspondientes al Edipo negativo quedan reprimidos. La estructura sexual resultante de esta dinámica, es heterosexual. Pero las cosas podrían ocurrir de otra manera.

1 Si la figura del padre está desvalorizada o denigrada en la mente de la madre, así lo hará sentir ella a su hijo antes de la ruptura de la relación dual narcisista. Estas madres pueden ser sobre protectoras y/o seductoras, a la vez que rechazan la masculinidad del niño. Prefieren el hijo al marido, a quien en cierto modo desprecian y sustituyen. En cierto modo contribuyen a determinar un complejo de Edipo negativo en su hijo. El niño se identifica con la madre, queda atrapado y desde ese lugar femenino desea al hombre ideal (al padre ideal). El sujeto deviene homosexual en su organización sexual. Este sujeto homosexual podría ser neurótico con fuerte predominio de mecanismos psíquicos narcisistas. Seguramente puede tener una apariencia femenina debido a la identificación con su madre.

2 La figura de la madre es temida por el niño. La madre surge en el período narcisista como peligrosa, asesina o negligente. En esta figura, es donde el niño se constituye como sujeto. De esa figura se tiene que diferenciar. La figura del padre en el pre-Edipo surge como salvadora. A la vez, esta figura paterna que es salvadora, surge como objeto del deseo sexual. La madre temida u odiada no puede surgir como objeto de deseo. El Edipo es de predominio negativo, el sujeto deviene homosexual. En este caso, por identificación con el padre su apariencia puede ser masculina y su neurosis no muy grave.

3 Esta propuesta sobre la psicogénesis de la homosexualidad está basada fundamentalmente en la teoría de la elección de objeto sexual, es decir en la propuesta freudiana del Edipo negativo. Esta organización sexual de tipo homosexual puede estar en distonía con el sujeto. Este sujeto homosexual puede encontrarse en serios conflictos con los ideales del sujeto y/o de su familia. Así su propia o verdadera naturaleza sexual va a ser sometida a la represión. Desde allí pulsa por hacer presencia y el conflicto origina la angustia homosexual. Las vicisitudes de este drama siguen la regla del caso por caso. La vergüenza y la humillación a que es sometida la naturaleza homosexual de un sujeto por el común social, aumentan aún más la problemática individual. A veces la situación en los adolescentes que presentan este problema es tan grave que pone en peligro su vida al aparecer ideación suicida.

La homosexualidad femenina

Para abordar este tema es necesario introducir primero la estructuración Edípica de la niña, la cual es asimétrica en relación a la del varón.

(a) Edipo de la niña

Primero, el apego narcisista de la niña a su madre es homoerótico. Este apego no se rompe completamente. Segundo, la niña se vuelca al padre en el Edipo y rivaliza por su amor con la madre. Este vínculo incestuoso no está realmente amenazado por la rivalidad materna (por ausencia de angustia de castración, ya que la niña ingresa al Edipo castrada y además disfruta de la protección paterna). La niña puede continuar su romance con el padre hasta la pubertad, donde la madurez biológica y la aparición de la menarquia los obliga a ambos a enfrentar el horror del incesto. Allí se separan y se resuelve el Edipo femenino. La niña se aparta del padre y hace la primera vuelta a la madre. La mujer en su organización sexual tiene una doble elección. A diferencia del varón, el primer objeto de amor en la niña es homónimo, en el varón es heterónimo. La mujer debe abandonar esa primera relación de amor homónimo y sostener la segunda con el padre quien es el objeto de deseo de la madre. La niña triunfa sobre ella y hace una escogencia heterónima que deviene heterosexual.

(b) Efectos del Edipo en ambos sexos

La visión del mundo previa al Edipo es diferente en ambos sexos. El efecto del descubrimiento de la diferencia de los sexos es distinto. El varón sufre la angustia de descubrir que existen seres no-fállicos, es decir, castrados. Su angustia es de castración. La niña descubre su aparente incompletud genital. Su angustia es más de vacío y falta, que de castración. Melanie Klein elaboró mucho sobre este concepto del vacío y de la fantasía de destrucción interna en la mujer. Freud habló en relación a la mujer, de una envidia de pene. Lacan retoma este tema y lo presenta como incompletud y desarrolla en su teoría de la sexuación, en referencia a la mujer, la lógica del no-todo, que es diferente a la lógica de la castración.

Si de envidia de pene se trata, ese problema cae más en el campo de la constitución sexual del niño varón, ya que éste se encuentra inevitablemente en desventaja anatómica con el pene adulto del padre. Es común encontrar marcas inconscientes de este episodio en etapas posteriores de la vida. Me refiero a la inconformidad o envidia con las dimensiones del propio pene. En la homosexualidad femenina, la mujer asume su incompletud, se defiende del vacío (de castración) y se ofrece ella misma como portadora fálica. Es una paradoja donde se asume incompleta y es a la vez fálica. No necesariamente se trata de una identificación masculina, sino del deseo neurótico de la mujer de obturar el vacío materno. Ana Teresa Torres en su trabajo sobre la Homosexualidad Femenina hace un planteamiento muy interesante en relación a este punto. Ella dice que, así como en la homosexualidad masculina encontramos un culto al falo, en la homosexualidad femenina encontramos un culto a la incompletud. La mujer para introducirse en la heterosexualidad requiere no sólo de asumir su propia castración, sino también mantener el valor fálico que la lleve a ser deseada por el hombre. A diferencia de la mujer homosexual, que busca una caída del valor fálico, al establecer que la causa de su deseo está fuera del hombre y que ella sin ser fálica, puede constituirse en la causa de deseo de otra mujer.

La homosexualidad en las neurosis.

En la dialéctica del deseo sexual, el neurótico muestra su diferencia radical con el perverso. El neurótico conoce mal su deseo al confundirlo con la demanda. Inevitablemente sufre la duda de ser o no ser amado.

El sujeto estructurado como neurótico es aquel sujeto en el cual su psique está fundada sobre el mecanismo básico de la represión (Verdrangung). Es un sujeto marcado por la castración y quien por lo tanto acepta la diferencia anatómica de los sexos. Así el sujeto de neurosis se aferra a su falta y a la castración. Sufre de la angustia. En su lucha por lograr ser el deseo del otro, entra en la dialéctica del deseo y la demanda. Este sujeto de neurosis ha organizado su sexualidad según las vicisitudes de su temprana infancia. Puede haber devenido heterosexual u homosexual. Todo depende de la elección de objeto de deseo realizada durante el período Edípico.

(a) Obstáculos para el amor

Si su Edipo fue negativo y su sexualidad está organizada de esa manera, entonces se trataría de una homosexualidad estructural. En otro caso es posible que el Edipo sea positivo con muchas dificultades en la relación y la capacidad de entrega afectiva con las mujeres y/o con los hombres. Es posible que exista cierta ambigüedad e inseguridad en el deseo de amar y ser amado/a. Que exista un interés o una curiosidad que podría llamarse homosexual. Sus propios ideales pueden estar en conflicto con esta inquietud o tendencia sexual. Por juventud o inexperiencia puede dudar de su propia orientación sexual. Por esta vía aparece la angustia homosexual. En este caso correspondería al componente homosexual en un sujeto fundamentalmente heterosexual. Pueden haber ocurrido experiencias sexuales infantiles de tipo homosexual que aumentan su duda y por lo tanto la angustia. Puede haber actos homosexuales que caerían en la categoría de síntoma o de acting-out. Son los casos que llegan al análisis y allí logran ordenar sus dudas sexuales. Desarrollan una actividad sexual acorde con su deseo, que inicialmente, es decir, que desde un principio, ya era heterosexual. Corresponde a aquellos casos reportados como homosexuales curados, cuando realmente nunca fueron homosexuales estructurales. Su Edipo siempre fue positivo, su organización, heterosexual.

(b) El amor en los homosexuales neuróticos

Los sujetos homosexuales neuróticos al estar marcados por la castración y por la ley del deseo entran en la dialéctica del amor, de igual forma que su contraparte heterosexual. Desean amar y ser amados. Piden constantemente por la prueba de amor. Su entrega sexual va

ligada preferentemente a su objeto de amor. Sin embargo, el predominio narcisista en estas personalidades neuróticas hace presencia sintomática. Sufren de un sentimiento de vacío y requieren de un apego al objeto. Esto los lleva frecuentemente a una búsqueda promiscua de objeto de apego sexual. Toleran muy mal las separaciones y las pérdidas del objeto amoroso y/o de apego. Son síntomas independientes de la organización sexual. Igual aparecen en sujetos heterosexuales que muestran un predominio narcisista. El sujeto marcado de perversión estructural se conduce de una manera totalmente diferente. El perverso no entra en la dialéctica del deseo ni de la demanda. El perverso sabe que és: un ser de puro placer. No está en el juego del amor, solo es capaz del <alegato de amor>. ¿Cómo es la sexualidad en el sujeto estructurado como perverso?

(a) La estructura perversa como una paradoja viviente

El acto sexual en el sujeto verdaderamente perverso refiere a un acto sexual extraño, realizado por un sujeto que desmiente la castración (*verleugnung*), es decir, no acepta (y si-acepta) la diferencia anatómica de los sexos. Esta contradicción viviente (una verdadera paradoja) sólo es posible sostenerla con el mecanismo de la *ichspaltung* (escisión del Yo). Con esta solución perversa al problema de la presencia/ausencia del pene/falo, el sujeto de perversión no tiene otra alternativa que, ante el dilema de ser o tener el falo, lo zanja por el lado del ser (él es el falo). Allí queda petrificado. Sólo tendrá acceso a su sexualidad y al goce fálico, es decir al goce de órgano a través de un protocolo erótico rígido, basado en ser el falo para el otro.

(b) El sujeto como objeto

Por eso Lacan dice en su trabajo de 1962, titulado "Kant con Sade", que el verdadero sujeto de perversión se convierte en objeto (Pequeña-a), en instrumento, para la voluntad de goce (del otro). Goza en el otro, no goza del otro. Por eso el perverso, a diferencia del neurótico, no se constituye en la demanda (quiero decir en el pedido al otro), sino en la voluntad de goce (del otro). Este sujeto de perversión adviene al goce fálico solamente a través de un libreto erótico pre-establecido y petrificado. Por medio de este libreto, que representa al fantasma puesto en acto, el perverso va a lograr ser instrumento (objeto-a) para la voluntad

de goce (del otro). Vemos como en el perverso no se trata de una dialéctica de angustia, sino de una condición (absoluta) para el goce fálico.

(c) Alegato de amor

El verdadero perverso al no estar marcado por la castración, no entra en la dialéctica del amor. No sufre de la incertidumbre de amar o ser amado. No demanda la prueba de amor. Su presencia amorosa se reduce al simple alegato de amor. Es necesario diferenciar el acto perverso en un sujeto neurótico, del acto perverso en un sujeto perverso.

(d) Elección homónima

Cuando se plantea la idea teórica de que el sujeto homosexual es perverso por el hecho específico de la elección homónima de objeto de deseo sexual se ignora en forma dramática e incomprensible la lógica estructural del sujeto de perversión. El sujeto homosexual puede realizar, al igual que su contraparte heterosexual, actos sexuales perversos. Ese acto no los califica a ninguno de los dos de estructuras perversas. Cualquier neurótico puede realizar actos sexuales perversos. Un sujeto con estructura perversa es otra cosa. Existen las estructuras perversas homosexuales como también las heterosexuales. Existen heterosexuales fetichistas, exhibicionistas, voyeristas, etc. También existen los homosexuales sadistas, masoquistas y transvestis. El punto crucial está en afirmar que la homosexualidad per-se no es una perversión, es una elección homónima de objeto de deseo.

(e) Dialéctica del deseo y condición absoluta de goce

Resumiendo, si como acabamos de ver la naturaleza del sujeto de perversión no está determinada por las características fenomenológicas del acto sexual en sí, ni por la elección de objeto de deseo, sino por la condición necesaria para el goce fálico, entonces el acto homosexual no debe ser considerado un acto sexual perverso, ya que sólo se refiere al tipo de elección homónima de objeto de deseo. Su sexualidad está regida por la dialéctica del deseo y la demanda y no por la condición absoluta de goce en el otro.

Actos homosexuales en sujetos heterosexuales

La clínica psicoanalítica nos muestra una y otra vez la extraña sexualidad de sujetos heterosexuales masculinos que elicitan su deseo con la figura de un travesti. En esta escena sexual un travesti es una mujer hermosa y atractiva que debajo de sus ropajes oculta su anatomía sexual masculina. El hombre heterosexual sabe que está en presencia de un travesti. Sin embargo, la figura femenina visible y atractiva elicitan su deseo, al punto que momentáneamente desmiente la realidad masculina de su partenaire. Digo momentáneamente porque al pasar al acto sexual, el encuentro es explícito y extravagante. La hermosa mujer al desnudarse va a revelar su naturaleza de varón. Su pene erecto se muestra a plenitud y va a jugar un papel muy importante en ese acto sexual.

Culto al falo

Aparece el culto al falo. En los tres casos que me ha tocado analizar, el acceso al acto sexual es variado. En unos existe un cierto rechazo a asumir el encuentro con su deseo. Desean ver el pene de esa hermosa mujer [transvestis] y le piden que se masturbe. En otro caso se establece una relación oral sexual mutua de fellatio con masturbación y orgasmo. En ninguno de los casos que he analizado existen relaciones anales. Estos pacientes muestran simultáneamente una intensa actividad erótica heterosexual. Se sienten atraídos genuinamente por las mujeres con las cuales muestran tener excitación sexual y erección. Se puede decir que el genital femenino es objeto de su deseo. Disfrutan de su sexualidad heterosexual. En uno de estos casos existe erotismo anal con su compañera heterosexual. Quiero decir, estimulación anal durante el coito, muy placentera, sin angustia, ni conflicto aparente.

En otro de los casos existe la fantasía con la compañera heterosexual de poseer un pene muy poderoso. Su fantasma radica en poseer un enorme poderío fálico que somete a la mujer y en eso se juega su goce fálico. Este mismo sujeto ha presentado episodios de exhibicionismo doméstico. Se excita y se pasea desnudo por su apartamento con el objeto de que la doméstica vea su pene. Allí se consume su placer de órgano. En este momento cabría preguntar ¿Son estos sujetos que he mencionado, homosexuales? ¿Son homosexuales reprimidos? ¿O son más bien

bisexuales? ¿O son sujetos heterosexuales neuróticos con actos homosexuales y perversos? Si esto es así, ¿Cómo explicarlo?

Algo más sobre bisexualidad

Existen algunos analistas que piensan que la bisexualidad refiere únicamente a la fenomenología del acto sexual. Es decir son sujetos capaces de tener excitación sexual con ambos sexos y capaces de culminar el acto sexual con ambos sexos. Sin embargo desde el punto de vista estructural creo que es posible tener una estructura bisexual, donde existe una doble escogencia de objeto. Siguiendo la lógica del falo el sujeto humano se estructura como homosexual, como heterosexual o como bisexual. Entonces, ¿Cómo explicar el acto bisexual? Pienso que el sujeto heterosexual (con su Edipo positivo) puede realizar el acto homosexual dentro del fantasma sexual perverso. Los casos que referí más arriba y que acceden al culto del falo, lo hacen con una desmentida. El encuentro erótico es con una mujer [el travesti]. Esa es su desmentida ya que saben que al final se van a encontrar con un hombre. Por lo tanto, propongo que el hombre que busca al travesti es estructuralmente heterosexual, y su acto basado en la desmentida es de naturaleza perversa y homosexual. Queda muy claro que en esos casos, la dialéctica gira alrededor de la presencia ausencia del pene en la mujer. El fantasma erótico en juego está en el relampagueo de la presencia del pene en la madre y en todas las mujeres.

Capítulo 16

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Segunda parte

Autismo Infantil de Kanner: Se trata de una diversidad del desarrollo. Es algo permanente y profundo. Hoy en día no se considera una enfermedad, es visto más bien como una diversidad del ser. El niño autista muestra una gran dificultad en la relación que tiene con el otro. La comunicación y la reciprocidad emocional se encuentran seriamente obstaculizadas. Los niños autistas muestran una incapacidad de interacción familiar, con un llamativo aislamiento social. Algunos autistas muestran estereotipias motoras muy visibles. Estas estereotipias refieren a la presencia de movimientos repetitivos incontrolados generalmente del tronco [rocking] o de las manos [aleteos].

El bebé autista puede pasar desapercibido en los primeros meses de la vida [hasta el cuarto mes]. A partir de ahí la evolución del lenguaje queda estancada, no hay reciprocidad con el interlocutor, no aparecen las primeras conductas de comunicación intencionadas. No mira a los ojos, no echa los brazos, no señala, no abraza, ni permite ser abrazado.

El problema autista fue descrito por primera vez en 1943 por Leo Kanner, psiquiatra infantil oriundo de Austria, emigrado a USA en 1924 y quien fuera el fundador del servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Johns Hopkins de Washington [D.C.]. Leo Kanner publicó su trabajo clínico basado en la observación y el estudio de once casos de niños autistas en 1943. El origen de esta particular forma de ser autista obedece a una anomalía en las conexiones neuronales, la cual es de causa desconocida. A veces es atribuible, con muchas dudas, a mutaciones genéticas. El autismo precoz infantil no tiene recuperación. Con atención especial pueden mejorar y aprender a vivir satisfactoriamente con esa forma particular de ser.

Entre los rasgos del autismo de Kanner encontramos su interés obsesivo por actividades concretas o repetitivas, unido a una afición y apego desmesurado por la rutina y una gran resistencia traducida generalmente en miedo [pánico] a todo aquello que implique un cambio.

1 Repetición continuada durante largo rato, a veces horas de acciones y sonidos simples y monótonos, como rebotar una pelota contra la pared,

repetir una palabra, caminar en pequeños círculos, balancearse adelante y atrás [rocking].

2 Querer comer siempre los mismos alimentos, cocinados de la misma manera, a las mismas horas, en las mismas cantidades, en el mismo lugar.

3 Quedarse absorto durante horas contemplando los pequeños detalles de un objeto —quizás simples granos de arena, o querer ver una y otra vez el mismo vídeo, día tras día.

4 Utilizar los juguetes sólo para disponerlos alineadamente uno tras otro, según cierto criterio, o para desordenarlos y reordenarlos repetidamente. O también desmontarlos para contemplar las pequeñas partes que los forman.

5 Sentir una adherencia inflexible a la rutina, a hacer las cosas siguiendo siempre un método, un orden. Sentirse bien haciendo cada día lo mismo.

6 Sentir ansiedad y temor ante cualquier cambio que rompa la rutina, especialmente si es inesperado, incluso si supuestamente ha de resultar positivo.

7 Insistir por completo en actividades concretas y restringidas que se convierten en una obsesión y que se mantienen durante una parte más o menos grande de la vida, siendo a veces substituidas por otras.

8 Tics, como movimientos de las manos o los dedos, gestos del cuerpo, chasquidos.

Tal como he dicho, estos comportamientos evolucionan con la persona, algunos de estos comportamientos si son potenciados en la dirección apropiada pueden convertirse en hábitos positivos.

Los síntomas del autismo infantil son claros: el niño autista no mira a los ojos del interlocutor. Tiene una mirada: que no mira, pero que traspasa. De bebé suele presentar un balbuceo monótono y tardío. Le falta el contacto con su entorno y muestra una ausencia de lenguaje gestual. En la etapa preescolar, el niño autista se muestra extraño y no habla.

Además, le cuesta asumir su yo-soy e identificar a los demás, no muestra tener capacidad para el contacto social y puede presentar conductas agresivas incluso a sí mismo.

Esta descripción puede verse acompañada de otros síntomas que pueden indicar la presencia de autismo: Al niño autista le cuesta reconocer la existencia y los sentimientos de los demás. El niño autista no busca consuelo en momentos de aflicción. El niño autista es incapaz de imitar o establecer actividades imaginativas, como jugar a ser adulto. El niño autista rechaza el juego social. El niño autista carece de vías de comunicación adecuadas. El niño autista presenta una marcada anormalidad en la comunicación no-verbal, anomalías en la emisión del lenguaje con afectación y en la forma y contenido del lenguaje. El niño autista realiza movimientos corporales estereotipados [repetitivos]. El niño autista muestra una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos. El niño autista presenta una intensa aflicción por cambios en aspectos insignificantes del entorno. El niño autista insiste irrazonablemente en seguir rutinas con todos sus detalles y no tolera los cambios. El niño autista tiene una limitación marcada de intereses, concentrándolos en un interés particular.

Capítulo 17

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Tercera parte

Síndrome Asperger: ¿Qué es el Síndrome de Asperger? Fue el médico austriaco Hans Asperger, quien trabajando en la misma época que Leo Kanner, describió independientemente en el año de 1944 en Austria, un cuadro clínico que denominó <Psicopatía autista>.⁴⁵ Lo describió en Austria en niños que exhibían características similares a los niños que describió Kanner en Washington. El trabajo del Hans Asperger quedó olvidado y su existencia no fue internacionalmente conocida sino hasta el año de 1981. Este reconocimiento se inicia gracias a los trabajos publicados por la psiquiatra británica Lorna Wing, quien como resultado de tener una hija autista, se involucró en el estudio y en la investigación de esta extraña condición. Inicialmente en 1979 Lorna Wing y Judith Gould publican un trabajo dedicado al autismo de Kanner. Encontraron el trabajo publicado en alemán por Hans Asperger y su publicación de 1979 Wing y Gould utilizan por primera vez el término <espectro autista> que incluye ambas condiciones.

Allí definen el autismo como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y los cuales presentan variados niveles de rendimiento intelectual. Dicen que en un 70% se acompaña de cierto retraso mental. Que hay otros cuadros con retraso del desarrollo, no autistas, pero que presentan sintomatología autista. Los rasgos del <espectro autista> no se producen sólo en las personas con trastorno profundo del desarrollo, sino también en otras, cuyo desarrollo está afectado por diferentes formas: retrasos de origen metabólico o genético, epilepsias en la primera infancia, alteraciones asociadas a cuadros de discapacidad los cuales aparecen en alguno de los cinco órganos de los sentidos. Los síntomas de este <espectro autista> son las que definen esencialmente las estrategias de tratamiento, más que las etiquetas psiquiátricas, neurobiológicas o psicológicas. Además, Lorna Wing desarrolló la tríada de Wing: (a) trastorno de la reciprocidad social (b) trastorno de la comunicación verbal y no-verbal (c) ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa.

⁴⁵ Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter: <Psicopatía autística en la infancia> publicado en alemán en 1944.

Lorna Wing es autora de varios libros, incluyendo el titulado: <Síndrome Asperger: un recuento clínico> el cual fue publicado en 1981. Este texto de 1981 popularizó las investigaciones de Hans Asperger e introdujo por primera vez el término <Síndrome de Asperger>.

Las interpretaciones de la diversas conductas de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que tres de los once niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó un comportamiento de auto estimulación y extraños movimientos repetitivos. Por su lado Hans Asperger notó más bien sus intensos intereses inusuales, su repetitividad de rutinas y su apego a ciertos objetos. Todo esto era muy diferente al autismo de alto rendimiento de Kanner.

En los niños observados por Hans Asperger todos hablaban. Indicó que algunos de estos niños hablaban como si fueran <pequeños profesores> acerca de su área de interés la cual dominaban a perfección. Propuso la teoría de que para tener éxito en las ciencias y en las artes el sujeto debía tener cierto grado o presencia, del síndrome Asperger, en su vida de infancia.

Aunque el trabajo de Kanner de 1943 y el de Asperger de 1944 describen un grupo parecido de síntomas que ambos definen con la etiqueta de autismo, encontramos características bastante diferenciadas. Tanto Leo Kanner como Hans Asperger utilizan el término autismo inspirados en los trabajos del Psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien había sido el primero en usar el término autismo para describir un mecanismo mental que en 1908 se consideró exclusivo de la esquizofrenia. Los niños de Kanner tenían dificultades con el lenguaje, mientras que los de Asperger hablan de manera elaborada y original, aunque no lo utilizan para comunicarse. Lo que en el caso de Kanner son obsesiones rutinarias, en el de Asperger puede servir para generar especialistas o investigadores en temas poco corrientes. Mientras que los autistas de Kanner rechazan a los demás, los de Asperger desean cierto contacto social, aunque no tengan habilidad para conseguirlo.

Aunque tanto Leo Kanner como Hans Asperger posiblemente observaron la misma condición autista, las diferencias y variaciones clínicas que presenta este espectro autista, llevaron progresivamente a los clínicos

de todo el mundo a la formulación de dos condiciones diferentes: El Autismo precoz de Kanner y el Síndrome Asperger.

El reconocimiento del Asperger como diferenciado del Autismo temprano de Kanner, llegó poco a poco. Primero fue la Organización Mundial de la Salud la que en 1993 lo incluyó en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades: International Code of Diseases, ICD-10. Al año siguiente en 1994 la Asociación Psiquiátrica Americana hizo lo mismo en la cuarta versión del Manual de diagnóstico estadístico de Trastornos Mentales: Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV.

El Síndrome Asperger en detalle

Tanto el autismo de Kanner como el Síndrome Asperger comparten tres características básicas: (1) Obstáculos para relacionarse con los demás. (2) Obstáculos para comprender la comunicación emocional de gestos [no-verbal]. (3) Interés obsesivo por actividades repetitivas concretas, afición a la rutina y temor al cambio.

Aparte de estos rasgos comunes básicos, en cada caso se puede observar un conjunto de síntomas específicos, si bien éstos no son siempre los mismos, ni muestran la misma intensidad, ni evolucionan de la misma manera, a lo largo de la vida de la persona. De éstos los dos que sirven para establecer una cierta frontera entre el Autismo de Kanner y el Síndrome de Asperger son:

(1) **El aprendizaje del lenguaje:** en las personas con autismo de Kanner se observa un retraso en la aparición del lenguaje, que no se produce en el Asperger.

(2) **El cociente intelectual:** en el Asperger es normal o superior al normal. Mientras que en el autismo de Kanner puede estar por debajo del normal [bajo rendimiento] o algunos casos como superior [alto rendimiento].

Diagnostico diferencial

Como ya dije es solamente desde 1994 que el manual de diagnostico DSM-4 y en el ICD-10 va a aparecer incluido el Síndrome Asperger. Por lo tanto podemos decir que el estudio de este tema es relativamente reciente. Me voy a permitir ofrecer una lista de rasgos que considero pertenecen e identifican, la presencia de un Síndrome Asperger. Admito que estos rasgos no aparecen de forma estricta, ni exclusiva, ni necesariamente aparecen todos. Esto nos lleva a tener mucho cuidado con el diagnóstico diferencial. Esto quiere decir, que hay que tener cuidado, para no confundir una estructura psicótica esquizofrenia compensada [estabilizada], con un síndrome Asperger.

Es mi deseo expresar claramente mi gratitud al ingeniero catalán Ramon Cererols quien después de haber descubierto a la edad de 60 años, que él es Asperger [Aspi] se dedicó a estudiar el tema. Hace un año ha escrito un extraordinario libro biográfico sobre el asperger, llamado: <Descubrir el Asperger>. Este libro se encuentra publicado en internet en la siguiente dirección: <http://www.Pairal.net/> o a su dirección personal: rcererols@gmail.com

Dice Ramon Cererols: ...'En una revisión médica en la escuela, alrededor de los diez años, me detectaron una miopía en ambos ojos. Mis padres me llevaron a graduar la vista para encargar unas gafas. Cuando las fui a buscar y me las puse, me pareció como si de repente me hubiesen llevado a otro mundo. Todo era diferente. Los objetos se me aparecían con una definición insólita y descubría en ellos multitud de detalles nuevos. En los rótulos lejanos, las letras y los números que tanto me fascinaban, recuperaban su tipografía, el relieve, la textura. Me di cuenta que hasta entonces yo había estado viendo mal las cosas, y que, curiosamente, no era consciente de ello.

En relación al Asperger: ...'Imagina además que no se trate de un trastorno excepcional sino de algo relativamente corriente que afecta en todo el mundo, a una, de cada cien personas. Dicho de otra manera: 60 millones en todo el mundo. Imagina aunque estuviese claramente identificado en el DSM4 que es el manual utilizado como referencia habitual por psicólogos y psiquiatras de todo el mundo para clasificar los trastornos mentales, pero que a pesar de ello, fuese relativamente desconoci-

do en todas partes, incluso en colectivos que deberían estar implicados en ello.

Pues bien, si me has seguido, lo que has imaginado no es ninguna ficción, sino la realidad del Asperger, el trastorno que yo no conocía y del que no me he apercebido hasta hace tan sólo un año, cuando ya estoy cerca de los sesenta. Cuando lo descubrí, como cuando estrené las gafas, tuve una visión nueva del mundo, pero sobre todo una nueva visión de mi mismo. Por fin todo tiene un sentido, una razón. Mi pasado adquiere un significado diferente, y me permite vivir el presente con paz interior, y afrontar el futuro con una estrenada serenidad. El descubrimiento me provocó una imparable necesidad de investigar el fenómeno, de buscar tanta información como pudiese encontrar, de asimilarla, de transportarla a mi vivencia. En cierto modo, me hacía falta reconstruir mi vida. Con una obsesión que ahora sé que es uno de los síntomas del trastorno, empecé a estudiar todos los libros, estudios y artículos que encontraba, al tiempo que me esforzaba en recordar el pasado que había ido borrando.

Como hacía cuando quería estudiar cualquiera de las cuestiones que me apasionaban, establecí un método de trabajo. Así, creé un documento en el que iba recogiendo y estructurando todo lo que aprendía. Aunque el objetivo inicial era terapéutico, de auto-descubrimiento, y por tanto no tenía otro destinatario que yo mismo, siempre he creído que la mejor manera de estudiar cualquier asunto es plantearlo como si tuviese que explicarlo a alguien, y así lo hice.

Rasgos del Síndrome Asperger

Me he permitido organizar los rasgos del Síndrome Asperger que me ha tocado encontrar en mi práctica clínica. Los he ilustrado con fragmentos apropiados de la narración biográfica que nos hace Ramón Cererols, la cual encuentro excepcionalmente claros. Los rasgos que he organizado son los siguientes:

1 No desliza el significante [ausencia de shifter]

...'De la edad escolar recuerdo especialmente la ansiedad que sentía en los patios y en las excursiones, las fiestas y en las actividades deportivas. Me quedaba invariablemente en un rincón, cuidando que no me

golpease un balón. Apartado de los demás, sintiéndome diferente, vi- viendo mi soledad, deseando intensamente que se acabase el recreo. Si algún día excepcionalmente intentaba apuntarme a los juegos de los otros, cuando seleccionaban los equipos, yo siempre era el que nadie quería, porque mis habilidades físicas y de juego en equipo eran muy pocas. Esperaba con interés volver al espacio ordenado del aula. En clase había pocas interacciones sociales y estaban reguladas por normas. El lenguaje que allí se utilizaba era de interés útil, apara lograr algo, a veces informativo, literal, formal. Cada cual tenía su lugar: yo también. Y era un lugar en el que mis capacidades servían para obtener una cierta valoración, al menos por parte de los maestros. Con los mayores, si ellos hubiesen querido, seguramente me habría podido entender. Pero con los otros niños era imposible que me entendieran. Claro que tampoco yo tenía demasiado interés en eso. No me unía nada a ellos. No me gustaban sus juegos, no entendía su manera de hablar, ni sus bromas, su lenguaje no era racional, no veía ningún sentido en sus actos’.

Al no captar el significado de la *charla social* esta se convierte para el niño Asperger en una situación absurda que le provoca desconcierto y marginación. Ve como los otros se encuentran a gusto diciendo cosas que sólo ellos entienden. Son cosas que al Asperger le parecen faltas de sentido y que le hacen sentir cada vez más raro entre sus compañeros. Esta es una etapa importante para la futura evolución. Si el problema es detectado y es objeto de explicaciones repetidas, las perspectivas son muy esperanzadoras. Con cierta ayuda y al lograr identificar los estados de ánimo y las emociones producidos por diversos eventos, estas emociones pueden ser identificadas y aprendidas.

La incapacidad de deslizar el significante ⁴⁶ llamada en clínica <ausencia de Shifter> fue introducida en psicoanálisis por el psicoanalista francés

⁴⁶ Primero: **¿Qué es el significante?:** Refiere al uso de una palabra, una idea, un concepto: para lograr entenderse a sí mismo y comunicarse. Esta comunicación en el lenguaje humano utiliza la metáfora y la metonimia del significante para lograr efectividad de comunicación. **¿Qué es deslizar el significante?:** Esta idea del shifter [deslizar] también llamada metonimia, fue tomada por Jacques Lacan de una propuesta del lingüista ruso Román Jacobson. Originalmente es una figura de la sintaxis gramatical. Lacan en 1960 la toma libremente para referirse a una dificultad en la producción del discurso en el psicótico esquizofrénico estabilizado, quien no desliza el significante. Ahora en el 2010 es necesario agregar que esta dificultad para deslizar el significante,

Jacques Lacan. El sujeto con una estructura psicótica o el sujeto Asperger, por su misma incapacidad de deslizar el significante, es incapaz de captar las insinuaciones, las deducciones por el contexto, las ironías, las metáforas, los dobles sentidos, las intenciones, los motivos, las bromas, las mentiras. Con los años dependiendo de la propia experiencia y de la ayuda que haya podido recibir, el psicótico compensado o el Asperger, aprenderán a interpretar algunos de estos significados. Lo hará aplicando el intelecto lógico, deduciéndolo a partir de situaciones vividas y no por la intuición natural como lo hace el resto del mundo.

2 Alexitimia

... 'Ni con los adultos ni con otros niños recuerdo emociones. Ni recuerdo haberlas experimentado. Las que pudiese haber quizás no las identifico como tales debido a mi daltonismo emocional que por aquel entonces era casi total. Si lo medito bien, en general mis relaciones con los demás se movían por un mecanismo racional, no demasiado diferente del que podía aplicar a los objetos inanimados. Con la diferencia de los seres vivos que son muy imprevisibles e incómodos. Me gustaba más la

igual aparece en el Síndrome Asperger. Yo la entiendo y la utilizo de la siguiente manera. **El shifter es una capacidad del Yo de deslizar el significante**, es decir <de hacer metonimia con el significante> en la relación con el otro. La presencia del shifter <que en español corresponde al embrague de las velocidades que se usa en el auto sincrónico, indispensable para cambiar las velocidades del auto a medida que se mueve> va a permitir que el sujeto con buena capacidad de deslizar el significante, es decir que el sujeto no/esquizofrénico, ni asperger, pueda bromear, vacilar en el decir, zafarse del discurso del otro, e incluso pueda mentir. La ausencia del shifter introduce una rigidez en el discurso con escasa o nula flexibilidad. Muestran una marcada dificultad para relacionarse con el otro. Al disponer del shifter tienen una dificultad de establecer un lazo social. Constituye lo que Lacan llamó: uno de *los fenómenos elementales* en la estructura psicótica. Lacan decía, que estas estructuras son incapaces de mentir. Lo cual dificulta la relación social al impedir la necesaria hipocresía social. Para mentir se necesita del shifter. Se necesita deslizar el significante. Precisamente el neurótico se caracteriza por su capacidad de mentir. La rigidez de discurso por la ausencia de shifter, no tiene nada que ver con la rigidez de las ideas de la personalidad obsesiva. Esta ausencia de la capacidad de deslizar el significante, es muy difícil de detectar o diagnosticar en la entrevista. Solo se detecta en la espontánea descripción de la relación con el otro, donde existe la tiranía o dominio del discurso del otro (del inconsciente) escenificado en el vínculo social. Un analizando pasaba enormes dificultades para pedir una café, al tener que competir en medio del caos de una abundante clientela del cafetín donde solía asistir. Finalmente se indignaba y la solicitud del café, en medio de tanta competencia, se convertía en un acto de violencia inadecuada.

racionalidad con un objeto inanimado que lo imprevisible de los humanos a los que no entendía.

La alexitimia es la dificultad o a veces incapacidad para identificar las emociones adecuadamente y expresar verbalmente el propio estado emocional. Acostumbra a ir acompañada de un empobrecimiento de la fantasía y la imaginación. Podríamos decir que es una ceguera emocional: la persona que la padece confunde sus estados emocionales con las sensaciones corporales. El término alexitimia refleja el aspecto básico de esta deficiencia: no encontrar palabras para identificar las emociones.

Parece lógico pensar que si uno no es capaz de reconocer los propios estados emocionales, le será también difícil reconocerlos en las otras personas. Por tanto, la alexitimia comportaría probablemente una deficiencia en la empatía, al menos en su vertiente cognitiva, la otra es la afectiva. Estas características muestran un cierto paralelismo entre la alexitimia y el Asperger. El 50% de las personas con Asperger padecen también alexitimia, un porcentaje que es cinco veces más bajo en la población general. Una posible justificación es que el lenguaje usado internamente y externamente por las personas con Asperger es principalmente operativo y no sirve para describir las emociones. En ocasiones, la imposibilidad de expresar los propios sentimientos o de entenderlos, lleva a descargar la tensión mediante actos impulsivos o comportamientos compulsivos.

La alexitimia, como el Asperger, no es un todo o nada, sino que varía en intensidad de manera continua desde la normalidad hasta los casos más severos. También como el Asperger, la alexitimia mejora con la terapia cognitivo conductual.

En cuanto a sus causas, se considera que las hay de dos tipos: la primaria o neurogénica ya sea genético o por una lesión cerebral. La secundaria o psicogénica, que se produce por condicionamiento o como defensa contra un trauma. Esta segunda es más probable que pueda ser corregida con la terapia o el entrenamiento. Por lo que respecta a la primera, algunas teorías apuntan a problemas de intercomunicación de los dos hemisferios cerebrales. En el caso de los niños y niñas con Asperger, especialmente si su capacidad intelectual es elevada, la alexitimia ocasiona un desequilibrio entre su preocupación conceptual por los temas vitales, quizás por delante de otros chicos y chicas de su edad, y

la capacidad de entender y afrontar las propias emociones. Esto puede provocar grados elevados de ansiedad, especialmente en etapas de la vida que ya son bastante problemáticas por ellas mismas.

3 Ausencia de amigos

... 'Los niños formaban grupos y se relacionaban fuera del colegio. Durante las vacaciones podían continuar relacionados con los compañeros de clase o buscar nuevos grupos. Yo no tenía ningún amigo, ni lo he tenido nunca, al menos en el pleno sentido de la palabra. Durante las vacaciones, estaba solo sin nadie. Finalmente me sentía perfectamente bien con mi soledad. Más bien temía el regreso al colegio, porque significaba la obligación de dejar mi mundo, mis intereses, y tenía que convivir con los otros niños, a quienes no entendía y además seguir la corriente a unos extraños maestros religiosos.

Este es un elemento más que aparece como consecuencia de la imposibilidad para hacer relaciones sociales.

4 Habilidad excepcional para ciertos temas

... 'Las materias que tenía que aprender en la escuela eran de diversos tipos: Había las humanísticas y las religiosas. Estas materias yo las asociaba con el siniestro doble mundo que escondían los adultos. Después estaban las que para mí, no me aportaban ningún interés, como la historia, la literatura o la geografía. A estas materias me limitaba a aprenderlas de memoria. La que más temía era la gimnasia. Principalmente por mi inhabilidad motora, pero también porque la actividad física obligada me causaba una gran molestia y porque el riesgo de daño físico me atemorizaba. Necesitaba que mi cuerpo mantuviese la estabilidad, no soportaba los movimientos bruscos ni la pérdida de la verticalidad'.

5 Dibujos repetitivos

... 'Me gustaba la caligrafía: repetir una y otra vez los mismos patrones, prestando atención a pequeños detalles, como el grueso adecuado de cada trazo, el reflejo de la tinta antes de secarse. Por lo que respecta al dibujo: si se trataba de reproducir idénticamente imágenes, que se me

daban como modelo, me desenvolvía bastante bien. Pero era incapaz de dibujar nada que requiriese una mínima capacidad de imaginación’.

6 Talentos especiales

...’Cuando realmente disfrutaba era con las ciencias, las que yo consideraba que eran las materias de verdad: Es decir, la matemática y la física. Desafortunadamente en las clases tenía pocas oportunidades de aprender algo nuevo: Me daba cuenta que los profesores sabían menos que lo que yo ya conocía. Las aprendía por simple intuición’.

7 El aislamiento y la soledad: producen bienestar

...’Me gustaba el aislamiento que encontraba en mi mundo privado. Era un espacio interno en el que podía pasarme horas concentrado en pequeños detalles. Recuerdo por ejemplo que mi habitación daba a un cruce con aquellas calles de adoquines y pocos autos circulando. El balcón tenía unas persianas de madera reseca por la intemperie que mis padres cerraban cuando iba a dormir, para que no me despertase cuando amanecía. Las persianas no terminaban de cerrar del todo y alguna vez tenía la suerte que quedaba una pequeña abertura. Esta formaba con la habitación una especie de cámara oscura que proyectaba en el techo una imagen tenue y borrosa de la calle. Si me despertaba con la primera luz de la mañana, podía pasarme horas contemplando el paso de los coches proyectados. Inmóvil y en silencio para que no se diesen cuenta que estaba despierto y me hicieran levantar de la cama’.

8 Temor al cambio y bienestar con la rutina

...’En general me sentía bien con la rutina, me producía una sensación de seguridad, de aquello conocido, de la protección del nido. Cualquier alteración de esta rutina que me fuese impuesta, especialmente si era de manera súbita, me producía un gran rechazo, una sensación de miedo, de estar expuesto a los peligros, sin lugar en el que refugiarme. Aunque el cambio lo provocase una situación favorable, si no había sido previsto, si no me había podido preparar, no me sentía bien. Me daba miedo lo desconocido, siempre me lo ha dado’.

9 Pensamiento en imágenes

Incluyo este rasgo, no por su importancia, sino por la relevancia que adquirió este rasgo con la publicación en el año 1996 el libro *<Thinking in Pictures. My Life with Autism>* Pensando con imágenes: Mi vida con autismo, escrito por Temple Grandin. Ella explica como su capacidad de pensar con imágenes y de trabajar con ellas en su cerebro, ha sido esencial para el éxito de su trabajo como diseñadora de instalaciones para las grandes empresas productoras de carne de los Estados Unidos. Dice también que su manera de pensar, más próxima a la de los animales, le ayuda a entenderlos mejor, lo que le permite mejorar los equipamientos y procedimientos utilizados.

Temple Grandin pensaba que el pensamiento visual en imágenes era una característica general del autismo, pero los contactos que mantuvo con otros autistas después de la publicación del libro le hicieron modificar esta opinión inicial. En una versión de su libro del año 2006, Grandin añadió algunas actualizaciones al final de cada capítulo. En una de ellas afirma que ha encontrado tres tipos de pensamiento:

(a) Los pensadores visuales, aquellos que piensan con imágenes fotográficas lo que les hace aptos para el dibujo, el diseño gráfico, el adiestramiento de animales, la mecánica de coches, la joyería, la construcción y la robótica.

(b) Los que piensan con patrones, aquellos que suelen destacar en la música, las matemáticas, el ajedrez o la programación informática.

(c) Los pensadores lógico-verbales que piensan con palabras, lo que los hace muy adecuados para los idiomas, el periodismo, la contabilidad, la logopedia, la educación especial, la gestión de bibliotecas, y el análisis financiero, entre otros.

Muchos científicos piensan con imágenes. Por ejemplo, Albert Einstein dijo: *...Las palabras del lenguaje no parece que jueguen ningún papel en mi mecanismo de pensamiento. Las entidades físicas que parece que sirven como elementos en el pensamiento son ciertos signos e imágenes más o menos claros que pueden ser reproducidos y combinados voluntariamente.*

En ocasiones se confunden el pensamiento visual y el pensamiento con patrones, o se produce una mezcla entre ambos. Esto es debido a que los patrones son visualizados de manera más o menos simbólica, más o menos real. Entonces se dice que sólo hay dos tipos de pensamiento: el visual y el verbal. La verdad es que salvo casos especiales, como por ejemplo cuando no hay capacidad del lenguaje, la manera de pensar de cualquier persona es una combinación de los tres modos, aunque casi siempre domina uno de ellos.

10 Modificación progresiva en la forma de pensar

... 'Ignoro si es algo que se dé a menudo, pero en mi caso, a lo largo de los años he ido cambiando el mecanismo que utilizaba para pensar, pasando por fases en las que han ido dominando sucesivamente los tres modos. El cerebro posee cierto grado de flexibilidad llamada plasticidad, que le permite reconfigurarse con el tiempo en función de las necesidades y de su modo de utilización. Durante la infancia era primordialmente visual. Cerrando los ojos era capaz de crear mundos imaginarios dentro de los cuales me podían desplazar volando con rapidez y lo veía todo desde los puntos de vista donde estaba virtualmente, como en los videojuegos, que aún no existían. Era una habilidad con la que me distraía largo rato cuando me enviaban a la cama y no tenía sueño, pero la perdí demasiado pronto, todavía niño'.

... 'Después pasé a la segunda etapa, la más larga casi medio siglo: una combinación de los modos visual y con patrones con claro predominio de este último. Decía Grandin que los patrones son muy útiles para la música, las matemáticas y la informática, pero mi oído musical es nulo, así que sólo se me han dado bien las otras dos materias. En la escuela no me era necesario estudiar matemáticas: veía las relaciones entre los números como un maravilloso mapa de patrones que se entrelazaban y se ramificaban, en una progresión que creaba ritmos sin fin'.

... 'Cuando ya hacia los 30 años descubrí la programación de ordenadores me sentí totalmente identificado: programar era construir patrones. La informática se convirtió así en mi pasión. Programando me olvidaba de todo, me abandonaba, experimentaba el mismo placer que supongo que otros experimentan con la música, la literatura o las obras de arte. Para cada fragmento de programa que había que codificar, no me bas-

taba con que funcionara: tenía que encontrar el algoritmo más elegante, la secuencia óptima'.

...'El pensamiento por patrones [símbolos, esquemas mentales semi visuales] no se limitaba a los temas técnicos, sino que lo utilizaba para todo. De hecho, entonces yo creía que todo el mundo pensaba de esta manera. Para mí el lenguaje era una herramienta para la comunicación, no para el razonamiento. ¿Qué sentido podía tener hablar con uno mismo? Si lo hacía, ¿con quién estaba hablando? Viviendo en una sociedad bilingüe, recuerdo que alguna vez había oído hacer la pregunta: "¿Pero tú en realidad en qué idioma piensas, en catalán o en castellano?". No lo entendía. ¿Qué quería decir aquello? ¡Nadie utiliza el idioma para pensar! Entendía que pensar con palabras limitaba mucho las posibilidades, ya que el lenguaje es lineal y no admite estructuras complejas multidimensionales, como las que se necesitan para ciertos razonamientos. Además, hay conceptos que no se pueden definir con palabras. Al menos esto es lo que yo creía, y como que nunca hablaba con nadie de cosas internas, me quedaba con esta creencia'.

...'Y he aquí que hacia los 55 años, casi de repente, me descubro hablando conmigo mismo. Recuerdo que las primeras veces, cuando me daba cuenta de ello, me sorprendía: era como si le estuviese contando cosas a alguien. Al principio pensaba que lo que estaba haciendo era ensayar un discurso de algún tema que debía comentar en el trabajo, o tal vez preparar mentalmente un documento que debía escribir, hasta que poco a poco vi que había cambiado mi proceso mental, hasta llegar a utilizar mayoritariamente el lenguaje. Sigo utilizando, eso sí, el pensamiento simbólico. Probablemente estos dos métodos se ejecutan en sistemas cerebrales diferentes, ya que en alguna ocasión me he descubierto pensando simultáneamente dos temas: uno con la parte verbal y otro con la simbólica, hasta que la propia conciencia del hecho rompe ambos hilos'.

...'No sé si es una coincidencia o si existe alguna relación, pero el paso al pensamiento verbal coincidió con el inicio del período de crisis que desembocó en el trastorno de ansiedad generalizado con agorafobia, cuyo proceso de tratamiento, habría de propiciar mi descubrimiento del Asperger'.

11 Ausencia de contacto visual

Las personas se miran a los ojos cuando se hablan. El contacto visual constituye un diálogo extremadamente rico en contenido, transmite sentimientos, deseos, sinceridad, intimidad. A veces una mirada puede decir más que cualquier discurso. Esta habilidad comunicativa es una de las riquezas que la evolución ha dado a los seres humanos para facilitarles la vida en sociedad. ...*La mayoría de los Asperger y de los autistas en general, no mantenemos el contacto visual.* Este hecho resulta muy manifiesto en la infancia, cuando el niño o la niña no ha aprendido todavía técnicas para disimularlo o no ha sentido esta necesidad. Es tan general y tan fácilmente observable, que es uno de los indicadores que pueden utilizarse ya desde el doceavo mes de vida para advertir de la posibilidad de un trastorno autista. Además, el niño o la niña no solamente no miran a los ojos de la persona, sino que tampoco mira hacia donde mira ésta.

La falta de contacto visual no solamente priva a la persona con autismo de buena parte de su capacidad de comunicación, sino que también puede provocar por parte de los demás el rechazo o la desconfianza. No mirar a los ojos se interpreta como una señal de desinterés o de falsedad. Cuando una maestra quiere que el niño confiese un hecho, le dice: 'Mírame a los ojos y dime la verdad: ¿has sido tú?'

Y es que no es solamente que los Asperger no tenga interés en mirar a los ojos porque no les aporta nada, sino que en muchos casos realmente no *pueden* mantener el contacto visual. La descripción de la sensación que les produce cuando lo intentan es diversa:

1 Algunos manifiestan que el esfuerzo de concentración que les requiere les impide seguir el hilo de la conversación en curso. O miran a los ojos, o escuchan lo que les dicen, pero no las dos cosas al mismo tiempo.

2 En otros casos les genera incomodidad, inquietud, nerviosismo, confusión, estrés, o incluso ansiedad.

3 Además, saben que la otra persona piensa que con el contacto visual están captando una información emocional que en realidad no perciben.

4 Para evitar estos problemas, la mayoría de los Asperger aprenden intuitivamente y aplican diversas técnicas para simular el contacto visual, como: a. Mirar a puntos próximos a los ojos, por ejemplo la nariz o la boca, u otro punto cercano. b. En el curso de la conversación, intentar miradas rápidas y puntuales a los ojos, para desviar inmediatamente la mirada a otro lugar. c. Desenfocar la mirada, dirigiéndola aproximadamente al punto medio de los dos ojos, pero haciendo que éstos aparezcan como imágenes borrosas.

Algunos Asperger, especialmente si reciben una formación y atención específicas, llegan a ser capaces de mantener un adecuado contacto visual, e incluso identificar e interpretar los principales signos comunicativos, aunque no es muy frecuente. En ambientes en los que el Asperger es más conocido, o la mentalidad más abierta y comprensiva, algunos optan simplemente por informar abiertamente al interlocutor.

12 Ceguera para las caras

También llamada prosopagnosia del griego *prosopon* que significa rostro y *agnosia* que es el no-conocimiento. Hay personas que por causas genéticas o por una lesión cerebral, tienen esta facultad de reconocer rostros, impedida en un grado más o menos grande. Es el trastorno conocido como prosopagnosia. En los casos más leves esto puede causar cierta dificultad para recordar a las personas con las que no se mantiene un contacto frecuente. En los más graves se puede llegar a desconocer los familiares directos, como la madre o la pareja o incluso en algún caso extremo a no reconocerse a sí mismo al verse en el espejo. Las personas afectadas no tienen ningún problema visual y pueden identificar y recordar todo tipo de objetos. Únicamente se ve afectado el reconocimiento de las personas a través de sus rostros. Se trata de un trastorno raro, poco corriente en la población, en cambio mucho más frecuente entre los autistas lo cual complica sus deficiencias sociales.

...Empecé a notar la impresión negativa que esto causaba así que intenté disimular mi ignorancia siempre que me era posible, adoptando pequeñas estrategias. Cuando me encontraba con alguien que suponía que tenía que conocer, le hablaba de manera inconcreta con frases que sirviesen para cualquier persona del grupo al que suponía que pertenecía mi interlocutor, según pareciera corresponder a los grupos: familiares, compañeros, maestros. Analizaba sus respuestas en busca de algu-

na pista que me permitiese deducir su identidad. Adquirí la costumbre, que aún conservo, de saludar a todos sin decir su nombre, es decir, sólo hola, en lugar de hola Juan, aunque supiese quien era, por temor a posibles errores.

... 'Desde un punto de vista global, recuerdo mi infancia como una etapa negativa, pero si me pidieras que concretara más esta sensación, me costaría bastante. Cuando me sentía mal, era incapaz de decir qué era lo que sentía. Las sensaciones concretas, como la angustia, el disgusto, la ira, la tristeza, el aburrimiento, la frustración, el estrés, el miedo, el odio, los celos, la rabia, la envidia, la vergüenza, el rechazo, o cualquiera otra me eran desconocidas. En todas ellas simplemente me sentía mal. Era como un malestar físico indefinido. Era incapaz de asignar un color emocional a mis sensaciones, sólo apreciaba una mayor o menor intensidad de las mismas.

Al no ser capaz de analizar mis sensaciones, tampoco sabía relacionarlas con las causas que las producían, y entonces asociaba el malestar, no a una causa concreta, sino a las circunstancias en las que se producía, que podían ser múltiples. Aquél era un enemigo que no sabía de dónde venía, ni cuando podía aparecer y que no podía combatir. Esto provocaba que cada vez me hubiera más situaciones que me atemorizaran y que temiera afrontar cualquier novedad. El miedo era la previsión del malestar y adquiría una personalidad propia, independiente de las razones del mismo, que había de acompañarme de manera casi permanente, en mayor o menor grado el resto de mi vida.

... 'Recuerdo muy pocos momentos en los que me haya sentido realmente en paz, libre de esta constante presión emocional. Supongo que debía haberlos, pero no han dejado huella en mi memoria. Ahora mismo, de la etapa infantil sólo recuerdo uno. Me encontraba en un gran ventanal del piso superior de una masía. Desde este mirador la vista alcanzaba una extensión inmensa, o así me lo parecía entonces de colinas, bosques y campos, sin ninguna casa ni personas a la vista, sin ningún sonido que no fuese natural, tan sólo los pájaros o el viento. Aquél espectáculo majestuoso y sereno, repleto de paz, me llenó de tal manera que aún hoy día, cuando en el silencio percibo el murmullo de las hojas de los árboles movidas por la brisa, me emociono recordando aquél momento.

13 Los savants [los sapientes, sabios, nerds]

Este fenómeno de los savants del que se habla a menudo suele asociarse con el Asperger. Son personas que poseen habilidades extraordinarias en un campo específico, aunque en el resto suelen estar por debajo o bastante por debajo de la media. Los talentos más frecuentes tienen que ver con la memoria, el calendario, la música, el dibujo o las matemáticas, pero en realidad puede tratarse de cualquier materia. En muchos casos, estas habilidades se manifiestan ya en los primeros años de vida y entonces se les conoce como niños prodigio.

Aunque popularmente se relaciona a los savants con el autismo, ni todos los autistas son savants, ni todos los savants son autistas. Los savants representan el caso extremo que combina una gran habilidad puntual con una baja inteligencia global. Entre este punto y el cerebro típico encontramos un continuo de casos intermedios. Algunos combinan una elevada capacidad en un dominio restringido y una dedicación intensa al mismo, con un nivel intelectual general alto, lo que los lleva a destacar de manera extraordinaria en su campo. En este grupo hay algunos célebres Asperger, como:

a. Vernon L. Smith, premio Nobel de Economía 2002 por sus trabajos en el campo de la economía experimental. Ha manifestado que el Asperger le ha aportado significativas ventajas en su carrera.

b. Bram Cohen, creador del protocolo de comunicación BitTorrent y del primer programa que lo implementó. Es el sistema más popular de compartición de ficheros entre usuarios de internet.

c. Satoshi Tajiri, creador de la franquicia de los videojuegos llamado Pokemon. Durante años ha seguido un ciclo de trabajo de 12 horas de sueño y 24 de trabajo, lo que dice que le facilita la tarea creativa.

Se ha dicho de algunos personajes históricos como Einstein y Newton, que su biografía se ajusta al perfil del Asperger. Resulta imposible establecer un diagnóstico en estas condiciones, pero es evidente que la imagen popular del científico despistado y solitario parece cercana a la de las personas con este síndrome.

14 Hipersensibilidad sensorial

Muchas personas con autismo o asperger muestran una gran sensibilidad a las experiencias sensoriales, principalmente:

(1) **Sonido:** los ruidos intensos, repentinos, agudos o continuos les pueden provocar desde la imposibilidad de concentrarse en la realización de tareas simples, hasta sensaciones extremadamente molestas o casi dolorosas. Ejemplos típicos de esto son los truenos, los petardos, los disparos, los ambientes ruidosos, la maquinaria, los chillidos, u otros específicos de cada persona.

(2) **Tacto:** contactos suaves o con ciertas texturas, como algunas telas. Ello puede provocar rechazo a ser acariciado o abrazado, o a llevar cierta ropa o calzado.

(3) **Sabores:** algunas comidas pueden resultar muy desagradables, haciendo que a veces la persona adquiera la costumbre de limitar su alimentación a un número reducido de alimentos.

(4) **Equilibrio:** extremada sensibilidad a cambios rápidos en la posición del cuerpo. La persona rehúye las situaciones que le hacen perder la estabilidad, como ciertas atracciones, o puede manifestar una falta de coordinación motora o de habilidad para los deportes.

Las personas con asperger adoptan diversas estrategias para protegerse de estas invasiones sensoriales. La más obvia es la evitación de las circunstancias que las producen, pero hay otras:

1 Llevar a término comportamientos repetitivos que tapen la experiencia molesta.

2 Aislarse dentro de un mundo interior, cerrándose a los sentidos externos.

15 Ansiedad y depresión

Varios de los factores habituales en el Asperger predisponen a estados de ansiedad y depresión. Estos factores permanecen en casi todas las fases de la vida de la persona, pero son especialmente peligrosos en las fases de cambio:

- (1) El sentimiento de ser diferente, de no pertenecer al grupo social.
- (2) La obsesión por el perfeccionismo, el orden, la justicia y el exceso de preocupación que comporta.
- (3) El sentimiento de culpa por acciones pasadas, debidas en general a los problemas de comprensión de los demás y de comunicación con ellos.
- (4) La necesidad de estar solos
- (5) Se cansan debido al esfuerzo continuo para entender racionalmente lo que los otros consiguen intuitivamente.
- (6) El sentimiento de no existir y de pasar por el mundo sin ser comprendido.
- (7) La dificultad para identificar los propios sentimientos con el consiguiente problema para afrontarlos.

Es frecuente también que la ansiedad así generada, unida al rechazo del cambio y el recuerdo de experiencias pasadas negativas, provoque un estado de temor a cualquier nueva situación, muchas veces se concreta en fobias diversas.

16 Otros rasgos

Hay muchas otras manifestaciones que se asocian en un grado más o menos grande con el Asperger. Resulta imposible relacionarlas todas y saber cuál es su relación exacta con el síndrome.

- (1) Parece que entre los asperger hay una incidencia de trastornos epilépticos bastante superior a la de la población general.
- (2) La necesidad de hacer las cosas siguiendo siempre una rutina, un método. En el caso de los Asperger se suele manifestar un deseo de guiarse por una norma y que esta norma responda a un criterio correcto. Esto suele expresarse en un deseo de justicia, y de que las otras personas sigan las mismas normas.

(3) En general los Asperger tienen poca afición por la literatura de ficción y prefieren los temas científicos o técnicos. Ello puede tener relación con las dificultades para entender los sentimientos de los personajes y seguir sus complicadas motivaciones.

(4) Los Asperger prefieren en general aprender por ellos mismos, no solamente para evitar las situaciones sociales que comporta el aprendizaje colectivo, sino también porque el método de aprendizaje habitual no se adapta a sus características.

(5) Trastorno de hiperactividad y déficit de atención: este es muchas veces el primer diagnóstico que se da a un niño o niña con Asperger que tiene problemas en la escuela.

(6) Problemas gastrointestinales: síndrome del intestino irritable.

Asperger [Aspi] en los medios de comunicación actuales

Primero fue en el año 1988 que aparece la película *Rain Man* en la que Dustin Hoffman interpreta a un autista [Asperger]. Bastante más tarde, en el 2005, *Mozart and the Whale* describe una relación sentimental entre dos personas con el síndrome de Asperger, que se conocen en una reunión de un grupo autista. Al año siguiente, el 2006, llegó la película *Snow Cake*. En ella, Sigourney Weaver interpreta a una autista de alto funcionamiento que se relaciona con un ex-convicto. Del año 2009 es la comedia romántica *Adam*, en la que Hugh Dancy interpreta el papel de un joven con Asperger. También del 2009 es la cinta de animación *Mary and Max*, que explica la extraña amistad de un hombre judío de Nueva York con Asperger, y una niña australiana. En el año 2010 encontramos <**Temple Grandin**> la biografía de esta doctora en ciencia animal por las universidades de Arizona e Illinois, autora de muchas publicaciones técnicas, así como de diversos libros en los que explica su vida con autismo de alto funcionamiento. El papel de Temple Grandin está interpretado por la actriz Claire Danes, que precisamente está casada con Hugh Dancy, el intérprete de Adam. También en el 2010 se ha estrenado <My name is Khan> una película india sobre un musulmán con Asperger que se casa con una mujer hindú en San Francisco poco antes del once de septiembre. Al margen del cine, también

algunas series televisivas, como: *Grey's Anatomy*, *Boston Legal* y *The Big Bang Theory* han incluido personajes que muestran signos de Asperger. En el campo literario, hay que destacar por su popularidad la novela "**El curioso incidente del perro a medianoche**" de **Mark Haddon**. Y recientemente el film 'Tan fuerte y tan cerca' [Extremely Loud and Incredible Close] estrenada en 2011, está basado en la novela homónima de Jonathan Safran Foer. Narra la historia de la relación de un padre que muere en el derrumbe de las torres gemelas y la relación que tiene con su hijo adolescente Asperger, antes y después de su muerte.

Los estudios sobre el Asperger se multiplican y con ellos las publicaciones que difunden su conocimiento. Paralelamente empieza a aparecer un nuevo fenómeno: las propias personas afectadas con Asperger escriben libros describiendo y explicando sus experiencias. Una de las primeras fue **Temple Grandin** con su reciente film ya estrenado que narra su vida como Asperger:

<https://www.youtube.com/watch?v=vSrZ4sm2Q4c>

La siguieron:

- 1 Michael John Carley** director ejecutivo de la institución: <The Global and Regional Asperger Syndrome Partnership> [GRASP]
- 2 Daniel Tammet** una persona que fue capaz de aprender y recitar de memoria las primeras 22.514 cifras decimales del número Pi.
- 3 Ramon Cererols: Con su libro <Descubrir el Asperger>**
<http://www.pairal.net/>

En Venezuela existen diversas instituciones ONG privadas dedicadas al estudio y ayuda a la comunidad Asperger. Así tenemos:

La Fundación ASPERGER

<http://www.fundasperven.org.ve/>

Fundacion para el ENTENDIMIENTO INTEGRAL DEL ASPERGER

<http://www.fupenia.org/>

Fundación AUTISMO EN VOZ ALTA

<http://autismoenvozalta.com/cms/>

Temple Grandin film: ...Aquí se muestra solo el inicio de 8 minutos con sub títulos en español:

<https://www.youtube.com/watch?v=LL06pPKmTNQ>

Temple Grandin film completo doblado al español de 1 hora y 30 minutos:

<https://www.youtube.com/watch?v=Ek0CcJL-29E>

Conferencia sobre autismo y asperger dada por Temple Grandin de 1 hora con sub títulos en español:

<https://www.youtube.com/watch?v=F-LqXsXvhtM>

Los misterios del autismo: reportaje de TV de 42 minutos en español:

<https://www.youtube.com/watch?v=yQixD1eZGw4>

Capítulo 18

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Cuarta parte

Los estados de tristeza: Ahora bien, existen una serie de estados mentales que tienen algunos rasgos en común con lo que habitualmente se llama Depresión. Me refiero a los síntomas psiquiátricos de tristeza, llanto y decaimiento, pero que sin embargo, no corresponden a una Depresión. Por lo tanto es necesario diferenciar estos estados de tristeza de una depresión. Estos estados que aquí propongo son:

- (a) Clínica del duelo
- (b) Clínica del vacío
- (c) Clínica del masoquismo moral
- (d) Clínica del Goce [Jouissance]

Un algo adicional pedagógico:

- (e) Clínica de la depresión neurótica

- (a) Estado de duelo

El duelo es un estado afectivo normal, producido por la pérdida de un objeto de importancia. Este objeto tiene investidura [catéxia], puede ser un objeto de amor o su equivalente metafórico como puede ser la pérdida de la libertad o de los ideales u otros objetos valiosos para el sujeto. Se caracteriza por la presencia de tristeza, llanto, dolor psíquico y retraimiento. En el proceso del duelo el Yo del sujeto tiene que hacer un doloroso trabajo de aceptar la pérdida del objeto. Esto significa lograr paulatinamente el retiro de la investidura libidinal [catexias] que están colocadas en el objeto perdido. A su debido tiempo cuando el duelo sigue un curso normal, el sujeto podrá hacer investidura [catéxia libidinal] en un nuevo objeto de importancia o de amor. Por esta vía termina el duelo y el sujeto sigue adelante con su vida. Existen pérdidas naturales que originan duelos normales que son inevitables y forman parte de los hechos de la vida. Se podrían llamar las pérdidas necesarias. Por ejemplo: A lo largo de la vida el sujeto tendrá que enfrentar progresivamente la separación y pérdida del objeto valiosos. Así el bebé se ten-

drá inevitablemente que separar del pecho alimenticio o el biberón, para seguir su desarrollo. Se separará de la madre o de su substituta de quién está apegado, para lograr adaptarse al inicio de su vida pre-escolar más independiente. Así también sufrirá la pérdida por la pérdida del colegio y de sus compañeros. Luego la pérdida de la universidad. Y así sucesivamente a lo largo de toda su vida. La dificultad o incapacidad para aceptar y tolerar las pérdidas necesarias solo tendrán como consecuencia la detención del desarrollo y la permanencia de un estado mental infantil.

El duelo patológico

Cuando la relación previa con el objeto perdido ha sido ambivalente producida por la presencia de intensas pasiones de amor y odio, el sentimiento inconsciente de culpabilidad hacia el objeto perdido va a dificultar o entorpecer gravemente el proceso del duelo normal. Se establecen mecanismos de auto-castigo y de penitencias auto-impuestas para calmar los sentimientos inconscientes de culpabilidad. Entramos así en lo que podemos llamar la patología del proceso del duelo.⁴⁷

Como todos sabemos las manifestaciones clínicas de un duelo patológico varía según el principio del caso por caso. Es útil aclarar que la patología del proceso del duelo, se puede originar por otras razones diferentes a la producida por los sentimientos inconscientes de culpabilidad. Me refiero a los casos en que la relación con el objeto amado ha tenido características simbióticas o de fusión con el objeto. En esos casos el sujeto sobreviviente siente que la pérdida del objeto es intolerable. Siente que el mundo se acaba, que ya no tiene piso sobre el cual pararse. Desean morirse y desaparecer junto al objeto de amor. Cuando el objeto de intensa dependencia o de relación simbiótica ha desaparecido, el sujeto abandonado siente que sin ese objeto, sencillamente ya no le es posible vivir. La experiencia muestra que luego de un breve período, el sujeto establece bastante rápido, una nueva relación simbiótica que va a permitir la sobrevivencia.

⁴⁷ Tal como lo describe Sigmund Freud en su célebre trabajo sobre el duelo, escrito justo al terminar la primera guerra mundial, titulado 'Duelo y Melancolía' de 1917.

(b) clínica del vacío o del hueco psíquico

La experiencia analítica actual nos muestra repetidas veces la existencia de nuevas patologías. Es común escuchar el síntoma de la presencia de un vacío interior. Un algo indefinible, un vacío en el pecho, acompañado de un malestar sin nombre, a veces con angustia y con la sensación de no tener un propósito en la vida. A veces estos pacientes se preguntan ¿para qué vivir?

Algunos pacientes lo califican equivocada y espontáneamente como un problema depresivo crónico. Cosa que no es. El estudio de este síntoma, cada vez más frecuente, nos ha llevado a interesantes descubrimientos. El sujeto en cuestión es capaz de establecer relaciones objetales significativas y establece transferencia con el analista, lo cual nos deja ver que no se trata de un núcleo autista neurótico.⁴⁸ Sin embargo en estos casos que presentan una clínica del vacío encontramos que a pesar de establecer vínculos de amor y odio y tener una vida familiar y profesional activa, refieren la presencia a lo largo de toda su vida de este vacío interior y de la sensación de no tener un propósito en la vida. Lo que han hecho y tienen lo han logrado pasivamente empujados por los ideales y propósitos de la familia. Es importante mencionar que estos analizados no presentan una disminución de la autoestima, ni una dialéctica intensa de odio a sí mismos. Aún cuando la esperanza aparece cuestionada, no hay una clínica depresiva verdadera. En el estudio de la historia infantil de estos sujetos encontramos sujetos muy inteligentes, capaces de luchar por la supervivencia, pero con una particular dificultad en la relación temprana con la madre. Madres presentes, pero frías y distantes. Más que la presencia de un objeto materno odiado, encontramos la presencia de un objeto ausente. Así la psique de estos sujetos se constituye con un hueco estructural. Un hueco que puede variar de dimensiones según haya sido la magnitud de la percepción subjetiva de la ausencia del objeto materno.

(c) Masoquismo Moral

Sigmund Freud ya había introducido sus ideas sobre el masoquismo humano en los <Tres Ensayos sobre una teoría sexual> de 1903 que

⁴⁸ Tal como lo presenta Francis Tustin, analista inglesa, en sus trabajos de 1965 en el IJPA.

luego amplió en <La teoría económica del Masoquismo>.49 Allí Freud distinguió tres tipos de masoquismos: el masoquismo sexual, el moral y el femenino. Allí el masoquismo moral es descrito como un producto de un <conflicto inconsciente de culpabilidad> del cual naturalmente el sujeto no tiene consciencia. Este conflicto de culpabilidad inconsciente empuja irremediamente al sujeto a buscar formas de sufrir y obtener una expiación inconsciente. La paradoja nos muestra como este sufrimiento representa a la vez un alivio para el sujeto. Es necesario precisar que en esta clínica del masoquismo no encontramos ninguno de los elementos de la clínica depresiva. Por ejemplo, no existe un desencadenante de fracaso, ni existe un predominio de vínculo de odio con el objeto, ni una autoestima disminuida, ni la desesperanza típica del depresivo. Al contrario el masoquista muchas veces muestra su gran autoestima, su posición de afirmación en la vida y su capacidad de tolerar el dolor y el sufrimiento.

(d) Clínica del Goce

En clínica psicoanalítica actual existen sujetos que no pueden escapar de la necesidad de sufrir.50 Es más, para mantener su equilibrio psíquico necesitan sufrir. Al estudiar estos casos encontramos que no corresponden al masoquismo clásico freudiano donde generalmente encontramos indicadores de sentimientos inconscientes de culpabilidad. Sin embargo la permanente búsqueda de sufrimiento se mantiene presente. Lacan introduce su teoría del Goce como un fenómeno estructural del cual ningún ser humano puede escapar. Siguiendo a Freud, Lacan plantea que es un algo implícito en la lógica de la pulsión. Se ubica en un más allá del principio del placer freudiano (Freud, S. 1920). Toda persona tendría un montante de goce en su vida cotidiana. Este goce está <más allá del placer> es decir se plantea como una forma especial de <regodeo en el sufrimiento>.51 Cuando el montante de goce es elevado el analizando se nos presenta, sin serlo, con una clínica similar a la depresiva. Muestra una situación de vida que inevitablemente le condu-

⁴⁹ En su <Teoría económica del masoquismo> de 1924 Sigmund Freud describe con detalle las diversas formas de masoquismo.

⁵⁰ Jacques Lacan en su seminario de la Ética de 1960.

⁵¹ Para profundizar en el estudio del goce pueden referirse al libro: <Experiencia Subjetiva y lógica del otro> en su capítulo 23 titulado: <Lógica del Goce> de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, 2004.

ce al sufrimiento. Una incapacidad de resolver las situaciones, porque en el fondo no desea resolverlas. La paradoja nos muestra al mismo sujeto con un deseo de no seguir viviendo de esa forma ya que se encuentra atrapado, una cierta desesperanza a veces con llanto y otras veces no y una ausencia de la alegría de vivir. La historia de infancia revela la presencia de serias dificultades en los primeros años de vida. Así encontramos historia de abandonos, carencias y pérdidas graves. Historia de guerra, muerte y pobreza. Separaciones traumáticas de los padres con abandono afectivo. Drogadicciones y patología mental grave de los padres. Este panorama patológico de la temprana infancia, introduce un montante cotidiano de sufrimiento que queda inscrito en la estructuración temprana de la personalidad.

Lo importante es que este goce [sufrimiento] es necesario para el equilibrio psíquico de estos sujetos. Por lo tanto no puede ser curado ya que no hay nada que curar. Muchos de estos analizandos durante el proceso analítico aumentan el conocimiento que tienen de sí mismos. Abren nuevas oportunidades para vivir mejor, rescatan mucho de la capacidad de placer, ubicada en su vida sexual, pero no logran deshacerse de su necesidad de sufrir, algo que no es del orden masoquista. Su necesidad de goce es parte de su ser y necesario para su equilibrio psíquico. Es útil aclarar que estos analizandos no presentan una dinámica de odio al objeto, ni a sí mismos. No presentan una disminución de la autoestima. Así pues el estado de goce, no es un estado depresivo per se, ni un estado masoquista.

(e) Clínica de la depresión en el neurótico

Como dije anteriormente se trata de un síntoma que se instala en la estructura neurótica o psicótica cuando se cumplen cuatro requisitos: (a) cuando previamente en la historia del sujeto existe un predominio del vínculo de odio con el objeto. (b) Este odio al objeto va devenir posteriormente en odio a sí mismo y aparece la baja autoestima (c) la aparición azarosa de una experiencia de fracaso y (d) La pérdida de la esperanza.

(a) Sobre la lógica del odio al Objeto

El odio al objeto es algo inevitable en el ser humano. Es inevitable porque la relación temprana del niño pequeño con su madre implica la do-

ble experiencia con el pecho: <satisfacción y frustración>.⁵² La experiencia de satisfacción va a producir la introyección de un objeto amado llamado también el objeto bueno y la experiencia de frustración conlleva la introyección del objeto odiado llamado objeto malo. Esta dialéctica es inexorable e inevitable. Por lo tanto si todos nosotros tenemos en mayor o menor grado un vínculo de amor y odio con el objeto, teóricamente todos tenemos la posibilidad de instalar un síntoma depresivo. Lo cual es cierto. Pero para que se instale en forma patológica se necesita que previamente exista un predominio del vínculo de odio, sobre el vínculo de amor. Además se necesita del desencadenante de la experiencia de fracaso.

(b) El odio a si mismo

El predominio del odio al objeto en el infante va a provocar excesivas introyecciones identificatorias con el objeto odiado. Este objeto interno odiado provoca una disminución del amor o de la estima por sí mismo. Cuando el odio al objeto se convierte en odio a sí mismo se da inicio a las manifestaciones sintomáticas de un estado depresivo. Si la historia del desarrollo temprano del sujeto ha mostrado un predominio de mecanismos mentales primitivos que provocan serias dificultades en la capacidad de discriminación del sujeto con el objeto, aparecerá una persistencia del síntoma depresivo.

Estos mecanismos primitivos llevan a la pérdida de la capacidad de alteridad y a la tendencia a la fusión o simbiosis objetal. Lo cual unido a la ausencia o disminución de la autoestima, nos explica la intensidad y fijeza de algunos estados depresivos.

(c) La experiencia del fracaso

Las experiencias ulteriores de la vida que incluyen las experiencias subjetivas de éxito y de fracaso en cualquiera de sus formas: escolar, amoroso, profesional, familiar, financiero, pérdida de la belleza y mutilación de órganos, introducen en la escena la experiencia de castración.

⁵² Tal como lo plantea Melanie Klein en su libro sobre <Psicoanálisis de niños> de 1932.

El fracaso vivido como una experiencia subjetiva puede contribuir a desencadenar la presencia del odio que ya pre-existe en el sujeto. Por vía de la envidia y de los celos el sujeto va a odiar al objeto. En mi opinión la energía para el odio que en último caso puede provocar la muerte del sujeto proviene de la pulsión de vida y no de la pulsión de muerte. Por lo tanto siempre me encuentro en desacuerdo con el cliché repetido una y otra vez, de que un acto suicida no es más que la pura expresión de la pulsión de muerte.

(d) La desesperanza

La desesperanza refiere a la renuncia del sujeto de ser amado por el otro. Si el odio al otro, que debido al mecanismo del regreso de lo proyectado, termina siendo odio y desprecio a sí mismo. Y este mecanismo coincide o es simultáneo con el sujeto en estado de desesperanza que refiere como hemos visto a la renuncia de ser amado por el otro, entonces este odio a sí mismo va a ofrecer la energía necesaria para mantener este estado depresivo. El sujeto que renunció a ser querido por el otro y el otro como objeto odiado que deviene objeto internalizado, mantiene esta dialéctica de desesperanza.

Capítulo 19

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Cuarta parte

Lógica del vacío interior: Ya desde 1976 me interesé por el estudio de la teoría del espacio psíquico. En esa época escribí y publiqué un trabajo titulado <La aparición del espacio psíquico interno>⁵³ en el cual narra y teoriza sobre el caso de una paciente narcisista huérfana, traumatizada por la 2ª guerra mundial desde muy niña. Padece de una particular deficiencia en el proceso de las identificaciones tempranas. La paciente había desarrollado, con el propósito de controlar la angustia, lo que para entonces siguiendo a Donald Meltzer se llamó: identificaciones adhesivas.⁵⁴ El uso necesario de este mecanismo adhesivo iba a ser un problema serio que la acompañaría por el resto de su vida. Sus identificaciones se sostenían solo si el objeto de identificación estaba físicamente presente. Así pues las separaciones del objeto le resultaban intolerables con montos elevados de angustia desorganizadora. Ante la experiencia inevitable traumática de la separación del objeto adhesivo, se le hacía absolutamente necesario conseguir rápidamente un nuevo objeto de amor al cual adherirse para calmar su angustia y evitar el colapso mental. Las separaciones analíticas de fines de semana o por vacaciones eran catastróficas. Lograr la permanencia del objeto le permitía prolongados periodos de calma. Este problema de no disponer de un <espacio psíquico> que fuera apto para las identificaciones estables, es un problema estructural, el cual es originado por serias carencias ocurridas en una época muy temprana, en los inicios de su vida.

Poco después me iba a tocar descubrir otro tipo de problemas relacionados con la configuración del <espacio> y del <tiempo> psíquico.⁵⁵ Fue cuando en 1984 presenté y luego publiqué, un trabajo sobre la teo-

⁵³ Rómulo Lander [1980]: 'La aparición del espacio psíquico interno'. Revista de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis. Vol.1 página 43, 1984. Caracas.

⁵⁴ Donald Meltzer [1975]: Exploration in autism. Clunie Press, Perthshire [UK]

⁵⁵ El sentimiento de ser adecuadamente <contenido> por el objeto permite desarrollar luego la propia capacidad de <contener>. Eso va a permitir la entrada y salida en el objeto, lo cual permite desarrollar la vivencia del <tiempo psíquico>. Según los problemas con las identificaciones tempranas se van a construir tres tipos de tiempo psíquico: tiempo circular, oscilatorio y lineal.

ría de los <huecos psíquicos> también llamada teoría del <vacío mental>.⁵⁶ Se trataba de otra paciente que padecía una extraña percepción subjetiva de padecer de un vacío en el pecho. Ella soñaba que caía en espacios vacíos y se despertaba gritando aterrorizada. Otras veces lo percibía como un vacío en su vida, en su existencia. También refería una vivencia de tener sin vida, ciertos aspectos de su mente. Su apego transferencial permitió que el análisis durara varios años. En el curso de estos años se fue aclarando, poco a poco, la semiología de este extraño fenómeno del vacío y del concepto de su tiempo psíquico.

Esta paciente era hija única y su madre había padecido de un serio trastorno melancólico, que la llevaba a ausentarse en su habitación a oscuras, por muchos días, descuidando seriamente a la pequeña bebe recién nacida. La función reverie de esta madre estaba ausente. La relación con el padre, muy presente en su infancia, fue positiva, cariñosa y salvadora. A lo largo de su infancia y juventud la paciente aprendió a disminuir su angustia con un método especial. Este método consistía en desarrollar relaciones de objeto selectivas e intensas: con las cuales se apegaba. Con la adolescencia apareció la posibilidad del vínculo de amor. La presencia del vínculo con el objeto de amor la calmaba. El objeto de amor podía estar físicamente presente o ausente. Cuando el objeto estaba físicamente ausente, requería entonces de una presencia virtual, que lograba a través de una llamada telefónica. La voz al teléfono le calmaba la angustia de una forma bastante eficaz. Llegó a tener varios novios simultáneos en diferentes países, con tal de tener el objeto de amor disponible, en el momento necesario, a cualquier hora del día. Este método de la presencia del objeto, le era relativamente eficaz, ya que ella por las noches al estar sola sin acceso al teléfono, padecía de intensos insomnios.

Como vemos este vacío interior se calma cuando aparece un apego al objeto. Por esta razón este tipo de sujeto que muestra una estructura narcisista también llamada limítrofe o borderline, muestra la presencia de un defecto estructural que la lleva a desarrollar un tipo especial de relación de objeto que es de predominio fusional y simbiótico. No con todos los objetos, solo con el objeto elegido para tal fin. Esta relación

⁵⁶ Rómulo Lander [1984]: 'Destino de las identificaciones'. Revista de la Asociación venezolana de Psicoanálisis. Vol. 2, página 69, 1985

de objeto se pone en evidencia clínica como un apego exagerado al objeto.

Cuando este tipo de sujetos establecen vínculos de amor, en la observación clínica se muestran como pegados uno al otro. Se pegan como una <estampilla al sobre>. Uno de los amantes puede no tener este fenómeno del vacío interior y es este el que hace las veces de <sobre>. El otro amante que si tiene un vacío interior hace las veces de <estampilla>. En los casos en que aparece el <desamor> y la <estampilla> pierde su <sobre>, como consecuencia de esa pérdida, va a aparecer una gran angustia con desesperación. El sujeto piensa que sin su amado o amada no puede vivir. En estos casos es posible que aparezca una ideación suicida. El sujeto <estampilla> abandonado, piensa erróneamente, que ya no vale la pena vivir.

La teoría psicoanalítica plantea claramente que el origen de este vacío interior proviene de graves insuficiencias en la relación temprana madre-hijo. Todos sabemos de lo importante de esta temprana relación.⁵⁷ El sujeto se constituye gracias al mecanismo de identificación que ocurre en esa relación temprana. El proceso de introyecciones e identificaciones tempranas del niño, proceso realizado con diversos aspectos sensoriales de su madre, va a dar origen a la formación de un <Yo primitivo>. La textura de ese <Yo temprano> se va a formar con las progresivas introyecciones e identificaciones de experiencias gratificantes y frustrantes. La deficiencia en estas identificaciones y el predominio de las frustraciones con el pecho nutricional, frustraciones que aparecen por incapacidad en la continencia y en la <función reverie> de la madre⁵⁸

⁵⁷ Esther Bick [Londres] en 1968 presentó un brevísimo pero importante trabajo en el IJPA sobre la experiencia de las relaciones de objeto tempranas. Allí sugiere que existen casos que en su etapa de desarrollo más primitiva, las partes de la personalidad se vivencian como si estuvieran carentes de una fuerza capaz de unir las distintas partes de la personalidad depende inicialmente de la introyección satisfactoria de un objeto externo, el cual debe ser vivenciado como capaz de cumplir esa función. Bick le dio el nombre metafórico de <Segunda piel> al objeto que posteriormente ejerce esa función de <unir> las partes de la mente. Pone el ejemplo de un hombre que tiene que usar chaquetas de cuero muy pegadas para aliviar su angustia. La Chaqueta o las sábanas muy pegadas al cuerpo dan la vivencia de <unir> las partes sueltas de la personalidad.

⁵⁸ La función reverie materna refiere a la capacidad de la madre de contener en su mente las angustias del bebé, sin ella angustiarse, para luego devolverle traducidas al bebé, las razones de su llanto. Relacionado con una relación intuitiva entre la madre y su bebé. Por ejemplo: el bebé llora en angustia cuando tiene hambre. La madre lo carga y recibe su

va a dejar un efecto de hueco o de vacío en la <textura> de ese Yo primitivo. Esto lo he observado en las ocasiones en que una madre muy deprimida o de rasgos autista y aislada no puede ofrecer una buena <función reverie> a su pequeño hijo. A veces la presencia contratada de una niñera competente va a salvar la situación. Gracias a esta madre sustitutiva la futura vida psíquica de ese bebé será preservada satisfactoriamente.

Todos nosotros tenemos una cuota inevitable de deficiencia de la función reverie materna. Esto es así, porque es inevitable que en la más temprana infancia se padezca de frustraciones con la experiencia del amamantamiento. Es decir de frustraciones variadas con el pecho que aparecen en la dialéctica de la satisfacción-frustración madre-hijo. Si existe un predominio de experiencias de frustración, allí quedará el testimonio de un vacío en la textura del Yo primitivo. Por lo tanto un vacío o hueco que corresponde con las experiencias del período temprano narcisista del desarrollo va a estar presente en la textura del Yo de todos nosotros. La magnitud de ese hueco o vacío narcisista que todos nosotros tenemos, varía según las experiencias originarias que hayamos tenido en la temprana infancia.

Fue posteriormente que descubrí, que ya en 1970, Jacques Lacan había introducido su teoría de las suplencias. Estas suplencias son identificaciones de imagen o de palabra [imaginarias o simbólicas] que constituyen: significantes, que pueden hacer la función de obturar el hueco o vacío que presenta la <textura> del Yo. Esta suplencia que aparece como un síntoma en la clínica, a veces como un rasgo de carácter, tiene una función defensiva, disminuyendo la magnitud de la angustia.

Es común encontrar ciertas patologías graves relacionadas con la existencia de un hueco o vacío en el sujeto. Me refiero por ejemplo a las patologías compulsivas de juegos de azar, las llamadas Ludopatías o las adicciones graves a drogas lícitas o ilícitas, y el alcoholismo grave. Para estas patologías el síntoma de jugar compulsivamente o de consumir compulsivamente, es lo que obtura, es decir tapa el hueco o el vacío subjetivo que el sujeto percibe en su interior. Así el síntoma compulsivo

llanto y su angustia, explicándole, aún cuando es obvio, que el bebé no entiende: que tiene hambre y que el pecho o el tetero ya llega. Esto repetido muchas veces, con razones o motivos diferentes, introduce <la voz> y la <mirada calmada> de la madre en el proceso de introyección del bebé.

de jugar o consumir drogas es la forma natural que el sujeto ha encontrado para curarse de su hueco. Por eso es necesario estar muy alerta al tratar de curar esos síntomas relacionados con patologías del vacío. En esos casos es necesario ofrecer otro tipo de suplencia que obture o taponé el vacío incurable del sujeto. Los adictos graves encuentran que la pertenencia a un grupo como el de una comunidad terapéutica puede funcionar como una suplencia. Es decir: la pertenencia funciona como tapón. Esto significa que mientras él adicto grave esté dentro de la Comunidad terapéutica su hueco o su vacío está obturado. Pero si abandona la Comunidad el vacío reaparece y con ello el consumo. Otras veces la pertenencia a una secta de tipo religiosa, con una vinculación directa con Dios, puede funcionar como una suplencia que obtura el vacío estructural del Yo.

Capítulo 20

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Quinta parte

Los estados de soledad: El sentimiento de soledad es algo profundamente humano. El sentimiento de estar solo aparece cuando no se comparte con nadie. Uno puede estar solo en medio de la muchedumbre. La soledad permanente representa la imposibilidad del sujeto de compartir con algún otro. Cuando una persona comparte sus ideas y sentimientos personales, a veces íntimos, con sus seres queridos y aún con seres anónimos, podemos decir que en ese momento el sujeto no está solo. A veces existe la paradoja de compartir la soledad con uno mismo, abriendo así la posibilidad a sentirse acompañado, aún estando solo, lo cual permite disfrutar de la propia soledad. O a la inversa también es posible sentirse solo, aún estado acompañado. El niño adquiere su capacidad de estar solo ya a los cuatro años. Puede dormir solo en su cuarto sin angustia, con la excepción de los niños fóbicos. Una cosa es la capacidad de estar solo y otra cosa es, el sentimiento de soledad.

Es cierto que personas con sentimientos de soledad son capaces de socializar amablemente y aún así se encierran en sí mismas y no comparten sus intimidades. Están presentes socialmente, pero en lo personal están ausentes. A veces al preguntarles porqué no pueden compartir sus sentimientos y sus experiencias íntimas con sus seres queridos, responden que no lo saben. En mi práctica he encontrado que muchas veces esto se debe a la presencia de un temor a la intimidad. Otras veces se muestra con un temor a ser rechazados y se protegen en la soledad. Otras veces temen que la intimidad los comprometa con una relación duradera que no soportan. Por eso prefieren estar solos.

Tendencia a agruparse

A pesar de la existencia de estos casos de seres solitarios que acabo de mencionar, los seres humanos tienen una tendencia natural a agruparse en familias y en comunidades. Lo hacen con aquellos que comparten costumbres, valores, ideologías y otras afinidades. Esta tendencia a pertenecer a la familia o la comunidad se va a sostener por una espontánea y sincera capacidad de respeto y lealtad para con la familia y la comunidad. Así de forma natural los seres humanos son seres sociales que se agrupan en manadas. Esta tendencia natural recibe el nombre

de gregaria.⁵⁹ Es decir a los seres humanos les gusta andar juntos. Les gusta compartir con sus amigos y con sus familiares. La evolución del sujeto en la vida va a abrir la posibilidad para que el sujeto descubra lo importante que es estar solo. La capacidad para estar solo se convierte en algo necesario para desarrollar todas las potencialidades del ser.

Aquí es donde cabe preguntar si la soledad es buena o mala. Pienso que no es ni buena ni mala. El ser humano le conviene tener la capacidad de agruparse y de estar acompañado, al igual que le conviene tener la capacidad de estar solo. Me refiero a estar absolutamente solo, es decir íngrimo.⁶⁰ La soledad muchas veces es censurada y no es bien vista por nuestro patrón cultural urbano. Nos dicen que estar solo no es bueno. A los jóvenes y adultos les avergüenza ser vistos en soledad. Por ejemplo evitan ir a los cines solos. En otros casos he observado que ciertas personas evitan estar solas por inseguridad y temores fóbicos. El objeto acompañante del sujeto fóbico le resulta muy necesario. Los sujetos fóbicos tienen muy limitado su capacidad de estar solos.

La capacidad de estar solo

Creo es fácil aceptar que es necesario tener la capacidad de estar solo. Ya desde la infancia existen niños que no pueden estar solos. Requieren de una compañía permanente. Esto lejos de ser algo deseable no lo encuentro saludable. Al contrario pienso que la capacidad que tiene el niño de estar solo aún en presencia de su madre, es un indicador de salud y de madurez en ese niño⁶¹.

En los adultos la buena salud mental permite que exista la flexibilidad tanto de disfrutar la soledad, como de disfrutar la compañía de los otros. Esta capacidad de compañía se puede alternar con la capacidad de estar en soledad. Incluso llegar a disfrutar la soledad absoluta del estar íngrimo. Algunos recomiendan cultivar la sabiduría que emana del silencio en soledad. Otros hablan de la capacidad de compartir la sole-

⁵⁹ <Gregario> es un adjetivo que refiere a aquellos animales que viven en manadas. Diccionario DRAE, 2010.

⁶⁰ Íngrimo e Íngrima: Adjetivo que proviene del idioma portugués [*íngreme*].

⁶¹ Coincido con las observaciones hechas por el psicoanalista inglés Donald Winnicott en su artículo 'La capacidad de estar solo' el cual aparece en el Journal de la IPA: IJPA Volumen 39 de 1957.

dad en silencio y de las bondades que surgen de pasar unos días en un monasterio de meditación y silencio.

Formas de vivir en soledad

He organizado mis ideas sobre del vivir en soledad en tres acápites. (1) El aislamiento espiritual (2) El aislamiento autista (3) El aislamiento social. Estos tres tipos de aislamiento o formas de vivir en soledad son importantes de conocerlos y de estudiarlos. Todas son naturales y diversas, no representan ninguna patología.

Formas del aislamiento espiritual

Refiere a una forma particular que utilizan los monjes o iniciados de cualquier religión o filosofía religiosa, que se retiran del mundo social para vivir en oración. Viven solos en silencio y en la búsqueda de Dios. A lo largo de los siglos se han presentado diversas maneras de lograr el aislamiento religioso, en una búsqueda continúa de la figura de Dios. Estos monjes o seres espirituales, desean estar aislados del mundo social, en soledad con una renuncia a sus bienes materiales. Me voy a referir a las tres variedades más conocidas: (a) El anacoreta (b) El ermitaño y (c) El silobato.

Los anacoretas: Son monjes de los inicios del cristianismo que se retiraban de la vida en comunidad buscando la soledad absoluta. Se aislaban sin ningún bien material. Se retiraban a los monasterios y se dedicaban a la oración y a la búsqueda de Dios. Algunos hacían voto de silencio, con la excepción de las oraciones alabando al señor. Los Monasterios se encontraban muy aislados en las montañas y en el desierto. Por ejemplo el monasterio que se encuentra a los pies del Monte Sinaí que no tiene puerta de entrada. Para ingresar se necesita ascender por un silla que se eleva tirada de una cuerda a un piso superior, muy alto. En Grecia encontramos los Monasterios ubicados en el tope de las inmensas rocas verticales llamadas Meteoras, que igualmente tienen un difícil acceso. La idea es lograr apartarse del mundo social, para iniciar una vida en soledad.

El ermitaño o eremita: Se refiere a monjes de los siglos intermedios de la era cristiana. Ciertos monjes se retiraban al desierto para buscar en la soledad absoluta, la figura de Dios. Se entregaban a la vida contempla-

tiva y penitente para buscar a Dios en lugares muy solitarios y así vivir una vida sin ataduras mundanas. Posteriormente siglos después en Europa los Ermitaños se aislaban en la montaña y en cuevas poco accesibles con el mismo propósito de aislarse y buscar a Dios. A veces se aislaban en una 'ermita' construida a tal efecto. Esta ermita construida al lado de algún camino de montaña, no tenía puertas ni ventanas. Allí el monje ermitaño se encerraba y por un postigo o pequeña ventana recibía los alimentos que los caminantes del camino tenían a bien darle. Los creían santos y les pedían que en sus oraciones los encomendaran a Dios.

Hoy en día existe una versión urbana de los antiguos ermitaños. Me refiero a los monjes y monjas de clausura que existen en diversas ciudades actuales, incluso en Caracas. Por ejemplo los monjes Cartujos y las Carmelitas Descalzas. Estas comunidades religiosas de reclusión, se dedican a la vida en soledad y al silencio en la búsqueda de Dios.

El silobato: Eran monjes de la edad media que utilizaban un <aislamiento social> particular. Construían una columna de veinte metros de altura al lado de un transitado camino de montaña y allí colocaban arriba de la columna una plataforma horizontal de tres metros cuadrados, sin baranda, ni techo. Solo la plataforma. Allí vivían y se alimentaban por medio de una cesta que con una cuerda bajaban al camino para que los caminantes les dieran [como una limosna] el alimento que los viajantes desearan dar. Igual que a los ermitaños los consideraban unos santos y les pedían que en sus oraciones los encomendaran a Dios.

Formas del Aislamiento Autista

Esta forma espontánea e involuntaria de presentarse la vida en soledad con su correspondiente aislamiento social, la encontramos en personas adultas con una patología narcisista llamada núcleo autista neurótico. En este punto no están incluidos los niños autistas de Kramer que se caracterizan porque <no tener ningún tipo de contacto humano> ni visual, ni emocional con la figura del otro. Es decir esos <niños autistas precoces> viven en un mundo no humano y a esos niños no me refiero aquí.

Aquí me voy a referir a los sujetos aislados socialmente de cualquier edad, que desarrollan una manera muy particular de relacionarse y de

aislarse de los otros y que vamos a llamar autismo neurótico. Estas personas pueden aislarse cuando así lo desean de forma total y efectiva de los demás. Pero esa capacidad de tener ese mecanismo mental de aislarse la tienen otorgada por su propia patología narcisista. Cuando ellos se aíslan es como si colocaran una campana de cristal enorme y allí se metieran. Precisamente se meten allí, en algo que en metáfora o simbólicamente describo como una 'campana de cristal' en la cual entran para evadir y evitar la angustia que sienten. Entran y salen de la 'campana simbólica a voluntad. Cuando están dentro de esa 'campana de cristal' se encuentran en total estado de paz y tranquilidad. No tienen angustia. Es decir desaparece la angustia cuando están separados y aislados de la familia y de la comunidad. Los familiares que están fuera de esa <campana> no comprenden lo que les pasa, se quejan de que solo piensan en ellos mismos y por lo tanto son seres 'muy egoístas'.

Formas de Aislamiento Social

Refiere a una forma particular y a veces patológica de soledad. Sabemos que los seres humanos desde la temprana infancia desarrollan la capacidad de vincularse con los seres que lo rodean y que son los que le dan amor y protección. Así van surgiendo los vínculos familiares y sociales de unos con otros. Surge el apego. Establecen lo que hemos llamado un lazo social que incluye el vínculo de amor y de odio. Esta capacidad de vincularse se va a expandir en la vida escolar y se forma el lazo social que puede llegar convertirse en una verdadera red social propia. Desafortunadamente para algunas personas existen situaciones difíciles y patológicas en la infancia que pueden obstaculizar o impedir el desarrollo de estos mecanismos de vinculación. Como resultado de esto estas personas no forman lazos sociales. Decimos no está inscrito en la red social.

Al no estar inscrito o no poseer esta capacidad de vinculación con el otro, las relaciones humanas van a encontrarse obstaculizadas. Estas personas son capaces de establecer una relación con un 'otro' como algo formal algo determinado por las reglas del sitio y del día. Si va a la escuela se relaciona, saluda y habla, con los compañeros y el profesor. Pero dejado a su libre albedrío esa persona no sabe cómo iniciar y establecer una conversación espontánea y simple. No forma 'amigos', ni hace lazo social. Son solo personas conocidos y no se establece una red social. Estas personas son muy solas y no logran mantener una novia.

No se casan a menos que sea algo arreglado por otros intereses o personas. Su vida laboral y de familia se encuentra muy interferida. Lo más grave es que esta patología no tiene ninguna forma de cambiar. La persona tiene que aprender a vivir con sus propias características y con sus limitaciones sociales. Este tipo de mecanismo mental lo encontramos en las personas con Asperger y en los niños y adultos psicóticos compensados.

Capítulo 21

OTRAS FORMAS DE VIVIR: DIVERSIDAD NO-PATOLÓGICA

Sexta parte

Los trasgresores de la Ley: La domesticación de todos los elementos pulsionales del sujeto, en su significación sexual o en su significación destructiva, va a permitir que el sujeto se civilice y obedezca las leyes básicas de la sociedad. El advenimiento al Complejo de Edipo [posición subjetiva triangular] va a exigir del sujeto su capacidad de renuncia a ambas significaciones [incestuosa y asesina] de la pulsión.

Así el sujeto al resolver el Complejo de Edipo, renuncia al deseo sexual incestuoso, originado en la escogencia de objeto de deseo sexual parental, sea este heterosexual u homosexual. Igualmente le va a exigir al mismo sujeto, la capacidad de renunciar al deseo parricida, matricida y fratricida, originado en forma natural, como expresión de la destructividad homicida, deseo que aparece ante la frustración de la demanda incestuosa. Así el sujeto Post Edípico que ha incorporado <la ley del padre> es un sujeto capaz de reconocer las relaciones del parentesco y sus consecuencias. Es un sujeto capaz de respetar las prohibiciones del incesto y el parricidio homicida y además de respetar las leyes consagradas de la sociedad.

Origen de la transgresión

A pesar de todo esto el sujeto puede romper o violar la ley. Esta transgresión de la ley, se puede originar, desde cualquiera de las tres formas fundamentales que dan origen a la transgresión. Estas son las siguientes:

- (a) La pasión de odio
- (b) La destructividad humana
- (c) La agresividad humana

Desde cualquiera de estos tres acápites el sujeto puede por determinados motivos individuales o grupales romper el orden de la ley y aparecer en acto, como <un transgresor>⁶².

⁶² **Los trasgresores** son llamados en los Manuales de Diagnóstico Psiquiátrico y los Manuales Judiciales: <Personalidades Psicopáticas>, <Psicopatías>, <Psicópatas> o sencillamente <delincuentes>. Es notorio que estos sujetos no presentan sentimientos

La transgresión de la ley deja ver una falla en la instauración de la ley del padre. Una falla en la capacidad de tolerar la frustración y el displacer originada en la prohibición fundamental. Se trata de una dificultad en respetar la ley del padre impuesta durante el período del Complejo de Edipo e instaurada en el momento de su resolución. Esta resolución del complejo de Edipo consiste precisamente en aceptar la prohibición del incesto y el parricidio, que significa ser capaz de renunciar en acto y en metáfora al deseo incestuoso y homicida. El acto de transgredir la ley es el acto del delito.

Por otro lado es necesario aclarar que no todo sujeto que realiza un acto de delito, es un sujeto de la delincuencia. En casos especiales ocurre el delito, pero no existe un delincuente. Como es el caso de los opositores de conciencia.

El acto del delito genuino [trasgresor de la ley] puede aparecer en cualquiera de las tres estructuras clínicas inconscientes ya descritas. Así puede aparecer un acto de delito en un sujeto de neurosis, de psicosis o de perversión. Ahora bien, desde un punto de vista del origen de la transgresión, no es igual una transgresión originada en la pasión de odio, en la destructividad o en la respuesta de agresión. Veamos esto por separado:

La transgresión originada en la pasión de odio

Como sabemos este acto trasgresor tiene características de convicción y certeza se acerca mucho a la transgresión delirante. Se trata del delito que es producto de convicciones delirantes. Naturalmente sin que exista necesariamente un cuadro clínico psicótico, ni esquizofrénico. No presentan sentimientos de culpa. Son delitos planificados, repetidos, con o sin violencia visible, inspirados en la pasión del odio, propio del eje narcisista. A veces con cierto sentimientos de culpabilidad y otras veces convencidos de que se trata de un acto de justicia <explicable dentro de su sistema delirante>. Aquí encontramos a los homicidas en serie

de culpa. A manera ilustrativa sugiero ver en **youtube** la entrevista al célebre asesino Jairo Velasquez [alias Popeye] quien fuera el sicario a sueldo del máximo narco jefe colombiano Pablo Escobar, ya fallecido. La ausencia de sentimientos de culpabilidad y deseos de protagonismo, es muy llamativa en la entrevista que se le hace a Popeye. <http://www.youtube.com/watch?v=4rxMZLWyyDw>

[serial-killer], los homicidas de masas [diversos holocaustos], los suicidas en masa [Jonestown en Guyana, Haven Gate en Los Ángeles, Rancho Santa Fe en New México] y otros homicidios y suicidios delirantes, con certeza de justicia, como en ciertos actos fundamentalistas.

La transgresión en la destructividad humana

Como sabemos tiene su origen en la intolerancia a la frustración y envidia temprana, con presencia de voracidad insaciable. Estos transgresores van a producir delitos de muy diversa naturaleza. Van desde el delito común, hasta el delito de corrupción administrativa y delitos bancarios. Se trata de delitos inspirados en <la voracidad, envidia, grandiosidad e intolerancia a la frustración>. Pueden ser delitos planificados o no, preferiblemente violentos. La frustración de infancia se reactiva con la frustración posterior, provocada en algunos casos por la injusticia social, dando origen al delito común. En otros casos, la voracidad patológica va a originar el delito de corrupción administrativa. Se trata de personas voraces, insaciables y con una imagen grandiosa de si mismo/a. Por otro lado mientras exista la injusticia social, la enorme diferencia en el bienestar de las distintas clases sociales, los prejuicios y el racismo, será inevitable la experiencia individual de la frustración de la demanda. Por lo tanto la sociedad seguirá produciendo sujetos de violencia, por razones de <frustración de su demanda> que no tiene relación alguna con la supuesta especificidad constitucional de la tendencia del hombre a la violencia como expresión específica y directa de la pulsión de muerte.

La transgresión desde la agresividad del sujeto

Muchas veces esta propuesta se encuentra al servicio de la supervivencia del sujeto, de la salvaguarda de su patrimonio y de la preservación de sus ideales. A veces este tipo de transgresión cae dentro del capítulo de la desobediencia civil. Esta desobediencia civil da origen a los presos de conciencia y a los opositores de la guerra. Igualmente a los que se oponen a ciertos mandatos o leyes del gobierno que son de cumplimiento obligatorio. El revelarse a ellas coloca a estos sujetos en un acto de delito. Sin embargo este delito es completamente diferente al delito originado en la pasión de odio y en la destructividad humana. A veces la protesta adolescente cae dentro de cierta variación de desobediencia

civil. Se transgrede la ley y se cae en el acto de delito por razones de los ideales, sin que exista el sujeto de la delincuencia.

Capítulo 22

BIBLIOGRAFIA

- ARLOW, S. (1963): The supervisory situation.
JAPA 11:576-594. USA
- BION, W. (1963): Elementos de Psicoanálisis.
Editorial Horme,
Buenos Aires, 1966
- BION, W. (1963): La función Reverie.
Aparece en 'Learning from experience'
Heinemann, London. 1963
- BION, W. R. (1967): Atención e interpretación
Editorial Paidos
Buenos Aires. 1974
- BICK, E. (1969): The experience of the skin
IJPA Psychoanalysis:
Vol.49:484 London.
- BLEGER, J. (1967): Simbiosis y ambigüedad.
Editorial Paidos.
Buenos Aires, 1967
- BLITZEN, M (1953): What is supervisory analysis?
Bulletin of the Menger Clinic. 17:117-129.
Topeka, Kansas USA
- CASULLO, A.: Supervisión Psicoanalítica.-
Nuevos aportes de Candidatos. Trabajo mimeografiado, presentado en el 29º Congreso Internacional IPAC, San Francisco, 1995.
- CARBONE, V. y Col. (2000): La neurosis obsesiva.
Aparece en Neurosis obsesiva, compulsión y feminidad.
Editorial Vigencia, BA, 2000.
- DE M'UZAN, M. (1972). Un caso de masoquismo perverso.
En 'Del arte a la muerte' Ediciones Icarías.
Barcelona, 1978
- DART, J. (1986): Síntoma y fantasma en el obsesivo.
En Histeria y obsesión. Editorial Manantial.
Buenos Aires, 1987
- DOR, J. (1985): Introducción a la lectura de Lacan.
Gedisa Editorial, Barcelona. España, 1994
- DOR, J. (2000): La estructura obsesiva.

- Amorrortu Editores, Buenos Aires. 2000
- EITINGON, M. (1922): Report to the International Training Commission. IJPA 7:130-134. London, 1922
- ETCHEGOYEN, H. (1988): Técnica Psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1988.
- FERRATER MORA, J. (1983): Diccionario de Filosofía. Alianza Editorial, Madrid, 1983
- GRINBERG, L. (1965): La supervisión Psicoanalítica. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- GROTJAHN, M. (1955): Problems and techniques in supervision. Psychiatry: 18:9-15, USA
- GOROG, J. (1986): El síntoma obsesivo. En Histeria y obsesión. Manantial. Buenos Aires, 1987.
- HANLY, C. (1992): The problem of truth in applied psychoanalysis. Guilford press. New York, 1992
- HONDERICH, T. (1995): Oxford companion to Philosophy. Oxford University Press, England, 1995
- ISSAC, A. (1984): Oxford Science Dictionary. Oxford University Press, England, 1991.
- IPA (2001): Code of Ethics, IPA (2001). Internal documents
- JACOBS, D [1995]: The supervisory encounter. Mimeografiado, IPAC Congress. San Francisco, 1995.
- KAISER, S. (1956): Technique of supervised analysis JAPA 4:539-549. USA
- FERNANDEZ, I. (1992): La bisexualidad. En La perversión en la práctica. Caracas 1994
- FERENCZI, S. (1924): La supervisión del Psicoanálisis Journal Verlag Vienna 1924
- FRAIBEG, S. (1968): Patterns in blind and sighted infant. Psychoanalytic S. of the Child. Vol. 23: 244-300. USA
- FREUD, S. (1893): Los mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos. Vol. 3. Amorrortu, BA 1965
- FREUD, S. (1895): Estudios sobre la Histeria. OC Amorrortu Editores. Tomo 2. BA 1967
- FREUD, S. (1900): La interpretación de los Sueños. OC Amorrortu. Vol. 5. BA 1967.
- FREUD, S. (1900): Lo inconsciente y la conciencia. Aparece en La interpretación de los sueños. capítulo 7, tomo 5. OC Amorrortu editores, 1979.

- FREUD, S. [1903]: Tres ensayos sobre una teoría sexual
Obras completas. Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1905): Fragmentos del análisis de un caso de histeria.
OC Tomo 7 Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1905): El Chiste y su relación con lo inconsciente.
OC Tomo 3, Pág. 76. Amorrortu Editores
Buenos Aires. 1967.
- FREUD, S. (1908): La moral sexual cultural y la nerviosidad
moderna. OC Tomo 9 Editorial Amorrortu
Buenos Aires 1979.
- FREUD, S. (1909): El pequeño Hans.
OC Vol. 10 Amorrortu Editores,
B.A. 1979
- FREUD, S. (1909): Observaciones sobre los ataques histéricos.
OC Tomo 10, Amorrortu Editores.
BA, 1967
- FREUD, S. (1909): El hombre de las ratas.
OC Tomo 10, Amorrortu editores.
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1909): Carta CG Jung 25 Enero 1909
OC-BN 3a. Edición. Tomo 1.
Madrid, 1958
- FREUD, S. (1912): La atención flotante
en Consejo a los médicos
Tomo 12, SE London, 1967.
- FREUD, S. (1913): Sobre psicoanálisis.
OC Vol. 12 Amorrortu Ediciones
Buenos Aires, 1976.
- FREUD, S. (1913): El Humor.
OC Tomo 13, Amorrortu Editores
Buenos Aires 1967
- FREUD, S. (1914): Introducción al Narcisismo.
OC Vol.14 Amorrortu editores.
Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S. (1914): Recuerdo, repetición y elaboración.
OC Amorrortu Editores.
Buenos Aires. 1967

- FREUD, S. (1915): Consejo a los médicos.
Conferencias introductorias. OC Tomo 14.
Buenos Aires 1976
- FREUD, S. (1915): Las Pulsiones y sus destinos.
Obras Completas. Amorrortu Vol.14
Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. (1915): Lo inconsciente.
Aparece en los trabajos de <Metapsicología>
OC Tomo XIV. Amorrortu B. A. 1979.
- FREUD, S. (1917): Conferencias introductorias.
Obras Completas. Amorrortu Editores.
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1917): Duelo y Melancolía.
Obras Completas. Amorrortu,
Vol. XIV. Buenos Aires
- FREUD, S. (1917): La terapia analítica.
OC Vol. 16, Pág. 408. Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1976.
- FREUD, S. (1920): Más allá del principio del placer.
Obras Completas. Vol.17 Amorrortu editores
Buenos Aires, 1979.
- FREUD, S. (1921): Sobre la sexualidad femenina.
OC Amorrortu Editores.
Tomo 21, Pág. 223. BA, 1978
- FREUD, S. (1921): Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia
anatómica de los sexos. OC Amorrortu
Tomo 19, p.259. 1978
- FREUD, S. (1921): Sobre la sexualidad Femenina.
OC Tomo 21, Amorroto Editores.
Buenos Aires, 1978
- FREUD, S. (1923): El Yo y el Ello
Tomo 22. Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1967.
- FREUD, S. (1923): Inhibición, síntoma y angustia.
Tomo 23, Amorrortu Editores,
BA, 1967
- FREUD, S. (1923): Conciencia e inconsciente.
Aparece en <El Yo y el Ello>
tomo XIX, O. C. Amorrortu Editores, 1979.

- FREUD, S. (1923): La organización sexual infantil.
OC Vol. 19 Amorrortu Editores,
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1924): El problema económico del masoquismo.
Obras Completas. Amorrortu, vol. 19
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1924): La disolución del complejo de Edipo.
O.C. Tomo 19, Pág. 177.
Amorrortu Buenos Aires 1979.
- FREUD, S. (1925): Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia
anatómica de los sexos. O.C. Tomo 19.
Amorrortu Buenos Aires 1979.
- FREUD, S. (1925): El Bloc Maravilloso.
OC Tomo 19, Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1926): Inhibición síntoma y angustia.
Obras Completas. Amorrortu Editores.
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1926): Represión y defensa: apéndice A
Aparece en <Inhibición, síntoma y angustia>
OC Amorrortu Editores, Tomo 20, BA 1979.
- FREUD, S. (1927). Fetichismo
O.C. Tomo 21, Amorrortu Editores.
Buenos Aires. 1979.
- FREUD, S. (1930): El malestar en la cultura.
Obras Completas. Vol.21 Amorrortu editores
Buenos. Aires, 1979.
- FREUD, S. (1932): Nuevas conferencias introductorias.
Vol.22 Obras Completas.
Amorrortu editores. Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. (1932): La descomposición de la personalidad
Psíquica. Aparece en la <31ª Conferencia>
Tomo XXII, página 53. O.C. Amorrortu Editores, BA. 1979.
- FREUD, S. (1933): Nuevas Conferencias Introductorias al
Psicoanálisis. Vol.22
O. C. Amorrortu, B. A. 1979.
- FREUD, S. (1933): ¿Por qué la guerra?
Vol.22 Obras Completas.
Amorrortu. B. Aires, 1979

- FREUD, S. (1939): El aparato psíquico.
Aparece en el <Esquema de Psicoanálisis>
Tomo XXIII, página 143. O.C.
Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. [1939]: Esquema de Psicoanálisis
Obras completas. Tomo 23 Amorrortu Editores
Buenos Aires, 1967
- FREUD, S. (1939). La escisión del Yo
O.C. Tomo 23, Amorrortu Editores.
Buenos Aires. 1979.
- FREUD, S. (1939): Técnica analítica
en Esquema del Psicoanálisis,
Tomo 23, Hogarth Press, London, 1967.
- FREUD, A. (1968): Acting Out
Writings of Anna Freud, Vol. 7: 94-109.
New York: IUP, 1971
- GILLESPIE, W. (1971): Agression and Instint Theory
IJPA Vol.52, p.155. Institute of Psychoanalysis.
London. 1971.
- GOLDSTEIN, M. (2002): El trauma, el conflicto y lo Real.
Aparece en LAB ON LINE. Textos de Internet 2002.
Página Web de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas
- INDERBITZIN, L. (1988): Patients' sleep on the analytic couch
Journal American Psychoanalytic Association.
Volumen 36:673-695 USA
- JAKOBSON, R. (1956): Two aspects of language and
two types of aphasic disturbances.
Word and language: selected Writings,
volúmen 2 The Hague Mouton Press, 1971.
- JOSEPHUS, F. (siglo 1 D.C.): La guerra de los judíos
Acervo cultural editores
Buenos Aires. 1961
- KLEIN, M. (1929): Situaciones de ansiedad infantil reflejadas en un
trabajo de arte y en el impulso creador.
IJPA Vol. 10 y en Contribuciones al Psicoanálisis.
Editorial Paidos. Buenos Aires 1964.
- KLEIN, M. (1932): Psicoanálisis de Niños.
Obras completas. Editorial Paidos.
Buenos Aires, 1977

- KLEIN, M. (1932): El Edipo de la niña.
En El psicoanálisis de niños. Editorial Paidos
Buenos Aires, 1944
- KLEIN, M. (1935): Psicogénesis de los estados maniacodepresivos
Aparece en Contribuciones al psicoanálisis.
Editorial Paidos, BA
- KLEIN, M. (1945): El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades
tempranas. En Contribuciones al Psicoanálisis.
Paidos. Buenos Aires. 1964
- KLEIN, M. (1952): Algunas conclusiones teóricas sobre la vida
emocional del lactante. Obras completas.
Paidos. Buenos Aires, 1977
- KLEIN, M. (1957): Envidia y Gratiitud.
Editorial Paidos,
Buenos Aires. 1959
- LACAN, J. (1936): Más allá del principio de realidad.
Escritos Vol. 1 [Capitulo 2]
Siglo XXI Editores. Mexico, 1966.
- LACAN, J. (1949) Estadio del Espejo.
Escritos Vol.1. Siglo XXI Editores,
Mexico, 1971
- LACAN, J. (1953): Función y campo de la palabra y del
lenguaje en Psicoanálisis [Discurso de Roma]
Aparece en el capítulo 4, Escritos 1.
Siglo XXI Editores. Mexico, 1966.
- LACAN, J. (1953): Los escritos técnicos de Freud
Seminario 1. Editorial Paidos.
Buenos Aires, 1989.
- LACAN, J. (1954): Comentario a Jean Hippolite sobre la Verneinung
Escritos 1 página 354.
Siglo XXI Editores. Mexico, 1984.
- LACAN, J. (1955). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica
Seminario 2 Editorial Paidos.
Buenos Aires, 1983
- LACAN, J. (1955): La carta robada.
Escritos 1, página 47.
Siglo XXI Editores. Mexico,1985
- LACAN, J. [1955]: Las psicosis
Seminario 3. Editorial Paidos
Buenos Aires, 1989

- LACAN, J. (1955): La cosa Freudiana.
Escritos 2. Editorial Siglo XXI,
Mexico, 1986
- LACAN, J. (1956): La relación de Objeto.
Seminario 4.
Paidos, Barcelona, 1994
- LACAN, J. (1956): De una cuestión preliminar a todo tratamiento
posible de la psicosis.
Escritos 2, Siglo XXI Editores. Mexico, 1985
- LACAN, J. (1957): La instancia de la letra en el inconsciente
o la razón después de Freud.
Escritos 1. Siglo XXI Editores. Mexico, 1969.
- LACAN, J. (1958): Una mujer que no es de recibo.
En Las formaciones del inconsciente Seminario 5
Editorial Paidos, Buenos Aires, 1998
- LACAN, J. (1957): Las formaciones del Inconsciente
Seminario 5. Editorial Paidos
Buenos Aires, 1998
- LACAN, J. (1958): La significación del Falo.
Escritos Vol. 2
Siglo21 Editores, México
- LACAN, J. (1958): El deseo y su interpretación.
Seminario 6. Inédito.
Copia mimeografiada. Caracas
- LACAN, J. (1959): Subversión del sujeto y Lógica del deseo.
Escritos 2. Siglo XXI Editores.
México, 1974.
- LACAN, J. (1958): Dirección de la cura y los principios de su poder.
Escritos 1, Editorial Siglo XXI.
Mexico, 1972.
- LACAN, J. [1960]: La identificación
Seminario 9. Inédito, mimeografiado.
Buenos Aires, 1990
- LACAN, J. (1960): Subversión del sujeto y dialéctica del deseo.
Escritos 2. Siglo 21 Editores,
Mexico. 1978.
- LACAN, J. (1960): La transferencia.
Seminario 8. Mimeografiado
Caracas, 1991

- LACAN, J. (1960): La dimensión trágica de la experiencia analítica.
Aparece en La Ética de Psicoanálisis. Tomo 7. Cap.22
Paidos. B.A. 1988.
- LACAN, J. (1960): La Ética del Psicoanálisis.
T.7, p.61. Editorial Paidos.
Buenos Aires. 1988.
- LACAN, J. (1960): Ideas para un congreso sobre la feminidad.
Escritos, Vol. 2 Siglo 21,
México 1985
- LACAN, J. (1960). El problema de la sublimación.
Aparece en el Seminario 7, La Ética del psicoanálisis.
Editorial Paidos. Buenos Aires 1988.
- LACAN, J. (1960): De la creación ex-nihilo
Seminario 7, La Ética del psicoanálisis.
Editorial Paidos. Buenos Aires 1988.
Mimeografiado en español. Caracas, 1986.
- LACAN, J. (1960): La ética del Psicoanálisis.
Seminario 8. Editorial Paidos
B.A. 1992
- LACAN, J. (1961): La angustia.
Seminario 10, Inédito.
- LACAN, J. (1962). Kant con Sade.
Escritos 2. Editorial Siglo XXI.
Mexico. 1985
- LACAN, J. (1962): La identificación.
Seminario 9. Folleto mimeografiado en español,
Caracas, 1990.
- LACAN, J. (1964): Los cuatro conceptos fundamentales.
Seminario 11. Editorial Paidos,
Buenos Aires. 1989.
- LACAN, J. (1964): Tyche and Automathon.
In: Four fundamental concepts of psychoanalysis.
The Seminar, book 11 London, Rutledge, 1971
- LACAN, J. (1966): La ciencia y la verdad.
Escritos 2. Siglo XXI Editores.
Mexico, 1976.
- LACAN, J. (1967): La lógica del fantasma.
Seminario 14. Copia Mimeografiada
Buenos Aires, 1987

- LACAN, J. (1968): El acto analítico.
Seminario 15, inédito.
Mimeografía en español. Caracas, 1989.
- LACAN, J. (1968): La significación del Fallo.
Escritos 2. Siglo 21 Editores.
México. 1975
- LACAN, J. (1969): El envés del Psicoanálisis.
Seminario 17. Editorial Paidós.
Buenos Aires, 1994.
- LACAN, J. (1969): Observación sobre el Informe de Daniel Lagache
Escritos Tomo 2 pagina 627.
Siglo XXI. Mexico, 1984
- LACAN, J. (1971): De un discurso que no hace semblante.
Seminario 18. Folleto mimeografiado en español.
Caracas, 1990
- LACAN, J. (1972): Aún
Seminario 20. Editorial Paidós.
Buenos Aires, 1992
- LACAN, J. (1972): El atolondradicho o Las vueltas dichas.
'L' Etourdit' aparece en la Revista Scilicet,
Paris, Seuil.
- LACAN, J. (1973): El Saber y la Verdad.
Seminario 20 (Aún). Editorial Paidós
Buenos Aires. 1981.
- LACAN, J. (1974): RSI
Seminario 22. Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1982
- LACAN, J. (1975): El sinthome.
Seminario 23. Copia Mimeografiada.
Buenos Aires, 1987
- LACAN, J. (1976): El Sinthome
Seminario 23, Mimeografiado
Inédito.
- LACAN, J. (1979): La Topología y el Tiempo.
Seminario 27. Mimeo en español.
Caracas, 1981.
- LANDER, R. (1980): La aparición del espacio psíquico interno
Revista de Psicoanálisis (Asovep).
Vol. 1: 43, 1984

- LANDER, R. (1985): Destino de las identificaciones en el narcisismo y el Edipo. Revista de Psicoanálisis Asovep.
Vol. 2: 69, 1985
- LANDER, R. (1986): Desarrollo temprano de la realidad
Revista de Psicoanálisis Asovep
Vol. 3: 07, 1988
- LANDER, R. (1992): La organización Sexual.
Aparece en 'La perversión en la práctica Psicoanalítica'.
Editorial Psicoanalítica. Caracas, 1994
- LANDER, R. (1993): La constitución del sujeto.
Trópicos, Revista de Psicoanálisis
Vol. 3: 43, 1994. Caracas
- LANDER, R. (1993): Clínica del obsesivo
Conferencia en la SPC, 1993.
Material mimeografiado.
- LANDER, R. (1994): Lógica del Borderline.
Folleto Mimeografiado,
Caracas, 1994
- LANDER, R. (1995): Ética del acto suicida
Conferencia. Copia mimeografiada
Caracas, 1995
- LANDER, R. (1996): Sufrimiento y Goce
Revista Trópicos. Año 5, Volumen: 1 y 2.
Sociedad P. de C. 1996
- LANDER, R. (1996): El acto analítico.
Revista Trópicos. Año 5. Vol. 1 y 2.
Caracas, 1996.
- LANDER, R. (1997): Clínica del odio.
Trópicos, Revista de Psicoanálisis
Vol. 4: 43, 1998
- LANDER, R. (1998): Dos huecos y una falta.
Presentado en el ciclo sobre Psicosis. SPC Inédito.
Mimeografiado (1998).
- LANDER, R.: (2001): Lógica del Goce.
Presentado en la SPC.
Versión mimeografiada. Caracas, 2001
- LANDER, R. (2003): Lógica del acto fundamentalista
Presentado en la SPC, Jornada Anual
Editorial Psicoanalítica. Caracas

- LANDER, R. (2004): Lógica de la proposición borromea
Presentado en el Congreso FEPAL, Mexico.
Versión mimeografiada. Caracas.
- LANDER, R. (2005): Lógica de la suplencia
Presentado en la SPC.
Editorial Psicoanalítica. Caracas.
- LANDER, R. (2006): Lógica de la terapia en adolescentes.
Revista Trópicos. Año XIV.
Vol.1 2006. Caracas.
- LANDER, R. (2006): Subjective experience and logic of the other.
Other press, New York 2006
- LANGER, M. (1966): Comunicación personal.
durante su visita y ciclo de conferencias.
Caracas, 1966
- LAURENT, E. (1987): Carácter-ego-sujeto
en El significante de la Transferencia. T 2 p. 7.
Manantial. Buenos Aires, 1987.
- LIMENTANI, A. (1987). Perversiones, tratables e intratables
Contemporary Psychoanalysis.
Vol. 23, Nº 3. N.Y. 1987.
- MALDONADO, J. (1975): Impasse y mala fe.
Revista de Psicoanálisis APA.
Vol.32, 115. Paidos, BA 1977
- MELTZER, D. (1977): El impasse psicoanalítico.
Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis.
Editada por Leon Grinberg. Paidos, BA, 1977
- MELTZER, D. (1967): El proceso analítico.
Editorial Paidos. Buenos Aires, 1970.
- MELTZER, D. (1975): Exploration in autism.
Clunie Press, Perthshire.
England, 1975
- MILLER, J.A. (1965): Acción de la Estructura
Matemas I, página 7. Editorial Manantial
Buenos Aires. 1987.
- MILLER, J.A. (1985): La Topología en la enseñanza de Lacan
Matemas I, Editorial Manantial
Buenos Aires. 1987.
- MILLER, J.A. (1986): S'truc-dure.
Matemas I. Ediciones Manantial
Buenos Aires, 1987.

- MILLER, D. (1986): El fantasma en la histeria.
En Histeria y obsesión.
Manantial. Buenos Aires, 1987
- MILLER, J.A. (1998): Elucidación de Lacan
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2003
- MILLER, J.A. (1999): Los inclasificables en la clínica
Editorial Paidós. Buenos Aires, 1999
- MILLER, J.A. (2000): El banquete de los analistas
Editorial Paidós, Buenos Aires. 2000
- MILLER, J. A. (2001): Los signos del Goce.
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2001.
- MILLER, J.A. (2002): De la naturaleza de los semblantes
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2002
- MILLER, J.A. (2003): La experiencia de Lo Real
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2003
- MILLER, J.A. (2004): Los usos del lapso
Editorial Paidós. Buenos Aires, 2004
- MILLOT, C. (1986): Deseo Y Goce en la histérica.
En Histeria y obsesión. Manantial.
Buenos Aires, 1987.
- NASIO, J. D. (1995): Cinco lecciones sobre la teoría de Lacan.
Gedisa Editorial.
Barcelona, España. 1995
- NIETZSCHE, F. (1886): The birth of tragedy.
Internet, Web
- PÉREZ DE PLA, E. [1995]: Material de supervisión: Un caso.
Trabajo mimeografiado, presentado el 7º Conferencia de Analistas Didáctas en el 29º Congreso Internacional IPAC, San Francisco, 1995
- PLATON (402 A.C.): Menón, ensayo sobre la virtud.
En las Obras Completas de Platón. Tomo I, Pág. 387.
Edición de la Universidad Central de Venezuela.
Nueva traducción local del griego original. Caracas. 1987
- RAGLAND-SULLIVAN, E. (1986): Neurosis Obsesiva.
En Histeria y obsesión. Manantial.
Buenos Aires, 1987.
- ROSENFELD, H. (1969): Psychotic States.
International University Press,
New York, 1969

- ROSENFELD, H. (1987): The problem of impasse in psychoanalytic treatment. en *Impasse and Interpretation*. Part 3. Pág. 133. Hogarth, London. 1987
- RUDINESCO, E. (1997): Lacan. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1998.
- SAUSSURE, F. (1916): *Curso general de lingüística*. Editado por Charles Bally Collins. Galsgow, 1950.
- SACHER-MASOCH, L.V. (1871). *La Venus de las pieles*. Editorial Fuentes, Barcelona España, 1952.
- SEGAL, A. (1972): Panel on Aggression. IJPA Vol.53, p.13. Institute of Psychoanalysis, London. 1972
- SILVESTRE, M. (1987): *El Saber del Analista*. El significante de la Transferencia tomo 2 p. 35. Manantial. Buenos Aires, 1987.
- STOLLER, R. (1968): *Sexo y Género*. Basic Books. New York. 1969
- TROBAS, G. (1988): *La posición del Analista en la Dirección de la Cura*. Copia en mime en español. Caracas, 1988.
- TUSTIN, F. (1965): *Estados Autistas*. En *El autismo neurótico*. Editorial Amorrortu. B.A. 1970.
- WINNICOTT, D. (1953): *Transitional object and Transitional phenomena*. IJPA Vol. XXIV, London. 1954.
- WINNICOTT, D. (1955): *Psychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Sep-Up*. I IJPA Vol. 36:16-26

Capítulo 23

INDICE DE PALABRAS Y CONCEPTOS

A

- abordaje terapéutico · 96
 acceso al fantasma · **149**
 acting out · 65
 acto del analista · 69
 acto del delito · 227
 acto del delito genuino · 227
 acto perverso · **141**
 acto suicida · 135
 acto suicida radical · **10**
 actos homosexuales · **178**
 actos homosexuales en sujetos
 heterosexuales · **181**
 Adam Limentani · **148**
 adherirse · 215
 Adolf Meyer · 110
 adquisición de la identidad sexual · 172
 afirmación · **100**
 afirmación del sujeto · 101
agieren · 65, 66
 agitación maniaca · 136
 aislamiento espiritual · 222
 Albert Einstein · 18
 Alegato de amor · 180
Alexitimia · 192
 Alfred Lacan [padre de Lacan] · 129
 Alucinaciones y delirios somáticos · 88,
 89
 ambigüedad en el objeto sexual que
 excita · 103
 ambigüedad en la escogencia de objeto
 sexual · **104**
 ambigüedad sexual · 167
 ambos Bipolares · 139
 amenaza de pérdida de algo · 73
 American Psychiatric Association [APA] ·
 32
 Amor · 178
 amor en los homosexuales neuróticos ·
 178
 Amor y odio al objeto · 137
 amuletos · 59
 anacoreta · 222
 angustia · 48, 63
 angustia de castración · 63, 73
 angustia del vacío interior · 86
 angustia es la puesta en acto de la
 castración · 46
 angustia fóbica · 73
 angustia homosexual · **178**
 angustias del bebé · 217
 Anna-O · 17
 anorexia · 86
 anorexia como síntoma · 92
 anorexia nerviosa · 91
 anulación · 59
 aparato psíquico · **18**
 aparición del espacio psíquico interno ·
 215
 apego · 216
 apego al objeto · 13, 216
 Aplicación clínica del matema histórico ·
 56
 Aplicación clínica del matema obsesivo ·
 63
 área corporal · 88
 aspectos estructurales · 51
 Asperger · 14
 Aspi [Asperger] · 189

atrapamiento narcisista · 92
 Auguste Forel · 111
 ausencia de shifter · **102**
 ausencia del shifter · 102
 Austria · 186
 autismo · 186
 autismo de Kanner · 188

B

banda de moebius · 24
 Bejahum · **100**
Big Bang Theory · 206
 Bion, Wilfred · 8
 bipolar · 135
 Bipolar y su psicopatología · 136
 bipolares horizontales y verticales · 136
 bipolaridad · 137
 bisexual · 50
 bisexualidad · 166, 182
 bisexualidad en al histeria · 49
 Bisexualidad y biología · 169
 Borderlines · 8, 75
Boston Legal · 206
 botella de Klein · 24
 bulimia · 86
 búsqueda de sufrimiento · 211

C

callejón sin salida · 90
 Callejón sin salida · 8
 capacidad de agruparse · 221
 capacidad de compañía · 221
 capacidad de estar solo · 220, 221
 capacidad de mentir · 102
 capacidad del yo de deslizar · 102
 capacidad orgásmica · 104
 Carácter sexual · 161

carencias · 215
 Carl Gustav Jung · 111
 Caso Aimée · 127
 caso de Dora · 57
 castración · 44
 Celos del segundo tipo · 124
 celos del tercer tipo · 125
 certeza · 105, **144**
 ciencias médicas · **31**
 Clínica de las fobias · 72
 clínica del Goce · 13, 211
 Clínica del goce · 208
 clínica del masoquismo · 211
 clínica del Masoquismo moral · 208
 clínica del vacío · 210
 clínica del vacío · 210
 Clínica del vacío · 208
 clínica depresiva · 211
 clínica obsesiva · 58
 clínica psicoanalítica · 48, 99
 clínica psicótica · **99**
 clínica psicótica de la esquizofrenia · 99
 clínica psicótica de la histeria · 99
 clínica psiquiátrica · 29, 43
 colapso mental · 114
 colapso metal psicótico · 99
 como una estampilla al sobre · 217
 Compulsiones y adicciones · 86
 concepto de estructura · 26
 concepto de Lo Real · 110
 concepto de Realidad · 110
 concepto de verdad · 28
 conflictos con sus deseos sexuales · 50
 constitución de la estructura perversa ·
 151
 constitución de la psique · 48
 contenido · 215
 continente negro · **161**
 Control de los impulsos · 85
 conversiones · 88

crisis de angustia · 106
 crisis disociativas · 54
 cuerpo · 88
 culpa · 64
 culpabilidad · 211
 Culto al falo · 181
 curarse de su <hueco>. · 219

D

Daniel Paul Schreber · 121
 de la tópica a la topología · **27**
 Defensas maníacas · 138
 deficiencia de la función materna · 218
 delirio esquizofrénico · 105
 delirio paranoico · 131
 delirios de desvalorización · 135
 delirios de grandeza · 135
 delito común · 228
 Demanda de reconocimiento del sujeto · 77
 depresión · 133
 Depresión como síntoma · 133
 depresión y acto suicida · 135
 depresión y duelo · 208
 Desean morirse · 209
 desencadenante · 99
 desencadenante de fracaso · 211
 desencadenante de la crisis psicótica · **106**
 deseo de nada · 93
 desesperanza · 135, 211, 214
 deslizamiento del significante · 103
 desmentida · **164**
 desobediencia civil · 228
 Destino de las identificaciones · 216
 desvalorización de sí mismo · 136
 detectar la aceptación y el rechazo · 106
 deuda impagable · 61
 diacronía · **21**

diagnóstico psicoanalítico · 30
 Dialéctica del deseo y condición absoluta de goce · 180
 Didier Anzieu · 129
 diferencia anatómica de los sexos · 6, 42, 156
 dificultad en la producción del discurso · 102
 discurso de dominio · 103
 Discurso de dominio · 78
 doble castración en la histeria · 53
 dolor psíquico · 138
 dominio · **103**
 dominio del discurso del otro · 103
 dos patologías bipolares · 136
 dos tipos de histeria · 52
 dos tipos de suplencia · **9, 105**
 DSM [Diagnostic Stadistical Manual] · 36
 dudas obsesivas · 59
 duelo · 208
 duelo patológico · 209
 duelos normales · 208
 Dustin Hoffman · 205

E

Edipo de la niña · 176
 Edipo masculino · 174
 Edipo positivo · **182**
 efecto de ausencia · **27**
 efecto de verdad · 28
 Efectos del Edipo en ambos sexos · 177
 eficacia de los psicofármacos · 39
 El control · 138
El curioso incidente del perro a medianoche · 206
 El desprecio · 138
 El discurso de dominio se refiere al efecto que tiene la palabra del otro en el sujeto · 78

- El ermitaño o eremita · 222
- El odio a si mismo · 134, 213
- El Otro en posición de amo · 53
- El respeto al síntoma · 96
- el sentimiento de soledad · 220
- El silobato · 223
- El suicidio como síntoma · 10
- El triunfo · 138
- El vacío interior · 210
- El Yo y el Ello · 20
- elección de objeto de deseo · 160
- elección del objeto del deseo · **174**
- elección homónima · **180**
- Elección homónima · 180
- elementos homosexuales reprimidos · 50
- Elizabeth Roudinesco · 129
- Emil Kraepelin · 32, 135
- empuje al otro sexo · **101**
- empuje al suicidio · **10**
- enactment** · 65
- energía · 135, 214
- enfermedades psicosomáticas · 90
- enfermedades Psicosomáticas · 88
- enfermedades somáticas · 88
- enfermos mentales · 16
- enfoque fenomenológico · 33, **142**
- entidades nosológicas · 43
- Envidia temprana · 138
- envoltura neurótica · 102
- episodio psicótico esquizofrénico · 106
- equilibrio psíquico · 211
- ermitaño · 222
- Ernst Kretschmer · 32
- Ernst von Brücke · 17
- erotomanía · 112, **154**, 164
- escisión del Yo · **152**
- escisión horizontal · 136
- escisión vertical · 136
- escogencia de objeto sexual · 50
- escogencia del objeto · 156
- Escogencia del objeto sexual · 159
- espacio psíquico · 215
- espacios vacíos · 216
- espectro autista · 186
- estabilidad · 64
- estabilización · 107
- estabilizado · **102**
- establece transferencia con el analista · 210
- Estado de duelo · 208
- estado depresivo · 133
- estados adhesivos · 80
- estados fóbicos · 72
- Estados intersexuales · 167
- estados limítrofes · 8
- estados melancólicos** · 133
- estar solo · 220, 221
- Este vacío se calma cuando aparece un apego al objeto · 76
- Esther Bick · 14, 217
- estrategia del analista · 107
- estructura (esquizofrénica) · 99
- estructura de la neurosis obsesiva · 61
- estructura histérica · 48
- estructura inconsciente · **26**
- estructura neurótica · 6, 42, 48, 107
- estructura obsesiva · 58
- estructura perversa · 6, 42, 107, **151**
- estructura psicótica · 6, 42, 103, 104, 107
- estructura psicótica esquizofrénica · 99
- estructura psíquica inconsciente · 42
- estructuralismo · 26
- estructuras clínicas · 48
- Estructuras Clínicas · 34
- estructuras clínicas inconscientes · 36, 42, 43
- Estructuras clínicas inconscientes · 36
- estructuras mentales · 48
- estudio de las estructuras · 31
- Eugene Bleuler · 32

exagerado apego al objeto · 77
 exhibicionista callejero · **145**
 experiencia analítica · 210
 experiencia de fracaso · 134, 213
 experiencia de frustración · 134, 213
 experiencia de la falta · 58
 experiencia de satisfacción · 134, 213
 experiencias gratificantes y frustrantes ·
 217

F

falla estructural · 73
 falo · 48
 falo como metáfora · 45
 falo es el significante del deseo · 45
 falo imaginario · **165**
 falo negativo · 61
 falo perdido · 63
 falo positivo · 63
 falo simbólico · 107
 fantasma en acto · **148**
 fantasma sexual · **147**
 Felipe Pinel · 16
 Fenómeno del vacío · 13
 fenómeno del vacío interior> · 76
 fenómeno elemental · 102
 fenómeno estructural · 211
 fenómeno somático · 8
 fenomenología · 33
 fenomenología de la histeria · **49**
 Fenomenología de la neurosis obsesiva
 · 59
 Fenomenología Psiquiátrica · 29
 fenomenológica en Psiquiatría · 32
 fenómenos elementales · 99, **101**
 figuras geométricas · 23
 fobia a los espacios cerrados · 73
 fobia como síntoma refiere a la
 evitación de situaciones · 72

fobias · 72
 fobias como estructura · 74
 fobias como síntoma · 74
 Fobias del eje Edípico · 73
 fobias Edípicas · 72
 fobias narcisistas · 72
 forclusión · 99
 forclusión del nombre del padre · **100**
 formalización de la estructura · **26**
 Formas de <Aislamiento Social> · 224
 Formas del <Aislamiento Autista> · 223
 fracaso · **134, 213, 214**
 fuera de discurso · **105**
 función reverie · 216
 función reverie materna · 217

G

Gaëtan de Clérambault · 112, 129
 género sexual · **159, 173**
 Género sexual · 158
 género sexual cultural · 156
 género sexual inconsciente · 156
 génesis y formación del pensamiento
 paranoico · 120
 genitalidad sin sujeto · **103**
 Goce · 104
 goce del síntoma · 96
 goza con el goce del Otro · 61
 goza en el lugar del Otro> · 61
 goza en el otro · **144**
 grafo Lambda · **24**
 grapa · **106**
 gregaria · 221
Grey's Anatomy · 206

H

Hans Asperger · 186, 187

Hermafroditas · 168
 hipocondrías · 88, 89
 hipótesis estructural · 27
 histeria · 44
 histeria masculina y femenina · 50
 Histeria y sugestión · 51, 57
 histerias narcisistas · 53
 histerización · **58**
 historial de Schreber · 122
 hombre o mujer · 167
 homosexualidad en las neurosis · **177**
 homosexualidad femenina · **176**
 Hospital Sainte-Anne de Paris · 129
 hueco estructural · 73
 Huecos en la constitución del Yo · 137
 huecos psíquicos · 216
 Hugh Dancy · 205

I

ICD [International Code of Diseases] ·
 36
 ichspaltung · **152**
 ideal fálico · 64
 ideas cabalísticas · 59, 63
 ideas obsesivas · 59
 Identidad hermafrodita · 169
 identidad sexual · 156
 Identidad sexual · **157**, 167
 identidad sexual deficiente y extraña ·
 103
 Identidad y anatomía · 172
 identificación sexual imaginaria · 57
 identificaciones adhesivas · 215
 ilusión de completud · 63
 Imago de la <madre atrapadora> · 93
 imponer un orden · 60
 imposibilidad de zafarse · 95
 incapaz de mentir · **102**, **192**
 indecisión · 59

individuo · 27
 Ingenuidad e intriga · 165
 Ingenuidad e Intriga · 162
 Ingenuidad masculina · 165
 interpretar poco o nada · 107
 intolerancia al rechazo · **106**
 intriga femenina · 165
 introyección · 134, 213

J

Jacques Lacan · 218
 James Jackson Putnam · 111
 Jean Martin Charcot · 111
 Jean-Martin Charcot · 17
 Jon Mills · 111
 Jonathan Safran Foer · 206
 Josef Breuer · 17
 Joseph Babinski · 32
 Joseph Capgras · 109
 Judith Gould · 186
 juez de la realidad · 110

K

Karl Jaspers · 32

L

La (i) pequeña · 62
 la depresión · 208
 La desesperanza · 135, 214
La Erotomanía · 112
 La experiencia del fracaso · 134, 213
 la falta · 50
 la falta en el Otro · 61
 La figura del losange · 62
 la mente · 88

la mirada · 153
 La mirada del otro · 153
 La mujer femenina · 165
 la propuesta del desarrollo · 21
 La realidad es subjetiva · 109
 la realidad oficial · 109
 la relacion como una <estampilla> · 217
 La S barrada · 62
 La sexualidad en el sujeto estructurado como perverso · 179
 La voz · 154
 labilidad afectiva de la patología limítrofe · 77
 Las fobias · 72
 Lawrence Inderbitzin · 66
 lazo social · 102, 224
 lazos sociales · 224
 Leo Kanner · 186, 187
 ley del padre · 226
 leyes básicas de la sociedad · 226
 libreto erótico pre-establecido · 179
 Lo curable y lo incurable · 74
 Lo real sexual · 156
 Lo Real sexual · 156
 lo tiene todo · 60
 Lo valioso del acting out · 67
 locura histérica · 53
 locuras histéricas · 54
 lógica de la ambigüedad sexual · 167
 Lógica de la angustia · 46
 lógica de la falta · 60
 Lógica de las Obsesiones · 58
 lógica de lo invisible · 143
 lógica del falo · 44
 lógica del odio · 133, 212
 lógica formal · 34
 Lorna Wing · 186
 Los anacoretas · 222
 Los pensamientos paranoicos organizados · 112

Los pensamientos paranoicos psicóticos · 113
 lugar del padre · 107
 lugar fálico · 107
 lugares topográficos · 24

M

magnitud de ese hueco o vacío narcisista · 14, 218
 maldad en la mujer · 166
 Maldad oculta · 162
 malformaciones sexuales · 168
 mar de goce · 104
 marca ezquizofrénica · 101
 Margarite Pantaine [Anzieu] · 128
Mark Haddon · 206
 Masoquismo · 211
 Masoquismo Moral · 210
 masoquista célebre · 145
 masoquista verdadero · 146
 Matema de la neurosis obsesiva · 62
 matricidio frustrado · 95
 mecanismos de auto-castigo · 209
 mecanismos de defensa · 46
 mecanismos mentales primitivos · 134, 213
 mecanismos psíquicos constitutivos · 42
 Melamie Klein · 22
 Melanie Klein · 43
 mente · 88
 mente humana · 37
 metáfora del falo · 45
 metáfora delirante · 105
 metáforas de la <falta> · 60
 momento psicótico · 99
 montante de goce en su vida cotidiana · 211
 monto de sufrimiento · 104
 moralidad de tipo exagerada · 60

N

narración biográfica que nos hace
Ramón Cererols · 190
necesidad de control · 60
necesidad de sufrir · 211
negación omnipotente · 138
neurociencias · 38
neurosis obsesiva · **58**
neurotransmisores · 40
niños autistas · 223
niños autistas precoces · 223
niños de Kanner · 187
niños que no pueden estar solos · 221
Nivel jurídico de la identidad · 158
no está solo · 220
no hay acceso al coito · **143**
no inscripción del significante del
nombre del padre · 100
no le falta nada · 60
no tener un propósito en la vida · 210
no tener un propósito en la vida. · 210
normas rígidas de conducta · 60
nosología · 32
nuevo objeto fóbico · 74
nuevo paradigma psiquiátrico · 38

O

objeto · 48
objeto acompañante · 221
objeto amado · 134, 209, 213
objeto bueno · 134, 213
objeto claustrofóbico · 73
objeto de amor · 208, 216
objeto fóbico · 73
objeto malo · 134, 213
objeto odiado · 134, 213
objeto perdido · 208

objeto sacrificial · 131
Obstáculos para el amor · 178
ocupar el lugar del padre · **107**
odio · **134, 214**
odio a sí mismos · 210
odio al objeto · 133, 134, 212, 213
odio al otro · 135, 214
odio y desprecio a sí mismo · 135, 214
ojo por ojo · 83
organizacion de los sexos · **156**
Organización Edípica · 44
Organización Mundial de la Salud
(OMS) · 32
Organización narcisista · 43
origen de la paranoia · 113, 126
Origen de la transgresión · 226
origen del aparato psíquico · **20**
otro como un amo · **103**
Otto Fenichel · 33
Otto Kernberg · 75, 136

P

pacientes psicóticos · 99
paradigma psicoanalítico · 36
paradoja viviente · 179
Paranoia · 109
Paranoia lúcida · 106
pasaje al acto · 65, 68, 101
patología Borderline · 44
patologías graves · 218
Paul Sérieux · 109
Paz sexual · 171
pegoteo con el objeto · 81
pensamiento delirante · 99
pensamiento delirante paranoico · 109
pensamiento y la acción · 70
pensamientos paranoicos · 114
pensamientos paranoicos no-
organizados · 111

pérdida de energía · 136
 pérdidas necesarias · 208
 perfeccionismo · 60
 persistencia del síntoma · 134, 213
 personalidad histérica · **49**
 personalidad obsesiva · 59
 Perversión y erotomanía · 164
 Perversión y Erotomanía · 162
 petrificación · **153**
 Pipote de basura · 8, 91
 poseedor del falo · 58
 posición depresiva · 22, 138
 posición esquizoparanoide · 22
 positivismo científico · 31
 predominio narcisista · 43
 [N/e] · 53
 presencia del odio · 134, 214
 presencia del rechazo · 106
 presencia del shifter · 102
 Presidente Schreber · 123
 primer reconocimiento · 77
 primer tipo de fobias · 74
 primera afirmación · 77
 primera Tópica · **19**
problema psicósomático · 88
 Problemas con <la alimentación> · 91
 problemática del lugar · **27**
 producción psicótica · **105**
 propuesta de Lacan · 35
 propuesta estructural · 34
 prótesis imaginaria · 105
 pseudo-hermafroditismo · 168
 psicofármaco · 41
 psicópata · 15
 psicopatía · 15
 Psicopatología Psicoanalítica · 33
 psicosis · 99
 Psicosis · 99
psicosis esquizofrénica · 99, 105
 psicosis estabilizada · 99

psicosis funcionales · 54
 psicótico estabilizado · **106**
 psicóticos esquizofrénicos · 99
 pulsión de muerte · 135, 214
 pulsión de vida · 135, 214

Q

Qué és la paranoia · 109
 que és la realidad · 109
 Que es un hombre · 12, 161
 Que es una mujer · 161
 que goza en el otro · **144**
 quietud melancólica · 136

R

Ramon Cererols · 189
Rasgos del Síndrome Asperger · 190
 real del cuerpo · 156
 realidad · 109
 reconfirmación de sus actos de afirmación · 107
 regodeo en el sufrimiento · 211
 relación con el otro · 64
 relación de objeto · 45
 relación objetal · 46
 relación simbiótica · 209
 relaciones objetales adhesivas · 81
 relaciones objetales significativas · 210
 renuncia de ser amado por el otro · 135, 214
 represión · 48, **51**, **57**
 represión primaria · 20
 respeto al síntoma · 96
 Reversión de la perspectiva · 84
 riesgo suicida · **10**
 rituales compulsivos · 60, 63
 rituales de limpieza · 61

Roman Jakobson · 102
 ropaje neurótico · **107**
 ruptura epistemológica · **23, 28**

S

Sadismo y masoquismo · 162
 Sadismo y Masoquismo · 162
 Salpêtrière en París · 17
segunda afirmación · 100
 segunda bejahum · **100**
 segunda piel · 79
 segunda Tópica · **20**
 semblante fálico · 50
 sensibilidad al rechazo · 106
 sentido de la cura · 107
 sentido de la cura en la psicosis · **107**
 sentido del acto perverso en las
 neurosis · **147**
 sentido del acto perverso en las
 perversiones · **144**
 sentimiento de soledad · 14, 220
 sentimientos de culpabilidad · 60, 64
 sentimientos de soledad · 220
 sentimientos inconscientes de
 culpabilidad · 209
 sentirse solo · 220
 separación del objeto adhesivo · 215
 separación y pérdida · 208
 ser el falo · **152**
 ser el Instrumento de goce · **152**
 Ser o tener el falo · 173
 ser todo para el Otro · 61
 seres solitarios · 220
 sexo anatómico · 168
 sexo biológico · 167
 sexo con un robot · 104
 sexo cromosómico · 167
 sexo de asignación · 157, 167
 Sexo gonádico · 167

Sexualidad alienada · 171
 sexualidad Femenina · **161**
 Sexualidad y neurosis · 172
 shifter · **102**
 Shifter · 102
 Sigmund Freud · 35, 210
 significante sexual · **158, 167**
 Sigourney Weaver · 205
 silobato · 222
 sincronía · **21**
 síndrome Asperger · 14
Síndrome Asperger · 186, 188, 189
Síndrome de Clérambault · 112
 síntoma · 63, 208
 síntoma anoréxico · 95
 síntoma depresivo · 134, 213
 síntomas · 105
 síntomas o manifestaciones depresivos
 · 133
 sistema de ideales · 83
Snow Cake · 205
 soledad · 220
 soledad absoluta · 221
 Soledad y los tipos de aislamiento
 social · 14
 somatizaciones · 8, 88
 sostén orgánico · 88
 spaltung original · **20**
 Stanley Hall · 111
 su <hueco> o su <vacío> · 219
 suicida · 135
 suicidio · 135
 suicidio heroico puro · **10**
 sujeta la palabra al lenguaje · 105
 sujeto como objeto · 179
 sujeto de perversión · **144**
 sujeto obsesivo · 64
 sujeto psicótico esquizofrénico · 102
 sujetos 'bipolares' de tipo vertical · 140
 sujetos bipolares · 139

Sujetos Bipolares de tipo horizontal ·
139
sujetos homosexuales · **178**
supersticiones · 59
suplencia · **9, 105, 219**
suplencia imaginaria · 107
suplencias · 107, 218

T

Tan fuerte y tan cerca [film] · 206
temor a la intimidad · 220
Temple Grandin · 205
tendencia a pertenecer · 220
tendencia sexual · **178**
teoría de los conjuntos · 23
teoría de los lugares · **19**
Teoría del Espacio psíquico · 13
teoría dinámica · **19**
teoría económica · **19**
tercera afirmación · 69, 101
termina el duelo · 208
textura de ese Yo temprano · 76
textura del Yo · 218
textura del Yo temprano · 217
tiempo psíquico · 215
tipo de fobias · 73
tiranía del guión · **153**
tópica freudiana · **19**
tópico · **19**
topografía · 19
topología · **23**
Topología · 18
transferencia psicótica · 122
transgresión de la ley · 227
transgresión delirante · 15, 227
transgresión desde la agresividad del
sujeto · 228
transgresión en la destructividad
humana · 228

transgresión originada en la pasión de
odio · 227
transgresor · 226
Trastorno bipolar · 136
trastornos limítrofes de la personalidad
· 75
trastornos maniacos depresivos · 135
Tres Ensayos sobre una teoría sexual ·
210
Tres ensayos de una teoría sexual · **141**
tres estructuras fundamentales · 43
tres estructuras psíquicas inconscientes
· 42
tríada de Wing [asperger] · 186

U

un <apego> exagerado al objeto · 217
Un acto sin sujeto · 67
un otro no-castrado · 58
Uso de psicofármacos simultáneo con
el análisis · 40

V

vacio · **210**
vacio en la textura del Yo primitivo · 218
vacío existencial · 76
vacio interior · 210
vacío interior · 13, 76, 216, 217
vacío mental · 216
Varón afeminado · 173
Varón masculinizado · 174
velar la castración · **144**
verleugnung · **151**
vida de Margarita Anzieu [caso
Aimée] · 126
vida temprana del bebé · 137
vínculo de amor · 134, 213

Violencia asesina · 162
Violencia asesina y maldad oculta · 166
vivir en soledad · 222
voluntad de goce · **153**

W

Wilfred Bion · 35

William James · 111

Y

Yo primitivo · 218