QUÉ SON LAS ESTRUCTURAS CLÍNICAS INCONSCIENTES

Rómulo Lander[1]
Caracas
2021

Primera parte
LA LÓGICA ESTRUCTURAL

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> la mente, como un todo, cuyas partes se determinan mutuamente entre sí, en relación a sus funciones.

La estructura se encuentra sujetada por <tres principios básicos>**:**

1. Principio de **totalidad**
2. Principio de **transformación**
3. Principio de **autorregulación**

En donde cualquier elemento que se modifique, modifica el resto de la estructura.

[1] Romulo Lander es Medico, Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro de la Soc. Venezolana de Psiquiatría, Miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas, Miembro de FEPAL e IPA. Rlander39@gmail.com www.romulolander.org/

El concepto de **<estructura inconsciente>** en la clínica psicoanalítica es un concepto <**topológico**>. Este concepto es diferente al concepto descriptivo **<fenomenológico>** el cual es un concepto <**topográfico**> 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 lógica 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 de la estructura. 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.

Formalización de la estructura

La formalización de una estructura <*es una creación teórica abstracta*>. Está fundamentada en el razonamiento lógico matemático y esta expresada en fórmulas algebraicas, algoritmos, matemas 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 [desustancializante]. 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>.[2] 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

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.

[2] 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 funciones que ya posee desde el inicio. No es contradicción, es una paradoja.

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 aparezca una contradicción lógica, la cual, desde el punto de vista positivista, 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 quántica 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 [en este mundo] siempre será un efecto.

Recordemos que Lacan en el Seminario 25 de 1977 dice --que <la verdad tiene que ver con Lo Real>. Sabemos que <Lo Real> no está atravesado por el significante. Es decir, <no es conocido por el sujeto>. Lo Real Sólo lo 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. A su vez, 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, 861, Klein, 1874, Bourbaki, 948. Por ejemplo: un cubo es lo mismo <topológicamente> una figura geométrica rectangular o una pirámide. Todos ellos tratan de un espacio, con cinco o seis lados [como figura topológica no importa su tamaño, ni su forma].

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.[3] 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.

Hay que recordar que en medicina y en la 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 diagnostica. La importante prescripción farmacológica que usualmente hace el psiquiatra se basa en un diagnostico fenomenológico correcto. Así aparecen los manuales estadísticos, que ayudan a unificar criterios para lograr el correcto diagnostico mental, tan popular en el siglo 20 y 21. Estos manuales no toman en cuenta los detalles subjetivos de la vida de cada persona. Ignoran la subjetividad del ser, ya que el diagnostico se apoya en los síntomas observados y observables. 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.

[3] https://www.youtube.com/watch?v=FdSehUWcl9Q TOPOLOGÍA video de YOUTUBE en español en 4 minutos.
https://www.youtube.com/watch?v=wMM8CbwLRIk TOPOLOGÍA video en 17 minutos en español.

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 hacemos 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 psicoterapia de diálogo.

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, aun 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 aún 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 para 2015 han cambiado mucho con la aparición en Psiquiatria de la poderosa industria farmacéutica.

Ha ocurrido una <censurada intromisión> de la industria farmacéutica ocurrida por el enorme aporte económico hecho a las Asociaciones de Psiquiatras Norteamericanos, en la creación y revisión de los nuevos <Manuales de Diagnostico Psiquiátrico>.

El número de nuevas enfermedades descritas y luego numeradas en los estos 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-5> 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, por la 2da Guerra Mundial] 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 exitosa 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. El estudio psicoanalítico del síntoma es provechoso, pero insuficiente, lo cual espero poder demostrarlo.

Por eso digo que es necesario desprenderse progresivamente del sensible, como principal referencia. Es necesario adentrarse en el estudio de los mecanismos mentales [invisibles], 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, una neurosis, una psicosis, o 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 esta 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 mé-

rito 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.[4]

Otras corrientes psicoanalíticas

Es necesario aclarar e insistir que Jacques Lacan no se encuentra solo en esta alarmante 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.

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 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 inconscientes, 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

[4] https://www.youtube.com/watch?v=l_zxuISJvKo Algunas ideas de JACQUES LACAN en 7 minutos, presentadas en francés <por él mismo> --subtitulado en español.

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 és**>.

Por lo tanto, los códigos de diagnóstico, tales como el **ICD** [International Code of Diseases] y el **DSM** [Diagnostic Stadistical Manual] [5] son códigos establecidos y sostenidos en análisis estadísticos de <los síntomas> reportados en las historias médicas.[6] Por eso digo que carecen de valor psicoanalítico.[7]

Las enfermedades mentales arbitrariamente nominadas en esos códigos, no se basan en el estudio de los mecanismos mentales inconscientes, 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 por un otro.

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, aun 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 ya 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

[5] 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

[6] 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 DSM-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

[7] 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/

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 peligrosos. Esto significa que para recetar un psicofármaco deben existir razones muy claras y poderosas que justifiquen su uso.

La mente humana es muy compleja y ciertamente es capaz de producir conductas violentas y peligrosas, que no son accesibles a un dialogo psicoanalítico. Entonces si no son accesibles al dialogo, 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 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 [siglo 21] de las neurociencias y por ende de la psicofarmacología, es algo que ha ocurrido en forma rápida en los últimos veinte años. 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 encuadre 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 dialogo muy especial. Se requiere del dialogo. El dialogo ofrecido por el psicoanalista es un dialogo 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, época 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. [8] 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>.*

8 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

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 los <valores sanguíneos> de los diversos neurotransmisores de ese paciente. Una vez se ha obtenido el diagnostico 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 dialogo sincero y en confidencia con el paciente, han perdido para la psiquiatría biológica actual, toda significación. Para el nuevo paradigma lo único que interesa es restaurar el equilibrio de los neurotransmisores, utilizando la combinatoria 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 és.

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 --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 dialogo 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 analizando 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 [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 de dialogo analítico realizada a través de la palabra puede ofrecer buscar y rescatar lo reprimido, conocer y darle significación a la infancia olvidada, entonces vale la pena intentarla.

Por otro lado, el procedimiento de ayuda utilizando los psicofármacos produce 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 que ya se extiende al siglo 21.

SEGUNDA PARTE

Cuáles son las ¿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**. [9]

Estas tres estructuras son de por vida. Una vez constituidas no es posible cambiar la organización de la personalidad. Lo que si puede hacerse es reordenar dentro 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 transitorio 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.[10] Refiere a una estructura psíquica inconsciente cuyo acceso a la vida sexual es exclusivamente a través de actos perversos verdaderos, organizado por un guion perverso <petrificado>.

[9] Esta clínica psicoanalítica está basada en las enseñanzas de Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion y Jacques Lacan. Luego la han apoyado en todos los analistas Freudianos y post-Lacanianos de Europa y Latinoamérica.

[10] 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.

Digo esto porque hay que diferenciar los 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 <estructura perversa>.

Ciertas entidades nosológicas de la clínica psiquiátrica tales como: las fobias, las enfermedades psicosomáticas, las depresiones, los fenómenos bipolares, los fenómenos antisociales, los 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.

(1) **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> que tiene consecuencias en el <Juicio de 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.

(2) **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 de 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 histerias. 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 más 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].

Los cuatro elementos mentales

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, en la entrevista. <No es fácil> hacer esto, pero con la progresiva experiencia, esto se hace posible. Se trata de precisar en la narración que hace el entrevistado y en la escucha que hace el analista, lo siguiente:

Primero, siguiendo la **lógica del falo** es posible precisar en la escucha cuál es la relación que el entrevistado tiene con la metáfora del falo. Segundo en relación al objeto. Precisar cuál tipo de **relación de objeto** está usando el entrevistado en el momento actual. Tercero, siguiendo la **lógica de la angustia** precisar qué tipo de angustia está presente en su funcionamiento mental actual. Cuarto, 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 mencionados más arriba. Creo que es oportuno recordar y precisar algunas de las ideas teóricas sobre estos <cuatro conceptos> que recién he mencionado.

(a) 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 órgano biológico que se convierte en un referente metafórico, remite a la presencia del órgano sexual visible, <el pene>. Cuando por el lado de la significación se remite al órgano se confirma así 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 como <el significante del deseo del otro>. Es el **significante del poder** que ambos sexos a la vez: lo poseen y no lo poseen. Así pués 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.

Algo muy importante: La **cualidad** fálica de **poder** [belleza, fama, riqueza, sabiduría] en ambos sexos, es algo otorgado en metáfora del uno, al otro. <El Falo como significante es así <**es 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 un sujeto <no-fálico>.

Freud decía que los histéricos se organizan bajo la premisa de un ser <no-fálico> y los obsesivos se organizan bajo la premisa de un ser <fálico>. Por eso Lacan va a decir años después que <la histérica busca un amo sobre quien reinar>.

(b) 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 una evolución.

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 una

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.

(c) 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, especialmente 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) oral: Angustia de aniquilación, (b) Anal: Angustia de separación y (c) Y genital: Angustia de fracaso. 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.

(d) 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 desarrollo.

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 la experiencia no ocurre, los acontecimientos se quedan en simples eventos y no aparece la experiencia. Con el uso de estas defensas de negación y proyección no va a ocurrir la experiencia. 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. mucho Esto ayuda al niño a tolerar la angustia de aniquilación, aparece la experiencia 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.