



FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

Análisis Teórico Clínico: ***Adolescencia, Psicopatología y Psicosis***

Memoria para optar al título de psicóloga

Autora

Ximena Alejandra Cáceres Pincheira

Profesor patrocinante

Marianella Abarzúa Cubillos

Santiago de Chile, enero 2020

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi Madre, Ximena Pincheira, quien siempre ha estado de forma incondicional apoyándome y alentándome, no tan solo en el largo andar académico, sino que más aún frente a los avatares de la vida. Esto va dedicado con mucho amor para ella.

Agradecer a mi familia, quienes en toda su diversidad han sido una muestra hermosa de cariño y unión. Quienes me han enseñado e inculcado muchos aspectos de lo que soy en la actualidad.

A las personas que siempre llevo en mi corazón pero que ya no están conmigo, en especial a mi Abuela y a mi Padre; gracias por ser parte de mi vida y dejarme recuerdos que siempre atesoraré.

También quiero agradecer a Fernando, quien me acompañó en este andar. Además, a Cristian, Lucas, Michelle, Catalina y Abigail, personas inigualables con los cuales siempre ha estado el amor, el acompañamiento, los consejos y los momentos de alegría.

Muy especialmente le doy las gracias a mi paciente por permitirme ser parte de su proceso, y autorizarme a hacer con su testimonio este trabajo.

A Marianella, quien me acompañó en la construcción y reformulación de esta articulación teórica- clínica y, finalmente, a todos quienes de alguna forma colaboraron o me entregaron energía para poder finalizar este proceso académico.

Índice

Agradecimientos	1
Resumen	3
Introducción	4
Marco Metodológico	10
Marco Teórico	14
Discusiones y distanciamientos psicopatológicos.....	14
I. Psicopatología: Entre la psiquiatría y el psicoanálisis.....	14
II. El síntoma.....	17
III. Transferencia.....	21
Adolescencia, vicisitudes y complejidades.....	25
I. ¿Qué es la adolescencia?.....	25
II. El movimiento de identificaciones parentales.....	26
III. Sexuación.....	30
IV. Crisis o tormenta: Comprensiones de la adolescencia.....	32
V. Diagnostico diferencial y adolescencia.....	35
Psicosis y adolescencia.....	38
I. Psicosis y adolescencia ¿Un nexo posible?.....	38
II. Psicosis y forclusión del “Nombre del Padre”.....	42
III. Psicosis y la irrupción de lo Real.....	44
IV. Psicosis y el gran Otro.....	47
V. Las psicosis: Cuando la clínica invita a repensar el concepto.....	49
Caso clínico	52
Análisis de caso y discusión	66
Conclusiones y aperturas	77

Resumen

La adolescencia consiste en una serie de resignificaciones y puntos de tensión que retoman problemáticas infantiles, pero también implican repensar la adultez. Tema atinente al psicoanálisis, donde se han propuestos diversos alcances sobre lo primordial de la adolescencia.

En esto, se presenta la complejidad en el abordaje de marcos psicopatológicos, sobre todo cuando se señalan puntos de cercanía entre adolescencia y psicosis. Por ello, el trabajo de diagnóstico diferencial en adolescencia se vuelve primordial.

Este trabajo teórico clínico se orienta a reflexionar sobre la complejidad diagnóstica en el caso de una paciente adolescente que cursa con compleja sintomatología y donde se baraja la posibilidad de psicosis.

Introducción

Dentro de la lógica universitaria, pareciera ser crucial la comprensión y el aprendizaje en relación con la teoría psicoanalítica, sus usos y edificaciones. Ahora bien, no es más que desde la práctica clínica donde esta puede posicionarse, cuestionarse o recrearse, evidenciando la inseparabilidad de ambos campos: de otra manera, la teoría quedaría relegada a una mera repetición teórica, que no daría paso a los cuestionamientos, discusiones e innovaciones teóricas.

En nuestra disciplina, el encuentro entre teoría y praxis clínica ocurre de lleno en el contexto de la práctica profesional, ya que no es más que en dicho momento cuando se tensionan los anclajes teóricos aprendidos en la academia, con las particularidades de un caso en constante movimiento. La importancia de plantear de entrada esta situación es nodal con relación a la relevancia teórico-clínica de este trabajo, justamente porque la práctica clínica puede -y, en efecto, permanentemente lo hace- cuestionar la teoría explicitada y conocida.

Dentro de la extensa tradición psicoanalítica, es posible apreciar cómo los preceptos teóricos se configuran recíprocamente en diálogo con la práctica clínica. Así, primeramente, Freud (con “El hombre de las ratas” o el caso “Dora”) y posteriormente diversos psicoanalistas realizaron grandes aportes a la teoría mediante análisis de casos: Melanie Klein con el caso “Dick”, Lacan con el caso “Joyce”, Françoise Dolto con “Dominique”; entre otros. El mismo Freud (1927) señaló que el nacimiento del psicoanálisis se situó en la conjunción entre curar e investigar, siendo el conocimiento el que aporta al éxito terapéutico (en el mejor de los casos), o bien plantea la necesidad de un esclarecimiento teórico a partir de la experiencia de dicha praxis.

Allí donde la psiquiatría y la medicina clásica sustentaban sus quehaceres en datos objetivos, descripciones y agrupaciones de signos, entre otros; el psicoanálisis emergió dando una centralidad a la singularidad del caso a caso, distanciándose metodológicamente de la ciencia positivista. En tal sentido, Flick (1998) postula al psicoanálisis como una perspectiva de investigación cualitativa, al tener el propósito de revelar el inconsciente en el proceso de investigación empírica, demostrando su doble labor: analizar la relación

investigador- analizado (un ámbito más de la práctica clínica) y a su vez, examinar el proceso investigativo (construcción de teoría) a la luz de los datos provenientes de la experiencia analítica.

Por lo que al interior del psicoanálisis se torna crucial no perder de vista la imbricación entre teoría y práctica, condición que constantemente enriquece la teoría, al contraponerla con el trabajo clínico. Y aun cuando estos no entreguen nuevos descubrimientos para la teoría, los aportes de la praxis psicoanalítica permitirán problematizar cuestiones teóricas, así como también variables sociales, contextuales, políticas e institucionales; de las cuales el psicoanálisis no puede desdecirse completamente, porque trabaja con la singularidad de sujetos situados en un lugar determinado (Bleger, 1970).

La posibilidad de diálogo entre el psicoanálisis y otras áreas de estudio se da justamente por la integralidad de los sujetos, objeto de estudio no solo del psicoanálisis, sino de variadas áreas de investigación. Así, el interés desde los cimientos psicoanalíticos se establece desde lo psíquico que conforma y atraviesa a ese sujeto, lugar común donde el campo medico psiquiátrico también circula, pero con un distinto posicionamiento teórico que remite a lo que han denominado Salud Mental (Mannoni, 1981).

Ambos saberes disciplinares se encuentran entrelazados y atravesados por la disciplina psicopatológica, la cual estudia los procesos y fenómenos psíquicos patológicos, ya sea en perturbaciones psíquicas ocasionales o enfermedades mentales (Schejtman, 2013). Si bien lo psicopatológico puede pensarse como una disciplina autónoma, es innegable -sobre todo en sus comienzos- su cercanía, interdependencia y su propio desarrollo al alero de la clínica psicoanalítica y psiquiátrica (Schejtman, 2013).

En el trabajo clínico psiquiátrico, los marcos y abordajes psicopatológicos suelen basarse en aproximaciones descriptivas, consensuando ciertos signos/síntomas que, agrupados en síndromes y posteriormente en diagnósticos nosológicos más precisos, constituyen el lenguaje médico relativo a los trastornos mentales (Capponi, 1987). Por otro lado, para el psicoanálisis lo psicopatológico tiene que ver con un posicionamiento epistemológico singular, en donde prima la originalidad del saber freudiano con relación a

un malestar subjetivo, centrado en formas del funcionamiento psíquico, conocimiento alejado de los discursos psiquiátricos y psicológicos descriptivos más clásicos (Sierra, 2013).

En esta conceptualización de lo psicopatológico, Freud (1894) redirecciona su atención a los mecanismos de formación de síntoma de cada paciente, anclado a su singularidad. Posteriormente, Lacan agrega toda una teorización sobre las estructuras clínicas, abriendo paso a los ordenamientos de neurosis, psicosis, y perversión. Y desde allí, entender cómo se ubica lo sintomático (Schejtman, 2013).

Así, las diferencias conceptuales acerca de cómo entender, abordar y emplear el campo psicopatológico han generado una serie de inacabables disputas respecto a las condiciones de lo patológico, a los estándares de normalidad/anormalidad, a la tensión entre descripciones universales y la singularidad de cada sujeto e, incluso, a la necesidad y pertinencia de los marcos psicopatología en la actualidad.

De esta forma es que la utilización del campo psicopatológico en el trabajo con pacientes -ya sea por médicos, psiquiatras, psicólogos o psicoanalistas- pueden ser realizado con múltiples finalidades. Desde la necesidad de un diagnóstico, emplear psicofármacos, ubicar estructuralidad para entender de mejor manera desde donde posicionar el trabajo terapéutico y -consecuentemente- la cura, entre otros.

Centrándose en el abordaje psicoanalítico, si ya establecer ciertos ordenamientos psicopatológicos es complejo, dicha situación aumenta cuando atañe al trabajo clínico con pacientes adolescentes, debido a los múltiples cambios y transformaciones por los que ellos y ellas están atravesando.

Pese al creciente interés por el trabajo clínico con adolescentes en Chile, los trabajos específicos relativos a la clínica con adolescentes no son numerosos, y menos aún los trabajos específicos que cuestionen/problematicen campo psicopatológico y adolescencia (Bertoni, 2008). Tema relevante, considerando el importante incremento de trastornos mentales en los adolescentes de hoy. Pero, junto con ello, estos estudios se centran fundamentalmente en discusiones diagnósticas, no considerando necesariamente

la complejidad y especificidad de los problemas terapéuticos propios de la clínica con adolescentes (Bertoni, 2008). Lo central es pensar cómo, en la actualidad, el psicoanálisis ha sido (o no) capaz de abrir y sostener una perspectiva en relación a la complejidad de la adolescencia y a las especificidades de su clínica.

En estas condiciones, el trabajo clínico se torna pantanoso, ya que este se encuentra eclipsado por la demanda de los padres e instituciones, por el deseo de cambio de otros miembros de la familia con relación al/a la paciente, así como a las angustias y cambios propios que parecen una eclosión de transformaciones psíquicas (Mannoni, 2001).

Si bien no existe una única definición de adolescencia, en términos generales se puede señalar que consiste en un acto de pasaje (obligado) desde la infancia a la adultez, lugar que se le ha dado desde las propias sociedades modernas, ya que con anterioridad a esta época la adolescencia, como concepto, no figuraba con un lugar propio. Este pasaje adolescente se constituye como un proceso delicado y creativo, en donde hay una resignificación de lo psíquico, gestándose un duelo respecto a lo infantil: hay un trabajo necesario de corte con los padres, donde se ponen en juego aspectos psíquicos que permiten un proceso de autonomía y formación de identidad (Nasio, 2011).

Los adolescentes están vivenciando cambios y crisis en términos identitarios y, finalmente, es esto lo que configura la crisis (a veces patente o latente, pero siempre presente), aun cuando existan casos “normales” en los que no es necesario asistir a terapia. (Mannoni, 2001, p.58)

Esto evidencia, por un lado, la multiplicidad de cambios y quiebres que se ponen en juego en este pasaje en específico; pero también. a partir de aquello y entendiendo que la clínica en adolescentes se encuentra eclipsada por mayores demandas externas, es interesante tener en cuenta de qué manera se sostienen y se emplean los marcos psicopatológicos en pacientes adolescentes, considerando la serie de quiebres desencadenados en su subjetividad, relacionados con el pasaje por el que atraviesan.

Con relación a este tiempo subjetivo y, considerando lo anterior, es que uno de los problemas psicopatológicos más complejos de abordar y pesquisar en la adolescencia

corresponde a las psicosis. Existe una amplia discusión respecto a la posibilidad de psicosis en adolescentes. Por un lado, hay autores como Laufer (1989) que señala la complejidad del diagnóstico de psicosis en adolescentes, debido a que es en este momento donde se reactualizan conflictos infantiles que permitirán nuevas conquistas subjetivas, por lo cual la conformación de la psique no permite aseverar el diagnóstico de psicosis. No obstante, el diagnóstico de psicosis en adolescentes ha sido un tema que ha tomado creciente relevancia, porque hay un número importante de pacientes, quienes han cursado el desencadenamiento psicótico durante la crisis adolescente (Bertoni, 2008). A partir de esto último, Mannoni (1984) señala el carácter enloquecedor de este proceso, lo que podría esbozar un primer acercamiento entre los conceptos de “adolescencia” y “psicosis”. No obstante, como ya fue señalado, la complejidad del diagnóstico de psicosis en la adolescencia no es menor, debido a todas las transformaciones en curso.

Es así como este trabajo busca, mediante un análisis de caso, problematizar la complejidad de los marcos psicopatológicos y poder desarrollar un adecuado diagnóstico diferencial, barajando la posibilidad de psicosis, a propósito de una paciente que se encuentra cursando su crisis adolescente con sintomatología polimorfa. Lo relevante de este caso es pensar la problemática psicopatológica a partir de la problemática adolescente, intentando discernir entre un atravesamiento propio de cualquier pasaje adolescente (entendiéndolo como un momento de crisis/cambio) y otra sintomatología que, más bien, daría cuenta de destinos patológicos y/o problemáticas psíquicas que exceden los alcances de la crisis adolescente; esbozando, desde ya, cómo los diagnósticos psiquiátricos en adolescentes implican y exigen considerar variados factores, distintos al de la clínica con adultos (consideración que tendrá también implicancias en la conducción de la cura).

La elección de este caso se da, justamente, por la variada, compleja y severa sintomatología padecida por la paciente, lo que complejizó el trabajo diagnóstico y el abordaje psicoterapéutico. En este caso, la psicosis se baraja como posibilidad diagnóstica.

Más importante aún, el caso permite examinar qué lugar se concede a la psicosis adolescente, especialmente cuando el funcionamiento de la paciente no parece corresponder con un cuadro neurótico, pero, a su vez, no parece haber un desencadenamiento psicótico propiamente dicho.

Para esto, se describirán y posicionarán los aportes de la psicopatología tradicional, para posteriormente referirse a la psicopatología psicoanalítica, como un espacio diverso al posicionamiento psiquiátrico. Luego, situados desde el psicoanálisis, dar cuenta de los puntos de tensión propios de la crisis adolescente y la complejidad del diagnóstico diferencial en dicho atravesamiento para, finalmente, situar las psicosis; tensionando su pertinencia y sus puntos de encuentro con la adolescencia, para posteriormente dar cuenta, luego de la presentación del caso, qué aspectos permiten situar a la paciente desde el diagnóstico de psicosis.

De este modo, los objetivos de este trabajo se sitúan en problematizar cómo la adolescencia incide en la complejidad de los ordenamientos psicopatológicos; proponiendo un ejercicio de diagnóstico diferencial en este caso, en donde los marcos psicopatológicos tradicionales no concuerdan plenamente con su sintomatología, pudiendo evidenciar las complejidades propias del trabajo psicopatológico con pacientes adolescentes.

Marco Metodológico

Esta tesis se confeccionó bajo la metodología de un análisis de caso clínico, que implica que hay una construcción por parte del terapeuta a partir de la experiencia de un relato singular, como forma no tan solo de dar cuenta del encuentro con un paciente, sino que también como posibilidad de plantear, incluso, una innovación teórica (Nasio, 2000).

Dicho alcance permite posicionar el trabajo desde un lugar distinto que en los análisis de casos realizados dentro de las disciplinas *psí*, algunas con el afán de constatar la correcta aplicación del método científico, produciendo el levantamiento de datos únicamente en función de las premisas de la ciencia (Laurent, 2003). En el caso del psicoanálisis y sus estudios de caso, el levantamiento de conocimiento no necesariamente obedece a los lineamientos del método científico, por la singularidad que implica un proceso analítico (Laurent, 2003). El intento de agrupación y ordenamiento estandarizado por parte de quienes adhieren a la ciencia más conservadora irreductiblemente tiende a borrar el deseo del psicoanalista, con relación a lo acontecido en la clínica de ese caso en particular (Laurent, 2003).

Podemos considerar el caso como el paso de una demostración inteligible a una presentación sensible, como la inmersión de una idea en el flujo móvil de un fragmento de vida y concebirlo, finalmente, como la pintura viva de un pensamiento abstracto. (Nasio, 2000, p. 9)

La importancia de realizar un análisis de caso es dejar abierta la posibilidad de leer y discutir lo que allí aconteció y que tiene que ver con ese proceso único e irrepetible, producto del lazo transferencial (Nasio, 2000). El analista toma, construye y expone una situación clínica, de la cual fue parte y que permite dar cuenta de una elaboración teórica. Para ello es fundamental la palabra del paciente, en tanto efecto de creación, por lo que la construcción de un relato de caso estaría al alero de un encuentro analista-analizado (Laurent, 2003). Siguiendo la teorización lacaniana, Laurent (2003) señala que en el espectro de articulaciones de estudios de caso la disciplina psicoanalítica busca un efecto de sentido, a partir del relato de quien analiza.

Así, el análisis expuesto en este caso corresponde a un relato realizado por una practicante de psicología, que reconstruye la experiencia clínica y el recuerdo de ese caso en particular. Lo que este trabajo expone es la reconstrucción del relato ficcionado, según los puntos de novedad y tensión que circunscribieron el espacio psicoterapéutico, en un momento anterior. De allí se pretende referenciar y posicionar las tensiones, dando respuesta a los aspectos problemáticos del caso.

El lugar donde se desarrolló el proceso psicoterapéutico corresponde a una institución hospitalaria en la región Metropolitana, específicamente en la Unidad de Adolescencia, conformada por un equipo multidisciplinario compuesto por un médico especialista en adolescencia, dos psicólogas (de orientación psicoanalítica), una matrona y practicantes de psicología de la Universidad de Chile.

El funcionamiento institucional de la Unidad consistía en la atención de “Control sano” de pacientes adolescentes con enfermedades crónicas, y a partir de aquello pesquisar la necesidad de derivar a algún otro especialista perteneciente a la misma Unidad.

La llegada de la paciente se remite a dicha derivación, instalándose el proceso psicoterapéutico en sesiones de frecuencia semanal, con una duración de una hora; proceso que se extendió durante dos años.

Con relación a la paciente, se trata de una adolescente con diagnóstico de al menos dos enfermedades somáticas, además de tratamiento psiquiátrico y farmacológico asociado a diversas problemáticas. Presenta el antecedente de un intento de suicidio en su infancia. La paciente se encuentra rindiendo exámenes libres, de hace al menos un año, debido a ansiedad que la paciente experimentaba en la escuela. Estas situaciones, sumadas a las irrupciones de impulsividad son las que la hacen consultar.

La elección de este caso se basó en la complejidad y ambigüedad de la sintomatología que la paciente padecía, junto al momento vital que cursaba y al desafío que implicó (no sólo en términos teóricos, sino que también terapéuticamente) en la propia formación como profesional.

Quien intervino como terapeuta del caso es licenciada en Psicología de la Universidad de Chile y la atención tuvo lugar en el contexto de su práctica profesional (psicología clínica de orientación psicoanalítica). Posteriormente, se integra como pasante dentro de la institución hospitalaria.

La información que se presenta en este análisis de caso fue producto del trabajo psicoterapéutico de dos años, proceso en donde una de las estrategias de producción de información se basó en la observación y análisis del material producido durante la psicoterapia, proceso del que la practicante también fue parte. Quien escribe la reconstrucción del relato tiene conocimiento de que, en el análisis, el paciente es quien posee el saber; el analista es un soporte de la transferencia, insistiendo en entrar en el tiempo del Otro (Laurent, 2003).

Para el sostenimiento de dicho espacio psicoterapéutico en las condiciones anteriormente señaladas, es que la escucha se torna fundamental. Esta práctica, mediada por lo transferencial, se sitúa en la escritura de un relato:

El momento en que el analista hace de la historia un caso se atrapa siempre a partir de una ocasión, de un acontecimiento propio de la cura. Solamente a partir de ahí se ordena el relato de las determinaciones que tejen al sujeto. Es sobre la ocasión como el libro se ordena, toma peso. (Laurent, 2003, p. 3)

Finalmente, la producción de información se enriqueció a partir de los espacios de supervisión, sostenidos tanto en la institución hospitalaria como en la Universidad, a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico. Por ello, muchos de los cuestionamientos aquí planteados surgieron en estos espacios y fueron profundizados mediante la construcción de este escrito.

El análisis se gesta como una construcción y reconstrucción del caso, de parte de quien se ubica como terapeuta en el espacio clínico. Poniendo especial atención a lo que se suscita en dicho espacio, pero de igual forma considerando y problematizando variables externas que atraviesan la llegada y el curso del tratamiento de la paciente. Tales como la complejidad sintomática, el atravesamiento adolescente, las intervenciones psiquiátricas y los modelos psicopatológicos, entre otros.

Lo crucial del situarse desde lo que aconteció en ese espacio singular permite hipotetizar y discutir diferencias y distanciamientos con aquellos acontecimientos ya señalados. Para ello el relato, el levantamiento de defensas, la forma en que la transferencia aconteció, la propia ubicación subjetiva respecto al mundo, entre otros, fueron elementos de a considerar en esta producción de información.

Marco teórico

Discusiones y distanciamientos psicopatológicos

I. Psicopatología: Entre la psiquiatría y el psicoanálisis

El trabajo desde la medicina, al menos desde el siglo XIX, se ha caracterizado por rastrear la esencia de las patologías, esfuerzo que fue tomando forma mediante la conexión entre la sintomatología observada en los pacientes -en tanto indicio que da cuenta de una patología- y la manifestación mórbida (Foucault, 1984).

Estos planteamientos también se extendieron a los lineamientos de la psiquiatría clásica, que usó los mismos métodos para captar, aprehender y redistribuir los signos/síntomas en categorizaciones patológicas fundamentadas en el análisis descriptivo (Foucault, 1984). Es decir, en la búsqueda de alteraciones físicas, objetivas, accesibles y observables que permitan dar cuenta de las alteraciones en el funcionamiento del cuerpo humano, en pos de aliviar o eliminar dicha sintomatología: es decir, la cura.

Así, la posición de los estudios psiquiátricos y de toda la medicina en general descansaba en la creencia que, pese a lo psíquico del síntoma, este -en última instancia- respondía a una falla orgánica. El estudio y descubrimiento del origen de las parálisis generales marcó un argumento nodal para quienes defendían dicha perspectiva. Descritas por Bayle (1799-1858), las parálisis generales se concibieron como una alteración mental caracterizada clínicamente por parálisis, demencia, y lesiones orgánicas relacionadas con la infección por sífilis (Armijo, 2013). Por lo que, si bien presentaba alteraciones mentales, estas respondían a una específica alteración producto de la enfermedad sifilítica, alimentando el ideal de encontrar -en última instancia- el sustrato orgánico a todos los síntomas psíquicos (Foucault, 1974).

Foucault (1984) en tanto, problematiza: “Si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la patología mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos” (p. 93).

Frente a estos debates suscitados en la medicina del siglo XIX, es que tiene lugar el surgimiento del psicoanálisis. Al respecto, Freud (1922) precisa que el psicoanálisis es un método de investigación de los procesos psíquicos (subrayando el inconsciente), mediante la asociación libre y el trabajo de la palabra. En la propuesta freudiana, no se trata de abordar la problemática psíquica como un fenómeno cuyo zócalo debe ser encontrado en el campo de lo orgánico, sino que es en el psiquismo mismo donde se encuentra el anudamiento generador del padecimiento, algo así como el punto nodal desde donde arranca la escucha de aquello por lo que vienen a consultar los pacientes (Freud, 1990).

Cómo ejemplo, es pertinente señalar el abordaje de pacientes con histeria, en donde Freud (1896) propuso la idea de una conversión psíquica generadora del síntoma somático: “Lejos de tratarse de una simulación, la histérica renuncia al cuerpo de la medicina fabricando uno a través del síntoma” (Cardona, 2012, p. 134).

Más allá de esto, y más que privilegiar una disciplina en desmedro de otra, las diferencias entre ambos campos respecto del método de estudio y el origen de los fenómenos psíquicos, implica un posicionamiento distinto en lo que respecta a marcos y ordenamientos psicopatológicos.

En el caso de la psiquiatría, el trabajo psicopatológico se ha fundamentado en los cánones de la nosología (sobre todo a principios del siglo XX), es decir la captación y aprehensión del fenómeno sintomático, tal como lo señalaron Kraepelin y Clerambault, dos de los exponentes más destacados de esta aproximación (Schejtman, 2013). Fundamentado en la observación fenomenológica (objetiva), es que se podían pesquisar rasgos característicos que daban cuenta de una determinada patología.

Así, en la psiquiatría actual el foco está situado en la investigación psíquica, concentrado en la constatación de síntomas que permitan inferir una determinada disposición o un proceso morboso hipotético (Dörr, 1996). Para ello, es necesario tener a la base la idea que el síntoma tenga un “sentido causal”, es decir, un vínculo claramente evidenciable que dé cuenta que dicho síntoma es producto de dicha alteración (Ibid.). Idea que aparece en Bleuler, Schneider y en la fundamentación de los manuales psiquiátricos utilizados hasta hoy. Ahora bien, Jaspers (1993) señala que el campo psicopatológico se

utiliza como soporte en el desarrollo científico de la psiquiatría, mediante la expresión de conceptos que se puedan comunicar y/u ordenar (ordenamiento basado en el trabajo descriptivo).

En el caso del psicoanálisis, Freud (1922) planteó que lo analítico se constituye como una disciplina científica, psicopatológica y psicológica, que une y ordena las diversas investigaciones clínicas realizadas mediante dicho método de trabajo. Es decir, surge como un esfuerzo de investigación psicopatológica de los procesos psíquicos, entendiendo la subjetividad que se pone en juego en cada paciente, anclada al malestar latente. Remitiendo a la idea que hay una cierta estructura psíquica (que todos poseen en variable ordenamiento) y que en ella hay una serie de elementos psíquicos: deseos en pugna, pulsiones, fantasías inconscientes y/o representaciones que se tensionan, lo que constituye -pero a la vez complejiza y problematiza- al psiquismo.

Así, el psicoanálisis como investigación psicopatológica apela a dar cuenta de mecanismos de formación sintomática o estructurales, más allá del fenómeno mismo, centralidad que siempre Freud le entregó a sus trabajos y cuya importancia siempre recalcó a lo largo de su obra (Schejtman, 2013). Ahora, si bien se reconoce la novedad del psicoanálisis en sus anclajes teóricos respecto a la medicina psiquiátrica y otras ramas de la psicología, dichos planteamientos no son creaciones completamente nuevas, sino que tienen su origen en la práctica médica psiquiátrica ya operante.

Lacan (1976) señala que hay trabajo clínico desde que hay sujetos que se dedican a la clínica, la cual es evidentemente anterior a la instauración psicoanalítica, refiriéndose específicamente a las múltiples nominaciones y tipologías clínicas (histeria, paranoia, demencia precoz), realizadas por un sin fin de psiquiatras y médicos (entre otros). Posteriormente, el psicoanálisis retomó y reevaluó esto, en conjunto con la filosofía y la psicología (Schejtman, 2013).

En el caso de Freud (1894), dichas categorías diagnósticas señaladas por el saber médico fueron siendo reformuladas en su ordenamiento categorial o su comprensión, ya no necesariamente desde la patología, sino como estilos de ser o posiciones de funcionamiento subjetivo, pudiendo llegar (o no) a ser patológicos, que es la propuesta del

psicoanálisis hasta la actualidad (Schejtman, 2013). Por lo que la psicopatología es uno de los campos a través del cual el psicoanálisis incide en la historia de la psiquiatría, al subvertir el estudio de la nosografía psiquiátrica (de la cual nace) y aportar una elucidación nueva, reflexionando desde un campo epistémico singular, que dé cuenta del malestar subjetivo, de los mecanismos psíquicos inconscientes, del análisis del síntoma y la transferencia. Es decir, subvirtiendo el lenguaje ocupado por las otras disciplinas y desbordando las fronteras de la identidad disciplinaria (Baumgart, 2018).

Ello sostiene la relevancia e indisolubilidad de la teoría/praxis en psicoanálisis, en tanto lo analítico solo es posible cotejando el conocimiento teórico con la vivencia práctica entre un determinado analista y paciente, que sólo es captable caso a caso, mediante la escucha de las formaciones del inconsciente. Es decir, una necesaria contrastación dialéctica, de ahí la importancia de la presentación y discusión de casos clínicos en la formación de cualquier analista (Urriolagoitia y Lora, 2006).

No obstante, es entendible que al compartir ambas disciplinas un cierto lenguaje, así como su orientación al estudio del psiquismo, puede dar paso a la confusión respecto al objeto de estudio, especialmente en la clínica. De esta forma, y siempre teniendo en cuenta lo esencial de la clínica en psicoanálisis, es que tanto el “síntoma” -en tanto lugar que condensa parte del inconsciente- como la “transferencia” -que constituye el espacio en donde se despliega la práctica analítica- resultan conceptos centrales a situar, no solo porque permiten captar la noción de subjetividad propia del psicoanálisis, sino porque dan cuenta, también, del distanciamiento con la práctica psiquiátrica (Askofaré, 2012).

II. El síntoma

Desde la psiquiatría el síntoma responde a un signo que dice relación con una “alteración” en cierta “norma mental”, entendida como una construcción del discurso ligado a la época y que responde a un cierto estándar (Gerez, 2012). Dicha norma está estrechamente ligada con la conceptualización de normalidad y anormalidad, y es que la alteración responde a un cambio en base a este ideal del cual se tiene conocimiento previo (parámetro que en dicho momento se cree como “verdadero”), haciendo el alcance para establecer la patología anclada al síntoma (Gerez, 2012).

Para un correcto análisis psiquiátrico, el entendimiento médico debe ubicarse desde la “objetividad”, por lo que el trabajo se basa en la observación y categorización de síntomas, independiente de la subjetividad del profesional en cuestión (Bercherie, 1986). Así, el reconocimiento y tratamiento de los síntomas depende netamente del especialista, por lo que el paciente se considera un objeto de estudio (Heguburu, 2014). Aún más, si se requiere la intervención del paciente es sólo para describir ciertas modificaciones a nivel corporal respecto a cierta sintomatología, pero esta descripción debe perseguir la mayor “objetividad” posible. Es decir, lo que la psiquiatría realiza es una separación forzada del síntoma, como fenómeno disruptivo independiente del sujeto que lo padece (Heguburu, 2014).

Por ello el síntoma, al ser abordado, tratado y eliminado -desnudo de cualquier elemento que lo cubra- marca el propósito de la práctica psiquiátrica (Miari, 2014).

En contraposición, Freud (1987) plantea que el síntoma tiene un sentido a descifrar -mediante la práctica interpretativa-, relacionado con las vivencias del sujeto. En palabras del autor, “Un nexo con la vida de las personas que los exhiben” (Freud, 1916, p. 235).

Teniendo en cuenta esta primera distancia entre ambas perspectivas, es posible plantear que la aproximación psicopatológica psicoanalítica, a partir de la centralidad dada al síntoma, excede las categorizaciones psicopatológicas descriptivas. En la lectura freudiana, la idea central de los marcos psicopatológicos se fundamenta en que su definición, ordenamiento y comprensión depende de los “mecanismos de formación de síntomas” (Schejtman, 2013). Dicho ordenamiento se explica cuando Freud (1896) señala:

En un breve ensayo publicado en 1894, he reunido la histeria, las representaciones obsesivas, así como ciertos casos de confusión alucinatoria aguda, bajo el título de neuropsicosis de defensa, porque se había obtenido para estas afecciones un punto de vista común, a saber: ellas nacían mediante el mecanismo psíquico de la defensa (inconsciente)...". (p. 163)

Más que una clínica del síntoma (paradigma clásico de la psiquiatría), lo que Freud hizo fue elaborar una reflexión sobre el sujeto que padece, relacionada con los mecanismos de formación de síntomas y con una definición específica del síntoma, vinculado completamente a la singularidad del inconsciente (Doménech, 1991).

Siguiendo esta idea Freud (1934), quien se abocó principalmente al abordaje y teorización de las neurosis, señaló en "Moisés y la religión monoteísta" la función del síntoma como una satisfacción sustitutiva, en consecuencia, del nudo represivo contra la pulsión que retorna de lo reprimido a la conciencia, buscando un cumplimiento de deseo que, de igual forma, engañe a la pulsión: "El síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple; es una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí" (Freud, 1917, p. 328). Si bien la libido logra encontrar una satisfacción, esta es suficiente pero no deja de ser restringida, ya que no es igualable a la deseada originalmente.

Posteriormente Lacan, quien en su formación psiquiátrica retoma el síntoma freudiano, puso el acento del ordenamiento psicopatológico en buscar la estructura anclada al fenómeno sintomático (Schejtman, 2013). Lacan enriqueció el campo psicopatológico, aportando categorías clínicas -entendidas como estructuras subjetivas- atravesadas por posiciones diferenciales de mecanismos de formación de síntomas, modalidades del deseo, goce, función del fantasma, modos de desencadenamiento y reanudamiento, entre otros (Schejtman, 2013).

Siguiendo una perspectiva estructural es que Lacan (1975) plantea que el sujeto se encuentra determinado por tres dimensiones, anudadas conjuntamente a la forma de un nudo borromeo: Real, Simbólico, Imaginario. Dichas dimensiones se entienden como registros de lo psíquico, que permiten el funcionamiento de cualquier sujeto según cómo se articulen los registros.

La dimensión de lo Real se puede entender como aquello que no es representable y que no da lugar a conceptualizaciones ni formalizaciones; lo Imaginario consta de un pensar en imágenes que son producto de los sentidos y de la interacción con el otro, en lo

que se conoce como estadio del espejo; finalmente lo Simbólico, que tiene su origen en el lenguaje y en la relación con el gran Otro (Ibid.).

Así, teniendo en cuenta esta estructura y remitiéndose a la producción del síntoma neurótico, es que Lacan coincidió con Freud en la idea de que en el síntoma hay una sustitución, pero a nivel significante (Cerrone, 2016). El síntoma tomaría posesión del lugar de la falta y, cuando el sujeto no es capaz de ponerlo en palabras (simbolización), es que lo lleva al plano de lo Real dando como resultado el síntoma (Toro, 2016). Para Lacan (2011), el deseo en el síntoma se encuentra enmascarado, es decir, no queda muy claro hacia donde apunta, descolocando al sujeto.

Un concepto clave que se vincula al de síntoma es el goce, en tanto “El síntoma en su naturaleza es goce, goce putrefacto, sin duda.... el síntoma se basta a sí mismo” (Lacan, 1976, p. 34).

La importancia del síntoma, desde Lacan, tiene relación con la pregunta en torno a en qué tipo de funcionamiento se gesta. Por ello, adquiere sentido cuando Lacan (1976) señala que hay síntomas mucho mejor organizados que otros (refiriéndose a la sintomatología neurótica) porque constituyen una realidad psíquica, ese es el peso fundamental que otorga a lo sintomático. Tomar la formación sintomática (o la imposibilidad de esta) podría ser una orientación, una apertura a la constitución psíquica y a la pregunta por el funcionamiento estructural.

En pacientes adolescentes, un paso crucial tiene que ver con la apropiación y constitución del propio síntoma, que previamente era el síntoma de los padres, asegurando la propia constitución (Rassial, 1999). Esto da cuenta de cómo la constitución de lo sintomático da luces del pasaje de los pacientes, pero a su vez, la imposibilidad de la apropiación del síntoma puede marcar el entrapamiento del paciente en el deseo del Otro y la entrada a la psicosis.

Finalmente, respecto a la psicosis y su estabilización, Lacan acuña el concepto de *sinthome*. Allí, el síntoma será un punto donde el sujeto sea capaz de crear algo funcional: “La buena manera es la que, habiendo reconocido la naturaleza del *sinthome*, no se priva

de usarlo lógicamente, es decir, de usarlo hasta alcanzar su real, al cabo de lo cual él apaga su sed” (Lacan, 1976, p. 78).

El psicoanálisis lacaniano propone que, en la psicosis, la articulación entre los tres registros se encuentra desanudada o primitivamente articulada. Para que quede más claro, Toro (2016) quien sigue la teorización Lacaniana, señala posibilidades de nudo, considerando:

El nudo Borromeo —que implica que existe el lazo enigmático que los anuda, equivalente al síntoma.; El aparente nudo Borromeo, donde solo están superpuestos los aros, desprovistos del lazo enigmático y, por último; Los aros superpuestos, con la solución del cuarto nudo, que sería el sinthome. (p. 97)

El último anudamiento se torna fundamental en esta conceptualización del sinthome, en tanto es en base al síntoma que se puede sostener el trabajo del sinthome y así gestar el anudamiento psíquico (Ibid.).

El sinthome es una posibilitador de suplencia en el anudamiento de los registros y, más precisamente, se refiere a una suplencia por medio de un significante otro, que sustituya el significante fundamental del Nombre del Padre (Toro, 2016). La suscitación en lo real de significantes cualquiera es lo que el sinthome viene a reparar.

III. Transferencia

Ya desde sus primeros escritos, Freud (1917) señaló que la instauración de cualquier trabajo psicoanalítico acontece en la relación con el médico, que solo es posible mediante la transferencia: gracias a ella se reviven y recrean nuevas versiones del conflicto sintomático a tratar. En este proceso el paciente, sin saberlo, intenta desplegar el mismo comportamiento que al momento del conflicto, expresado en su relación con el analista quien, por otro lado, reuniendo todas las fuerzas anímicas disponibles del paciente-entendiendo lo intenso del proceso transferencial- lo guía a tomar otra decisión (Boaxaca, 2013). Freud puso el hincapié en la repetición, es decir, lo que se suscita en la transferencia

es la repetición de ciertos elementos que, por supuesto, el paciente no es capaz de ver; a causa de resistencias propias del psiquismo (Lacan, 1960).

Lacan (1960) coincide con Freud en tanto señala a la transferencia como una reproducción en acto, que significa considerar la manifestación transferencial como un proceso creativo. En esto, lo que se repite tiene que ver con una forma de goce; lo transferencial ubica al sujeto frente a su demanda al alero del deseo (Heguburu, 2014).

En este proceso se forma una triada: no solo se trata de ese paciente con su síntoma o su padecimiento, en donde el médico interviene como un agente externo; sino que el analista se vuelve parte de éste (Boaxaca, 2013). En tanto, tal como señala Miller (1998) en "Elucidación de Lacan", el síntoma analítico se constituye en esa singular experiencia, donde el paciente encauza su discurso al analista y lo vuelve parte del síntoma.

Entonces, la práctica analítica se constituye como una experiencia subjetiva, por ello, es que tiene sentido cuando Lacan señala que el psicoanálisis, como enseñanza, puede transmitirse de un sujeto a otro solo mediante la transferencia (Morín, 2012). Porque, a diferencia de la psiquiatría -en donde se aplica una práctica clínica con estándares homologables, independientes del médico tratante-, en la clínica psicoanalítica se despliegan mecanismos y fantasías inconscientes, mediante el proceso transferencial implicado en la práctica clínica.

Así, para Freud (1913) el psicoanálisis permite desplegar los mecanismos psíquicos inconscientes a la base de los síntomas, siendo la transferencia el procedimiento de análisis que permite distinguir dichos mecanismos. Luego, desde la teorización lacaniana, la transferencia posibilita el ejercicio de una clínica diferencial respecto a los fenómenos estructurales de cada paciente, mediante los significantes, demostrando a su vez que es mediante el testimonio de ese paciente que dicho trabajo se pone en juego (Schejtman, 2013).

La importancia de pesquisar lo estructural en la clínica tiene que ver con que le permite al analista tratante tomar lugar y posición desde la estructura del paciente, posibilitando ingresar a la lógica particular del caso a caso (significantes propios de su

historia), en pos de un trabajo analítico idóneo, centrado en la singularidad de ese paciente (Urriolagoitia y Lora, 2006).

Lo estructural, aquí, remite a un cierto ordenamiento particular y subjetivo que concierne únicamente a ese paciente y que da cuenta de un tipo de funcionamiento: más que pensarlo en términos de lo homologable, para el psicoanálisis es más importante pensar en las diferencias (Colillas, 2008).

Por ello, hay que tener siempre presente que, en casos donde no hay certeza del diagnóstico diferencial, el último factor primordial a considerar debe ser la posición transferencial que se pone en juego, en tanto es allí donde está lo más genuino de los mecanismos inconscientes desplegados en acto (Calligaris, 1989).

La puesta en juego de la transferencia neurótica ya fue abordada con Freud, posteriormente Lacan teoriza que lo que primero se suscita es amor, en tanto se supone que el primer encuentro analista- analizado está mediado por una relación de saber, al analista que sabe: “a quien uno supone que sabe, es a quien uno ama”, anclada a la fórmula del Sujeto Supuesto Saber (Rabinovich, 2002).

Respecto a las psicosis, el caso Schreber marca un cambio. Freud teoriza que en la paranoia no aparece esa parte de la libido flotante de la que se toma el analista, por lo que no existiría una transferencia psicótica, lo que a su vez justifica que el trabajo psicoanalítico con psicosis es enérgicamente desalentado (Allouch, 1986). No obstante, autores posteriores revocaron la idea freudiana, al señalar que la característica y relevancia de la transferencia en las psicosis, tiene que ver con que el paciente “*plantea transferencialmente*”; a diferencia de la neurosis, en donde el “*paciente transfiere*” (ibid.).

Por lo que, en la clínica, ¿Qué tipo de transferencia puede articular un paciente estructuralmente psicótico? ¿De qué manera? En estos casos, el analista siente una interpelación distinta, en tanto este es más bien demandado por un saber sin agente.

Más bien, la consulta no es hacia el analista, sino que hacia el psicoanálisis mismo, como forma de un saber total, no como una posibilidad de poder organizar su propio saber

(Calligaris, 1989). No es un pedido pedagógico, en términos de considerar maestro al analista (un pedido más bien histérico), ni tampoco en términos de desafío intelectual, ligado a la petición más perversa (Calligaris, 1989).

Lo que se encuentra es una posición del paciente psicótico y del analista, situados en una transferencia donde el saber no se le solicita al Otro. En este sentido, el paciente psicótico se dirige al analista como a un semejante, en donde espera que su relato sea confirmado por quien lo escucha y a quien lo vuelve testigo de su testimonio y su padecer (Allouch, 1986). Aquí, el analista tiene que ser merecedor de la confianza del paciente, lugar de pequeño otro: ese paciente no está esperando un saber del analista, porque el mismo no está sin saber, sin tener razón y certeza de su saber (Ibid.).

Aquí, la transferencia está centrada en la posición del padre volviendo en lo Real, porque aun cuando el paciente pueda dar cuenta de un mundo imaginario y simbólico, la transferencia se pone en juego en lo Real (Calligaris, 1989).

Es importante señalar que, en los pacientes psicóticos no es que exista una falla que imposibilita la neurosis, sino que se trata de otro modo de organización: tal como señala Lacan (1956), economizan la referencia paterna y eso es lo novedoso de la psicosis.

Lo que la transferencia psicótica denota es su relación con el Otro, especialmente antes del desencadenamiento de la crisis y la construcción de la metáfora delirante. Allí, esta se constituye con la ubicación imaginaria de un Otro devorador; medida por la demanda del Otro (Calligaris, 1989). Es decir, el paciente se presta en el proceso transferencial para que el terapeuta se sirva para su completud, su goce. Por lo que, si bien el paciente recibe la intervención del analista (aunque lo plantee en términos simbólicos), opera como un mandato de ponerse en sacrificio al goce del Otro (Ibid.).

Por ello hay que tener cuidado cuando llega un paciente con el pedido de saber, porque si nos encontramos en las coordenadas de la psicosis y el analista lo recibe como un pedido terapéutico anclado en la neurosis y le impone que se refiera a la significación paterna, lo más probable es que genere el desencadenamiento de la crisis psicótica. De allí la importancia de la dimensión ética y de responsabilidad del analista con respecto a la

posición subjetiva en la que se encuentra el paciente y cómo eso se experimenta en la transferencia (Schejtman, 2013). Porque es función del analista, dependiendo del caso a caso acompañar: en pos de posibilitar la separación del Otro, para entregar significancia, para autorizar un ritual u otra cosa; interviniendo y mediando el poder de la transferencia con el foco de no entorpecer el trabajo analítico de cura. Para ello, hay que tener conocimiento acerca de si se trabaja con un paciente psicótico o neurótico, y eso es posible mediante la transferencia (Rabinovich, 2002).

Adolescencia, vicisitudes y complejidades

I. ¿Qué es la adolescencia?

La clínica psicoanalítica con adolescentes no implica considerar un psicoanálisis distinto al que se aplica en adultos o niños, justamente porque su cuerpo teórico es uno. Ahora bien, es necesario considerar y reconocer las diferencias, particularidades, posibilidades y/o transiciones que se suscitan en dicho tiempo y que invitan a repensar las particularidades de la clínica con adolescentes (Firpo, et al., 2000).

El paciente adolescente ya no es un niño, pero tampoco se puede decir que un adulto: más bien, se encuentra cursando un pasaje lleno de mutaciones, generando un sin fin de posibilidades, riesgos y encuentros (Firpo, et al., 2000). Más allá de su sola determinación etaria, la adolescencia está marcada por un tiempo psíquico singular con todas las transformaciones, adelantos y/o retrocesos de dichas operaciones necesarias, puestas en juego, que finalmente son imprescindibles para la propia constitución y el paso a la vida adulta.

La adolescencia es un encuentro con la omnipotencia infantil, que fue mantenida desde la fase de latencia hasta este momento singular: hay una confrontación consigo mismo y con los otros, hay un enfrentamiento a la prohibición, a un cuerpo en metamorfosis cuyas bases habían sido construidas en la infancia (Rassial, 1999). Sucede, entonces, que la adolescencia es un espacio tiempo que refiere a la historización en acto de la subjetividad (Flechner, 2010).

II. El movimiento de identificaciones parentales

Laplanche (1971) define la identificación como un proceso en donde el sujeto asimila una característica, atributo o elemento de otro, convirtiéndose completa o parcialmente sobre este modelo.

Primeramente, es necesario partir por lo que puntualiza Freud entre 1914 y 1915, señalando que la constitución psíquica de cualquier sujeto se forja y se tensiona a lo largo de todo su crecimiento, considerando la necesaria dialéctica entre narcisismo, ideales e identificaciones (Lauru, 2005).

Asimismo, Freud, en “Psicología de las masas y análisis de Yo” (1921), menciona la identificación como la primera expresión de un lazo afectivo con un otro. A partir de ello es que el sujeto constituye su Yo, en semejanza a ese otro a quien toma como modelo. Esto significa que, a lo largo del desarrollo psicosexual, el infante libidiniza objetos que le producen satisfacción sexual, los cuales son incorporados a la constitución yoica mediante el proceso de identificación (Freud, 1921).

Lo que marca el proceso identificatorio, entonces, es la constitución y diferenciación del sujeto respecto a los otros. Las identificaciones pueden ser variadas: conscientes o no, modelos que se contraponen o que se encuentran y que permean la constitución del Ideal del Yo.

En este proceso Freud distingue la *identificación primaria*, relacionada con la represión originaria, en tanto represión que se ciñe al significante primordial del deseo de la madre (Lauru, 2005). De hecho, todos los significantes primordiales tienen que ver con el deseo de la madre. No hay que olvidar la importancia de la función materna, no solo previamente a la entrada de la metáfora paterna, sino que como condición de posibilidad de esta. Ya que la inscripción del Nombre del Padre no está sostenida solo por este, sino que por el lugar que la madre reserve al significante primordial en la instauración del orden de la ley (Michaud, 2003).

Para Lacan (1956), el proceso de identificación del infante tiene lugar en relación con el Otro, instalando este lugar como la memoria de lo que Freud denominó inconsciente: objeto de un cuestionamiento abierto, en la medida que alberga la indestructibilidad de ciertos deseos. Si bien la constitución del sujeto permitirá ir construyendo su propio lugar, es claro que en un inicio la investidura de significantes estará ofertado por el Otro: el sujeto está alienado al deseo del Otro, que no es más que el campo de lo parental.

El entramado del discurso parental será el que gestará y propiciará el acceso al mundo, allí Mannoni (2007) aporta el concepto de mito familiar, en tanto son los significantes que envuelven a este infans los que lo constituyen en tanto sujeto. Para ello, es fundamental que el hijo o hija se geste como deseado para la madre, a saber, el Otro primordial, de esta forma se propicia las marcas de la asistencia ajena (Firpo, et al., 2000). Lo que sucede después es que “El otro barrado es imprescindible para poder seguir. Se trata de transitar el recorrido de la diferenciación, no sin antes la indiferenciación” (Ibid., p. 53). Con esto, queda claro que el sujeto no está absolutamente determinado por la significación del Otro: no se trata de una predeterminación paternal, pues posteriormente a la alienación el sujeto mismo toma un rol activo sobre aquello con lo que fue investido.

Lacan, coincidiendo con lo señalado por Freud respecto de las *identificaciones primarias*, señala que lo que se pone en juego en estos primeros encuentros identificatorios (principalmente entre la madre y el hijo/hija) es la constitución estructural, por lo que la falla en esta deja huellas a nivel de la organización narcisística, la constitución yoica y los ideales, cuya rectificación resulta compleja (Lauru, 2005). Para ahondar un poco más en este punto, hay que retomar lo señalado por Freud (1917) en “*Duelo y Melancolía*”: “La identificación es el estadio preliminar de la opción de objeto y la primera manera, ambivalente en su expresión, según la cual el yo elige a un objeto” (p. 96). Contradictorio en tanto se quiere incorporar un objeto deseado, pero la forma de llevarlo a cabo -en concordancia con la fase oral del infante- es mediante la devoración. Es lo mismo que sucede en el festín antropofágico: quienes comen al objeto deseado, lo aniquilan a su vez.

Es en el juego edípico donde el posicionamiento identificatorio se pone a prueba. Las opciones de identificarse al padre o de elegir al padre como objeto plantean diferencias, en tanto en el primero de los casos lo que se querría es *ser el padre*, mientras que en el

segundo el padre es lo que se desearía *tener* (Lauru, 2005). ¿Qué implica esto?: “La diferencia reside en el hecho de que el vínculo lleva tanto al sujeto como al objeto del yo: de esta forma, la identificación tiende a volver al Yo idéntico al otro, al que se ha tomado como modelo” (Ibid., p. 31). El punto es que la clínica con adolescentes muestra, muchas veces, la inestabilidad en la instauración de estas identificaciones primarias, correspondiendo a los aspectos de devoración en la relación de ese sujeto con los otros, pudiendo llegar hacia la desestructuración.

Lo que la instauración e instalación de la metáfora paterna marca es permitir acabar con la madre primordial fálica, provocándose la entrada al mundo simbólico del niño/niña, con relación al Otro, lugar del lenguaje (Rassial, 1996). No obstante, en la adolescencia este lugar es cuestionado por la descalificación del padre, que subyace imaginariamente al Otro (Rassial, 1996). Este espacio, donde habitaban los anclajes identificatorios, es tensionado en la adolescencia. La clínica demuestra que, en la adolescencia, las dinámicas identificatorias se reestructuran de forma singular, mediadas por la estructura de cada sujeto. En este espacio y en este momento hay algo de un continuo recomienzo, pero con innovación; es decir, marcando un quiebre en los cambios que se abordan (Flechner, 2010).

Dolto (1990) compara el proceso adolescente con la situación de los bogavantes o langostas: cuando estos animales pierden su caparazón, se ocultan bajo las rocas; en ese momento, cuando se encuentran en la búsqueda de su nueva concha para adquirir defensas, es cuando se encuentran más vulnerables; por lo que cualquier ataque implicaría una herida o una cicatriz de por vida, que si bien puede ser recubierta por el caparazón, no puede ser borrada.

La recomposición psíquica y reordenamiento de ideales e identificaciones, principalmente en relación a las figuras parentales, constituyen el territorio de máxima tensión, por la confrontación entre los padres ideales o idealizados en la infancia -que sostenían la ilusión y promesa de alcanzar el estatuto de adulto- y la realidad de ellos en tanto sujetos de deseo, con conflictos, límites, ambivalencias; que finalmente dan cuenta de personas comúnmente cotidianas, dejando en evidencia la caída de las identificaciones puestas en juego hasta ahora.

Freud (1909) señaló: “En el individuo que crece, su desasimiento de la autoridad parental es una de las operaciones más necesarias, pero también más dolorosas del desarrollo” (p. 217). Es decir, una de las tareas psíquicas que él o la adolescente moviliza, es la transformación de las identificaciones edípicas infantiles. Para ello, es necesaria la desinvertidura de los lazos y objetos infantiles (Flechner, 2010). Así, aniquilando simbólicamente e imaginariamente a los objetos e identificaciones anteriores, es que se propicia la salida del mundo endogámico en el que el sujeto adolescente se encuentra inserto (Flechner, 2010). Por ello, la puntualización freudiana de la necesidad de esta operación psíquica resulta plenamente vigente, para poder experimentar el mundo y encontrarse consigo mismo como un sujeto sexuado. Esta desnudez (recordemos la metáfora del caparazón) tendrá que ser sorteada hasta que, según lo que señala Rassial (1999), gracias al efecto del cambio del síntoma el paciente adolescente podrá encontrar una inédita encarnación del Otro en el Otro sexo. Por ende, es que se entiende a la adolescencia como un momento a posteriori del estadio del espejo.

Aquí, en palabras de Lauru (2005), se gesta un trípode no menos difícil de constituir: apoderarse- tener-ser, donde hay una exigencia de la presencia de ese mismo sujeto en desarrollo, del otro incluido el parental y de lo social. Aparece una ruptura, en tanto el adolescente está en la búsqueda de elementos que lo constituyan como sujeto, pero ya no a partir del espacio parental: se inaugura un segundo momento identificatorio, que incluye un lugar extrafamiliar. Dejar atrás el discurso parental para construir el propio Yo es central en la adolescencia, para salir de la alienación; resulta posible gracias a las relaciones y vinculaciones con pares. Lo que se tensiona es el sostén simbólico del adolescente, en tanto posibilidad de dar al Otro un lugar distinto que en la infancia: proceso necesario, complejo y fundamental en la constitución subjetiva y donde su imposibilidad, es decir la falla en resignificar el espacio del Otro, puede marcar una fragilidad en el funcionamiento psíquico. “El adolescente intenta aferrarse a un soporte o pantalla identificatoria que esté a su alcance. Y es precisamente en el abandono posible o imposible de sus identificaciones donde va a instalarse la patología” (Lauru, 2005, p. 41).

Se ha visto en ciertos pacientes adolescentes que, frente al tambaleo identificatorio, aparece la imposibilidad en la necesaria reestructuración de las identificaciones, sobre todo las parentales: es decir, donde debe ser abordado el Otro, algo falla. Lo que acontece es

un derrumbe de la estructuración imaginaria, que previamente aseguraba la estabilidad psíquica (Flechner, 2010). Y es que en este intento de resignificación se pueden evidenciar problemáticas identificatorias, de origen en la infancia y que vuelven a tensionarse en la adolescencia. “Cuando un deseo identificatorio se opone a una imposición identificante proveniente del exterior o del propio sujeto, para encontrar una solución al conflicto del sujeto, el sujeto puede llegar hasta a la disociación psicótica” (Lauru, 2005, p. 32). La posibilidad de que la estructura del paciente resista dependerá de las muletas simbólicas que forjó, sosteniéndolo de la manera que su propio psiquismo le permite, mediante un reemplazo de la forclusión del Nombre del padre.

III. **Sexuación**

La problemática de la sexuación constituye otro punto crucial en el pasaje adolescente, en tanto se juega una reactualización de lo edípico, definida específicamente como “*Un segundo complejo de Edipo*”, porque allí lo que acontece es la entrada a la exploración de la sexualidad genital, su propio posicionamiento en esa identidad sexuada y la consecuente elección del objeto amoroso (Rassial, 1999). Es decir, se vuelve a poner en juego la propia posición subjetiva en la reconstrucción del cuerpo con relación a otro, más allá del cuerpo físico en eclosión. Esto último es importante, porque allí se vuelve a poner en juego una clase de cuerpo polimorfo que está en mutación en la realidad, del cual el paciente inevitablemente tiene que hacerse cargo.

Ya Freud (1905) señala, en “Tres ensayos de teoría sexual”, la importancia de los procesos psíquicos infantiles para explicar una serie de fenómenos actuales y posteriores, relacionados con la vida sexual. Así, en la infancia el cuerpo imagen del otro está construido en base a las figuras parentales, que en dicha instancia son los posibilitadores de la instauración del Otro: proceso anclado a lo que Lacan denomina estadio del espejo (Rassial, 1996). En dicha experiencia, la constitución de la imagen del cuerpo tiene lugar en el Otro; es decir, aparece una continuidad de solo un cuerpo comandado por el cuerpo del Otro, que funciona como sostén para la posterior construcción de la propia imagen corporal. Es decir, se identifica con la imagen del otro, para posteriormente integrarla como suya en un segundo momento (Lauru, 2005).

Lo que Freud relata es que el niño o niña encuentra un primer objeto de amor sobre el cual pone sus pulsiones sexuales. No obstante, frente a la problemática edípica la represión actúa haciéndolo renunciar a los objetos sexuales infantiles dirigidos hacia la madre o el padre, quedando adheridos a los padres como pulsiones inhibidas (Lauru, 2005). Lo que viene a marcar el pasaje edípico es la posición de interdicción de los padres, así como su promesa de algo más: al renunciar en Nombre del padre a ese goce total que sería la relación incestuosa con él o la progenitora, hay una prohibición necesaria, pero de igual forma queda desplegada la promesa de que en un futuro, cuando ese niño o niña crezca, tendrá derecho a ese goce total en el terreno extrafamiliar (Rassial, 1996).

En la adolescencia, en tanto el sujeto -quien es el producto nunca completo de las posiciones simbólicas e identificatorias que permanente y activamente lo han constituido- se enfrenta con las modificaciones pulsionales, experimenta un déficit transitorio del Otro, que implica que él o la adolescente tenga que (inminentemente) enfrentarse con los significantes de su sexuación (Lauru, 2005). La imagen del cuerpo ya no es sostenida por los padres, sino que se sostendrá con relación a un semejante, otro donde el deseo se encuentra engarzado (Rassial, 1996). A saber, el otro bajo su mirada será quien le permita al adolescente apropiarse de una imagen distinta del cuerpo, este representará la consistencia imaginaria del Otro.

Freud (1905) precisa que en la adolescencia, segundo tiempo de elección de objeto, se producen los cambios que dan forma a la vida sexual, iniciada en las primeras elecciones infantiles de objeto (entre los 2 y 5 años): "La elección de objeto de la pubertad tiene que renunciar a los objetos infantiles y empezar de nuevo como corriente sexual" (Freud, 1905, p. 53). No obstante, en la adolescencia se descubre también lo ilusorio de la promesa edípica, en tanto el o la adolescente -en esta exigencia del goce prometido, que sería el goce genital, ordenador de la identificación sexual- no cuenta con garantías del reencuentro con el objeto perdido en la infancia, por lo que no está asegurado el ser del sujeto adolescente, es decir, deja inigualable el goce del Otro (Rassial, 1996). Lo que el adolescente descubre es que la relación a un otro es parcial, no hay completud. Esa promesa ilusoria, mantenida hasta la adolescencia, se desmorona: el sujeto adolescente comprueba lo real de la imposibilidad de la relación sexual.

Aun así, la importancia del descubrimiento de la sexualidad genital en la adolescencia tiene que ver, precisamente, con que ya no es solo autoerótica, sino que además necesita de un otro semejante. Esto abre la posibilidad fundamental de posicionarse no tan solo como el que desea, sino que también ser el deseado (Lacan, 1958). Para ello, la operación consecutiva es poner a prueba la inscripción del Nombre del Padre y validarla, como forma de posibilitar la circulación de otros significantes sobre la inscripción ya realizada (Rassial, 1999). Esta acción permite mostrar los límites de la estructura, líneas de fractura que en el caso más extremo, al ser llamado el significante fálico, podría implicar la forclusión de la inscripción primordial.

Es conocida la frecuencia de las descompensaciones psicóticas en esa edad. Pero, de mi experiencia, recordaría que el enfrentamiento con lo sexual, o más precisamente con la imposible simbolización de lo real de la sexuación, lo imposible de la relación sexual, encarna, en numerosos casos, un punto de oscilación hacia la psicosis. (Lauru, 2005, p. 90)

Maleval (2000) precisa a propósito del desencadenamiento en varios pacientes adolescentes, que la ruptura psicótica podría acontecer tras el enfrentamiento con una situación sexual en la realidad, en donde el adolescente debe responder con el significante primordial, significante que no está inscrito. Esto se justifica porque en la adolescencia hay un encuentro inminente con lo sexual y con el significante "Nombre del Padre", donde el sujeto debe tomar posición; conjuntamente a un cuerpo en constante transformación en la realidad, situación que -a su vez- puede dificultar al adolescente rearmar su imagen en el espejo. Dicha complejidad se ve agudizada cuando el Otro, figura paternal de la que aún depende en lo real, no legitima la reconstrucción en lo especular del adolescente, en tanto sujeto "sexuado" (Lauru, 2005). Este aspecto podría ser clave en el desencadenamiento psicótico en pacientes adolescentes.

IV. Crisis o tormenta: Comprensiones de la adolescencia

Teniendo en cuenta todos los movimientos innovadores que se gestan y se ponen en acto en la adolescencia, es que adquiere sentido el entender a este pasaje como una "crisis" o "tormenta" adolescente. La "crisis" remite indispensablemente a entender este

pasaje como un proceso, donde se despliegan mutaciones necesarias, cruciales y profundas (Rassial, 1996). Momentos donde el o la paciente adolescente transitan al borde de un abismo, por la ruptura que se configura. En palabras de Luru (2005), momento en que el sujeto se enfrenta al límite del agujero que lo constituye.

Para Rassial (1999), la adolescencia implica ineludiblemente la confrontación a la posibilidad de la avería, debido a que -de nuevo y justamente a posteriori- el o la adolescente debe cumplir con la reconfiguración de las operaciones fundadoras. Lo que de igual forma implica actualizar las problemáticas infantiles en dicho momento. Tensiones vinculadas con las desinversiones parentales, el posicionamiento y la fragilidad con relación al Otro, la instauración de un posicionamiento propio en la sexuación, solo por nombrar algunas de las operaciones que demuestran la magnitud de lo que se pone en juego allí.

No obstante, sería un error pensar que la denominación de “crisis adolescente” remite a algo patológico *per se*, que habría que evitar. Incluso la posibilidad de entrar, transitar y atravesar la eclosión adolescente es parte fundamental de la constitución subjetiva y garante del proyecto de la existencia. Por lo que la marca de lo patológico no tendría que estar signada por la crisis, sino que por la imposibilidad de su advenimiento (Maldiney, 2001).

Lo interesante de ahí es apreciar los movimientos psíquicos que gesta el paciente adolescente y que generan que -finalmente- la crisis desemboque en algo más, es decir, que se llegue a un resultado. La no conclusión de esto, o lo repetitivo del intento sin el atravesamiento puede tornarse problemático.

De esta forma, como analistas no tiene sentido combatir, replegar y/o evitar la crisis adolescente, sino más bien acompañarla en la singularidad de su despliegue. Y tal como señala Mannoni (1984), sería ideal poder explotar este momento de eclosión para que él o la paciente adolescente saque de ello lo mejor posible, debido a que es en ese momento donde se juegan su propio futuro.

Más allá de pensar que este es un buen o mal pasaje, la adolescencia es un tiempo-espacio donde la mejoría o empeoramiento a partir de su propia estructuración psíquica es una posibilidad, considerando no tan solo los cambios que se ponen allí en juego, sino también y fundamentalmente, su decurso se situará bajo el alero del propio proceso creativo psíquico (Lauru, 2005). La efectivización de esto se encuentra ensamblada a las propias posibilidades de resignificación, es decir, allí en la crisis adolescente el sujeto se encuentra al límite con su estructura y con su posición como ser hablante, sometido a las leyes de la significancia y deseo (Ibid.). “La adolescencia no como una estructura pasajera, sino como un pasaje en la estructura” (Ibid., p. 10).

Así, la tensión latente en el adolescente va a conducir los carriles psíquicos hacia donde deba, incluido los patológicos, mediado por su propia estructuración. La cual comenzó a gestarse en la infancia y en la adolescencia podría ser (o no) el momento de su aparición, por las tensiones propias del pasaje mismo.

Queda claro que el sostén de la crisis adolescente está mediado por una malla estructural que finalmente, junto a otras operaciones psíquicas, posibilitará estos distintos rumbos psíquicos y/o psicopatológicos. En palabras de Kristeva (1986), la adolescencia es un momento crucial donde se puede pensar una estructura abierta, en tanto hay mayor flexibilidad entre las múltiples instancias psíquicas.

Esto permite decir que, considerando que hay una reactualización de problemáticas infantiles, es posible anudar ciertas amarras psíquicas sueltas o frágilmente ancladas en la infancia, sin por ello ver un cambio de estructura en dicho paciente.

Dejando entrever la relevancia de la práctica de la clínica psicoanalítica con adolescentes, al tener la posibilidad de poder evidenciar desde dónde provienen las resistencias, así como acompañar y trabajar los padecimientos que cursa el paciente durante la crisis adolescente. Pudiendo, en el mejor de los casos, generar una modificación en las vías hacia donde él o la paciente está oscilando; no hay certeza de aquello, pero, tal como señala Mannoni (1986), como analistas corresponde correr el riesgo.

De esta forma, el trabajo analítico con pacientes adolescentes presenta especificidades no menos complejas de abordar, desde la anticipación de la llegada, atravesamiento y término de la crisis. “Se trata de una empresa azarosa desde el principio al fin, durante la cual el analista debe enfrentar toda una gama de resistencias de intensidad poco frecuente” (Freud, 1957, p. 20).

V. Diagnóstico diferencial y adolescencia

¿Qué es el diagnóstico diferencial? ¿De qué manera se aborda el diagnóstico diferencial desde el psicoanálisis? ¿Es plausible, necesario? ¿Aplica también a la clínica con pacientes adolescentes? Preguntas necesarias y pertinentes a propósito del trabajo clínico con cualquier paciente, más aún cuando se trata de adolescentes que se enfrentan, como ya fue presentado, a transformaciones subjetivas de gran envergadura.

Marcando distancia del trabajo que realiza la psiquiatría con respecto al diagnóstico diferencial, es que Freud señaló que, si bien aparentemente se ve que desde la lógica médica psiquiátrica hay menos vacilaciones respecto a los diagnósticos diferenciales de los pacientes, esto no significa que no existan o que existan con menos frecuencia que en el psicoanálisis (Askofaré, 2012). Más bien, la menor lógica dubitativa respecto al diagnóstico diferencial se condice con tener más certeza, dado que el quehacer psiquiátrico consiste en pesquisar fenomenológicamente síntomas evidenciables, que den cuenta de cierta alteración.

Señalado esto, al errar en el diagnóstico diferencial desde el psicoanálisis hay una equivocación que se juega en el plano de la práctica clínica, es decir, se falla en el lineamiento teórico, pero también -y aún más importante- en el abordaje psicoterapéutico. Esto se justifica por la inseparable relación entre teoría y praxis, que constituye al psicoanálisis.

Así, la complejidad de trazar distinciones con relación al diagnóstico diferencial (sea en el caso que fuese) no es menor, aquí no hay certezas absolutas sobre lo que está cursando un paciente, por lo que siempre será necesaria la apertura de volver a repensar lo que sucede allí en el psiquismo.

Tomar un camino respecto al diagnóstico es tomar, a su vez, un camino en la clínica misma; el abordaje del tratamiento varía y las elucidaciones del análisis quedarán sujetas, entre otras cosas, a saber desde dónde ese sujeto se encuentra posicionado.

Por ello, no solo es lógico hacer el trabajo diagnóstico, sino que pareciese ser una obligación de cualquier analista el plantear hipótesis diagnósticas -no entendiéndolas en los cánones médico-psiquiátricos, sino que desde el ordenamiento psicopatológico psicoanalítico- de las cuales dependerá guiar, por variados caminos, la dirección del tratamiento (Askofaré, 2012). Es por esto que el diagnóstico debe estar basado y siempre tomado en razón de la ética del discurso analítico, con la misma importancia que se le asigna al trabajo interpretativo.

Entonces, ¿cuál es la pertinencia del diagnóstico y de considerar el diagnóstico diferencial? No es más ni menos que tener ciertas indicaciones que permitan dar cuenta de la estructura y de la posición de ese sujeto, para consecuentemente tener en cuenta hacia dónde direccionar el trabajo de cura (Ibid.). Por lo que el diagnóstico analítico es, de igual forma, un diagnóstico de estructura; en tanto neurosis, psicosis, perversión. Posteriormente, anclados a la estructura, puede que se diluciden los aspectos clínicos relativos a la constitución subjetiva de ese paciente.

Ahora bien, si ya es complejo plantear en cualquier caso hipótesis diagnósticas, así como poder dilucidar en el mejor de los casos un idóneo diagnóstico diferencial, dicha complejidad se puede tornar más pantanosa cuando se abordan casos de pacientes adolescentes. No porque este sea un pasaje negativo que evitar, sino porque lo que se pone en juego en la adolescencia tiene tanto de novedad, de transformaciones ineludibles y de tránsitos por los límites de su propia estructuración que, al menos como analistas, debiese ser un punto de cautela al momento de examinar el diagnóstico en casos eclipsados por la crisis adolescente.

Ya se ha tratado algunos de los puntos vueltos a poner en tensión en la adolescencia. Esto puede, por momentos, confundir al analista en tanto hay una resignificación de una psique en constante articulación y eclosión, propia del empuje de la pubertad y que radicaliza los recursos propios de ese sujeto para llegar a una finalidad

determinada (por ejemplo, la salida exogámica) (Martin, 2014). Por lo que muchas veces se desdibujan esos claros límites que permiten dilucidar los diagnósticos diferenciales, sobre todo respecto a las estructuras.

Tal como señala Martín (2014), la variabilidad de lo que cursan los pacientes adolescentes está contenida dentro de una gama tan amplia que las categorías psicopatológicas ya existentes no logran, muchas veces, dar cabida a lo que cursa el paciente; la creación adolescente desborda los ordenamientos psicopatológicos. Ordenamientos que, por lo demás, tienden a basarse en una mirada adultocéntrica o, en menor medida, desde las nociones de infancia; replegando las particularidades de la problemática adolescente.

Dichas falencias en la importancia de entender la especificidad del trabajo con adolescentes, sumadas a las múltiples transformaciones psíquicas en juego, dejan abierta la posibilidad común de sobre patologizarlos, porque las conductas -a veces visiblemente extremas o riesgosas- pueden ser una trampa en el diagnóstico (Martin, 2014). Es decir, un síntoma puede dar cuenta de lo estructural en tanto formación de subjetividad, pero de igual forma puede ser parte del proceso de atravesamiento de crisis; puede ser un intento de desplegar otra cosa; puede ser tan solo la necesaria exploración subjetiva, llevando al límite su propio funcionamiento.

Por eso hay quienes señalan la importancia de evitar ocupar las cartografías psicopatológicas en pacientes adolescentes, por todo lo puesto en juego allí. El trabajo del analista es poder pesquisar qué hay de aquello y que dé cuenta de por donde oscila el paciente; errar puede conducir desde la sobre patologización, hasta minimizar el cuadro o estado que cursa el paciente al alero de la estructura, por considerarlo algo transitorio de la adolescencia.

Estos señalamientos no implican, por cierto, un llamado a no trabajar clínicamente con pacientes adolescentes. De hecho, según lo que señala Rassial (1999), no es novedad que en la práctica psicoanalítica los analistas se tomen con prudencia el recibir a pacientes adolescentes, en tanto se puede suponer que, por esta crisis de pasaje no sería el momento idóneo para un trabajo analítico de retorno sobre su infancia. No obstante, esto estaría más

bien al alero de una resistencia del propio analista, en palabras de Rassial (1999), “Puesto que la adolescencia es menos una crisis única que una crisis ejemplar, que el adulto parece querer olvidar para subrayar la barrera ilusoria que lo separaría del niño” (p. 13).

Psicosis y adolescencia

I. Psicosis y adolescencia ¿Un nexo posible?

Articular y hacer dialogar ambos conceptos no responde a un cuestionamiento únicamente personal, sino que, sumado a ello, para la psiquiatría existiría una suerte de nexos que establece que, en un número importante de casos, el desencadenamiento psicótico se suscitara en el periodo adolescente; perspectiva avalada no solamente desde el mundo psiquiátrico y los manuales clasificatorios diagnósticos, sino que también desde el psicoanálisis (Fernández, 1993).

No obstante, es preciso preguntarse en primer lugar: ¿es posible constatar la psicosis en pacientes adolescentes? Considerando la complejidad y diversidad de la operación de pasaje adolescente (siempre que esta ocurra), es que no se podría desconocer cuán pantanosa se vuelve la noción de psicosis en la adolescencia. Así, tomando en cuenta lo que se pone en juego durante la adolescencia, es que podría pensarse que el campo psíquico aún no está listo para el desarrollo de una psicosis clásica, auténtica; una psicosis evidentemente clara (Green, 1988).

Siguiendo este argumento, podría ser prematuro dirigir el diagnóstico hacia la psicosis. Tal como señala Green (1988), la potencialidad psicótica es una posibilidad en la adolescencia, pero esta también constituye un estado normal tendiente a la desorganización. Como vimos, el psiquismo del paciente adolescente está en una constante reformulación de variados procesos fundantes de la subjetividad, por lo que no podría adjudicarse la psicosis a un psiquismo que aún no han cursado ciertas operaciones necesarias.

Ahora bien, no resulta posible desconocer los variados casos de pacientes adolescentes en donde el carácter psicótico de sus manifestaciones psicopatológicas se

encuentra presente, por lo que Green (1988) hace hincapié no sólo en evitar errores diagnósticos, sino que también en evitar pronósticos apresurados en función de cierta sintomatología.

Teniendo en cuenta la complejidad antes señalada, hay autores como Laufer (1989), que poniendo especial prolijidad en el trabajo diagnóstico, precisan que es plausible hablar de psicosis en pacientes adolescentes, pero para ello el paciente debe cumplir con una serie de elementos que ineludiblemente darían cuenta del carácter psicotizante de sus manifestaciones:

Los que han perdido la capacidad de duda; que han debido obliterar la realidad y sustituirla por una nueva, porque no pueden, de otra forma, mantener su unión narcisista; aquéllos cuyo cuerpo sexual no es sentido como el perseguidor a pesar de ser el perseguido, porque inconscientemente creen haber destruido su cuerpo sexuado y sus padres dentro de él, dirigiéndose al quiebre con el mundo real. (Ibid., p. 11)

Con esto, lo que queda en evidencia es que, frente a la complejidad de la sintomatología en adolescentes, sobre todo referido al diagnóstico de psicosis, es que se ha puesto especial hincapié en la necesaria responsabilidad ética de un exhaustivo trabajo diagnóstico, que permita identificar ciertos puntos de referencia para poder hablar de psicosis. Lo que, a su vez, podría abrir la problemática de homogeneizar ciertos aspectos para considerar la presencia de psicosis, entendiendo que a lo largo de los estudios psicoanalíticos se ha dado cuenta de diversos tipos de psicosis.

Dicho esto, más allá del genuino interés de estudiar la posibilidad de la psicosis en adolescentes, es sabido que, para muchos pacientes, el desencadenamiento psicótico tiene lugar durante su adolescencia. Entonces, ¿esto permitiría señalar que la adolescencia podría ser un escenario proclive al desencadenamiento psicótico? ¿Hay algo que posibilitaría ese paso? La respuesta a estas preguntas merece especial cuidado por no caer en reduccionismos cuantitativos ni causalidades erróneas que homogeneicen dicha discusión.

Si bien los trabajos sobre psicosis en la adolescencia plantean respuestas disímiles respecto a una posible especificidad de la psicosis en pacientes adolescentes, pareciera más pertinente preguntarse acerca de porqué los conceptos de psicosis y adolescencia podrían tener cierta cercanía. En la misma línea, Lauru se pregunta: “¿la crisis adolescente no incluye muy a menudo movimientos psicóticos llamados normales?” (Lauru, 2005, p. 120).

Mannoni (1986) es uno de los autores que, a propósito de la crisis adolescente -que cursa de diversas formas, en tanto construcción y reformulación de la propia subjetividad-, desliza el carácter potencialmente psicotizante de dicho pasaje. La alusión a lo psicotizante se justifica en tanto tienen lugar momentos de necesaria alteración, involucrando la dialéctica alienación-separación; las identificaciones y desidentificaciones a nivel del yo y del ideal del yo; la transformación de lo sexual; entre otros. Justamente es esta eclosión que cursan los pacientes adolescentes, con todas las intensidades involucradas, la que muchas veces se asemeja con las psicosis, sin tratarse de lo mismo. De ahí que resulta posible pensar una cierta cercanía entre ambos conceptos.

Lo importante de este señalamiento es, justamente, distinguir un estado transitorio cómo sería la amenaza de psicotización, los “estados psicóticos” o (como es llamada por algunos autores) la “locura” en la crisis adolescente, en contraposición con el desencadenamiento psicótico, que siempre alude a una dimensión estructural. En este último, el riesgo de ruptura en la continuidad de los procesos de desarrollo se ven confrontados con el frágil equilibrio o sostén simbólico, que no siempre resiste la prueba (Lauru, 2005).

A propósito de esta distinción podemos incorporar lo que señala Racamier (1980), quien hace la clara distinción entre las “experiencias psicóticas normales” y las “experiencias psicóticas de psicóticos”, cuya diferencia radicaría en que en el origen de las primeras habría una gran y repentina modificación de las investiduras, pudiendo ser dominadas y manejadas por el yo; a diferencia de las segundas, donde aquellas escapan al control del yo. En las experiencias psicóticas de pacientes psicóticos, lo que se pone en juego es un movimiento regresivo global, tanto así como una experiencia masiva de aniquilación del mundo y de desmantelamiento del objeto (Ibid.).

Así, apelando a la estructura y a la globalidad del desencadenamiento psicótico, se trataría de una situación distinta al carácter ordinariamente psicotizante de la crisis adolescente que, como ya se ha señalado, en general resulta proclive a reconstrucciones favorables. Es que, en la adolescencia, la psicosis es una posibilidad entre tantas otras (Mannoni, 1986).

Sería reduccionista pensar a la adolescencia como un momento de fragilidad que “naturalmente” permitiría la irrupción psicótica. Al especificar la psicosis en términos del funcionamiento estructural, se trata de una referencia que evoca una compleja diacronía: por ejemplo, Rassial (1999) subraya que la adolescencia puede ser (o no) el momento en donde irrumpa el desencadenamiento. Siguiendo esta idea, Maleval (2000) señala que, en sus investigaciones realizadas en pacientes psicóticos adultos, apoyándose en antecedentes no solo de la adolescencia, sino que de la infancia; en la mayoría de los casos fue posible apreciar indicios, problemáticas o trastornos manifiestos previos al desencadenamiento psicótico (en algunos casos, con mucha anterioridad al mismo).

Esto permite entender que hay casos en donde es posible pensar una potencialidad psicótica previa al pasaje adolescente, que ya da cuenta (al menos incipientemente) de su propio posicionamiento respecto del mundo, es decir, su estructura. Y, a su vez, permite matizar la idea de una irrupción del quiebre psicótico a propósito de la adolescencia, porque hay organizaciones psíquicas con sectores de fragilidad que ya se vienen conformando desde los avatares de la infancia y que, más bien, son cuestionadas allí junto a las tensiones psíquicas, sociales y culturales de la adolescencia.

A partir de esto, es complejo pensar que un paciente tenga una estructura neurótica y en la adolescencia, desencadenamiento mediante, esta curse hacia una estructura psicótica, o viceversa; porque el anclaje de cualquier alteración psíquica se encuentra en la propia conformación estructural. Los fenómenos sintomáticos varían, pero el sostén psíquico en general tiende a ser estable (Lauru, 2005). Así, hay adolescentes que se encuentran inscritos en una estructura de índole psicótica, pero que en su sintomatología no presentan delirio ni disociación con el mundo, se articulan con el lazo social (aunque de manera angustiante y problemática), apareciendo articulaciones y vivencias persecutorias o rasgos obsesivos adheridos, que se encuentran enmascarados (Ibid.).

La clínica de “las psicosis” con adolescentes permite dar cuenta que, en un considerable número de casos la sintomatología difiere a la presentada en adultos, excediéndola y planteándose como novedosa en relación a los conocimientos sobre “psicosis”. No obstante, no difiere en su organización estructural (y acontecimientos psíquicos que permiten situar esta); lugar de encuentro común por la que cualquier sujeto se encuentra eclipsado.

II. Psicosis y forclusión del “Nombre del Padre”

Para Freud, la psicosis fue entendida y situada como una enfermedad de defensa: es decir, frente a una representación que se torna insostenible y en un intento del yo por preservarse, es que el psiquismo -más bien el yo- expulsa esta idea inadmisibles por su excesiva carga (Nasio, 2000). Al ocurrir esto, hay una escisión de la realidad misma. Tal como señala Nasio (2000), respecto a los planteamientos de Freud

El yo se sustrae a la representación inconciliable, pero ésta está inseparablemente unida a un fragmento de la realidad, de modo tal que el yo, al realizar esta acción, se ha separado también, en su totalidad o en parte, de la realidad (p. 205).

Posteriormente, los planteamientos de Lacan (1956) coincide con los de Freud, al señalar que en las psicosis la realidad misma se encuentra atravesada por un agujero, un punto de ruptura entre la propia estructuración y lo exterior, que luego lo fantasmático vendrá a desbordar.

Para profundizar en esta idea, resulta necesario señalar que la piedra angular de los desarrollos lacanianos en relación con las estructuras clínicas remite a lo que se denomina como “Metáfora del Nombre del Padre”, aspecto crucial de la operación simbólica, al alero de la utilización del significante Nombre del Padre. De todos modos, hacia el final de la teorización lacaniana “El Nombre del Padre” se entendió como un significante cualquiera, que no remitía unívocamente a un significante en particular: en efecto, cualquier significante podría ocupar dicho lugar primordial para un sujeto (Lacan, 1976).

Dicho esto, la instauración de la “metáfora del Nombre del Padre” permite:

En primer lugar, ordena el acceso a lo Simbólico al niño en tanto que sujeto. En segundo lugar, impone al sujeto una estructura de división (\$); el sujeto es dividido por el orden significante del cual él no es más que un efecto, y es a partir de esta división que adviene el sujeto del inconsciente. Finalmente, instala al niño en posición de sujeto deseante, rompiendo así con su situación anterior de objeto del deseo del Otro. Por último, la metáfora del Nombre-del-Padre interviene como operador de la simbolización de la Ley (prohibición del incesto), o sea de la castración simbólica (Dor, 1996, p. 468).

Ahora bien, en las psicosis lo que sucede es que el significante primordial “Nombre del Padre” se encuentra forcluido en el lugar del Otro, dejando en jaque a la metáfora paterna (Lauru, 2005). Para que allí se dé la forclusión, tiene que existir un llamado al significante que ocupe dicho lugar primordial: un encuentro que no adviene, porque nunca fue situado. En la psicosis, al tener que posicionarse fálicamente en torno a un sin fin de circunstancias cotidianas, no es posible sostenerse establemente en el registro de lo simbólico (Ibid.). Al no encontrarse la configuración simbólica de la metáfora paterna y no existir la sustitución del significante “Nombre del Padre”, no resulta posible que se dé la sustitución por el significante del deseo de la madre (idóneamente, el significante “Nombre del Padre” suple ese lugar simbolizado con anterioridad, por la ausencia de la madre). Lo que sucede allí es que no se configuraría idóneamente la mediación simbólica entre la madre y el hijo/hija (Dor, 1996). Así, la configuración de los procesos psicóticos se enraíza en el asunto del complejo acceso a lo simbólico y, por ende, en cómo se articula el sujeto en tanto sujeto deseante, aferrado a la configuración del lenguaje (Michaud, 2003).

Entonces, el quiebre o hiancia dice relación con que la forclusión repercute en los ordenamientos estructurales, el registro de lo Real y lo Simbólico por vía de lo Imaginario, a través del entendimiento de las operaciones psicóticas (Dor, 1996). Ahora bien, respecto a la forclusión en las psicosis, Nasio (2000) reorientó que el advenimiento del Nombre del Padre es un elemento que interviene en una función. Es decir, tiene una funcionalidad que cumplir en la estructura psíquica, mucho más allá de remitir su valor a lo que es en sí mismo. Por ello es por lo que habría que separar dos lineamientos que se ponen en juego, en

distintos lugares y con distintos alcances: por un lado, visualizar la dinámica sustitutiva de la metáfora “Nombre del Padre” y, por otro carril, el lugar en donde ese “significante cualquiera” que se haga parte de la sustitución, aparezca (Dor, 1996). Finalmente, el significante que se haga parte de la aparición es el que se constituye como Nombre del Padre.

Entonces, siguiendo la idea de Nasio, la forclusión como operación no consistiría necesaria y exclusivamente en el no advenimiento del significante “Nombre del Padre”, sino en el movimiento que lo instala en el sitio de significante primordial cuando se realiza el llamado (Ibid.). Esto significa que es la dinámica la que está forcluida y no el elemento mismo en movimiento, posibilitando diversas formas de desarticulación o de ordenamiento que, finalmente, permiten matices en los desenganches o problemáticas de las psicosis y, quizás, abrir la posibilidad de reinstaurar aquello no acontecido.

En la misma línea, Nasio (2000) agrega que la forclusión en pacientes psicóticos no siempre implica afecciones globales, sino que también pueden apreciarse “forclusiones locales”, concepto avalado por la clínica: “En el lugar de una realidad simbólica abolida, aparece una nueva realidad compacta alucinada que coexisten en el mismo sujeto con otras realidades psíquicas no tocadas por la forclusión” (Ibid., p. 29). En el abordaje clínico con pacientes psicóticos es apreciable la pluralidad de realidades psíquicas, donde no necesariamente hay una escisión global con la realidad. Cuando el paciente psicótico no se encuentra en la crisis delirante, es apreciable cómo conserva un vínculo con su medio exterior (Nasio, 2000).

III. Psicosis y la irrupción de lo Real

Lo interesante de la construcción estructural en pacientes psicóticos es que, al momento de encontrar la necesidad o la misma imposición de tener que referirse a una metáfora paterna allí donde no se encuentra simbolizada, es que el advenimiento de la metáfora “Nombre del Padre” se vuelve aparentemente imposible. Ahora bien, podría configurarse una operación psíquica organizadora que le permite retornar, ya no desde el registro simbólico, sino que a partir del registro de lo Real (Calligaris, 1989). Lo que la organización psicótica configura es la construcción de una metáfora, homologable a la

metáfora neurótica. Esta se gesta de un modo distinto a la simbolización de la metáfora paterna (estructuración propia de la neurosis y las perversiones): a propósito de la configuración de la función paterna en lo Real es que la metáfora, podría afirmarse, corresponde al delirio (Ibid.).

Respecto al lugar de lo Real, Michaud (2003) explica que este se articula, se organiza y puede ser dominado por cualquier sujeto que sostenga firmemente los pilares significantes dentro del universo simbólico y en donde no falte ningún significante. Pero cuando un significante falta, las condiciones en las que el sujeto pueda articular su propia vivencia de la realidad se modifican, porque ya no es posible sostener la posibilidad de imaginar sobre aquel fondo; el delirio irrumpe cuando la realidad y lo imaginario se confunden, de allí lo que surge es lo Real de la falta (Michaud, 2003).

Lo Real remite a algo que es irrepresentable, irrumpe como imagen y no espera la aparición de la palabra; es decir, se encuentra allí como la cosa misma, idéntico a su existencia (Ibid.). Para la autora, todo significante que no esté inscrito en el registro de lo simbólico reaparece consecuentemente en lo Real en forma de delirio o alucinación, como una suerte de suplencia metafórica frente al fallido accionar de la función paterna (Michaud, 2003). De hecho, Freud (como se citó en Firpo, et al., 2000), acuña respecto al delirio: “Negación necesaria para que reconstruya una nueva realidad, que debe ser escuchado como un intento por curarse” (p. 94).

El señalar, a propósito de la psicosis, que el delirio es el intento reconstitutivo de una cierta metáfora paterna en lo Real; implica subrayar que en la psicosis hay articulación, aunque opere de manera distinta a la de la neurosis. En la misma línea, Benedetti (1996) no concibe al delirio como una producción deficitaria sino como un intento de retomar lo escindido, de cubrir lo que no ha podido ser representable y que no puede ser extraído porque es constitutivo de la propia construcción psíquica. Y es mediante la creación del lugar psicoterapéutico que acoge dicha experiencia psicótica, que se posibilitarán consecutivos trabajos de articulación y la inauguración de un diálogo. Michaud (2003) caracteriza a ese lugar como un espacio tercero, sostenido por la transferencia: lugar de chora semiótica en un inicio, que posibilita la aparición y construcción de “figuras de lo Real” (alucinaciones, delirios).

Ejemplos clínicos que dan cuenta de formas de estabilización en las psicosis son señalados por Michaud (como se citó en Dor, 1996), quien al observar las manifestaciones clínicas de pacientes esquizofrénicos y paranoicos precisó que en los primeros hay un férreo intento de imaginarizar lo simbólico, mientras que en los pacientes paranoicos el esfuerzo se ubica intentando simbolizar lo imaginario. La vivencia de estos últimos tiende a estar permeada por la invasión de lo imaginario y el corte con lo simbólico, y cómo este no logra articular la simbolización dado que todo lo convierte en signo (es decir, todo le sirve para construir un sentido).

Respecto al delirio de ciertos pacientes paranoides, Calligaris (1989) precisa que la problemática central se sitúa desde lo que podemos denominar como “comunicaciones” (ondas magnéticas, mensajes cifrados, entre otros). Pero dicha problemática ¿en qué lugar se pone en juego? Por un lado, provee de una suerte de amarre central, que permite la significancia pero que se encuentra articulado desde lo simbólico. No obstante, hay conocimiento que esta ligadura estaría también contenida en lo Real, entonces “¿Cómo se resuelve la cuestión de la comunicación entre dos registros diferentes?” (Ibid., p. 24). Justamente de eso se trata el delirio, de una función paterna que vuelve en lo Real, pero con la cual el sujeto intenta darle una significación simbólica. El sujeto, entonces, arma una significación propia, que no está garantizada por ese lugar simbólico.

Ahora bien, es necesario precisar que no siempre ocurre la conformación de una metáfora delirante en la articulación de una estructura psicótica, porque no en todos los casos ha existido un enfrentamiento con una crisis que le exige al sujeto referirse a una función paterna o la construcción de ella, mediante el delirio (Calligaris, 1989). No por ello ese paciente deja de configurar su funcionamiento anclado a la psicosis. En contraposición, “si un sujeto ya atravesó por lo menos una crisis -a no ser que esté en crisis o que se haya instalado en la crisis como estado permanente-, ya constituyó un delirio para salir de esta crisis” (Ibid., p. 10). Lo anterior no implica que ese paciente se vea evidentemente delirante, es completamente posible que se adapte en el contexto social; no obstante, la propuesta de Calligaris es que la salida de la crisis (aunque haya sido una) tuvo lugar por medio de la creación de algún entramado psíquico homologable a la metáfora paterna, pero en lo Real.

Justamente en estos casos donde no es plenamente evidenciable el quiebre, el sujeto aparentemente psicótico no solo se encuentra tomado por la función de lo Imaginario y lo Real. De allí queda preguntarse ¿cuál es su amarre simbólico? ¿Es posible pensar en alguna significación subjetiva? Lo que allí se desliza es que el paciente psicótico se encuentra tomado por el habla, pero de manera metonímica; no es un sujeto de lenguaje.

Ahora bien, la clínica con pacientes psicóticos muestra que existe una suerte de significación, pero teniendo en cuenta que el amarre metafórico se da un lugar distinto que en la neurosis y que está mediado por lo Real: se trataría de una metaforización que no es fija, es decir, es singular (Michaud, 2003). Esto significa que es enigmática, varía según cada sujeto, se trata de una significación sin amarre central, a diferencia de lo que ocurre en la neurosis.

IV. Psicosis y el gran Otro

A propósito del ordenamiento de los tres registros es que el Otro se constituye como el *“tesoro de los significantes”*, en tanto lugar donde se sitúan e inscriben las diversas significaciones que, en última instancia, constituyen lo que se denomina como *“campo del saber”*, al alero del registro simbólico (Lacan, 1956).

Así, en primer lugar, la importancia de la inscripción del Padre en el lugar del Otro se torna central: La inscripción del significante del NDP permite la inscripción de la significación fálica en lo imaginario y funciona como un ordenador interno que permite establecer las relaciones entre significantes. La inclusión de este significante en el Otro produce un conjunto con todos los significantes: en la psicosis, este significante es elidido a través de la forclusión del NDP por lo que queda un agujero en el Otro que lleva a una recomposición del orden del mundo. (Lacan, 1956, p. 102).

El lugar que ocupa el Otro en la constitución psíquica se remonta a la infancia, en tanto la construcción de este espacio es lo que permite la posibilidad de existencia de cualquier sujeto (Ibid.). En las neurosis, este es un lugar asimétrico que (a lo largo de la vida) es encarnado por distintas personas, en la medida que constituye un eje simbólico

propio del sujeto. Es decir, cuando se solicitan respuestas al Otro, estas se encuentran mediadas por el plano de lo simbólico. En las psicosis, como dichas respuestas se articulan desde lo Real, repercuten en que el sujeto se enfrente a un Otro inigualable: se relaciona desde la perplejidad, porque lo que se encuentra en esa relación con el mundo no es del orden de la significación simbólica (Michaud, 2003). Si no, más bien, se forja un vacío debido a que no sucedió la inscripción que debió acontecer.

Así, la función paterna no puede cumplir con la formalización del complejo de Edipo a partir de la reducción metafórica, es decir: "Alzar un obstáculo frente al goce incluido en la relación madre-niño, trazando una tachadura sobre el deseo de la madre y oponiéndose a la instauración de una completud imaginaria" (Maleval, 2000, p. 7). Esto incide directamente en la posibilidad de que el sujeto advenga como sujeto barrado, así como de barrar el goce del Otro. Como el deseo materno no está simbolizado, se corre el riesgo de tener que enfrentarse al deseo del Otro como un goce sin límites, y es que el agujero en el lugar del Otro sella lo ilocalizable del goce; volviéndolo una experiencia enigmática y viéndose forzosamente enfrentado a la aniquilación de sí mismo, de su propia existencia (Michaud, 2003).

Esto implica que el sujeto queda al capricho del puro deseo del Otro originario, a saber, la madre: muchos casos de relaciones fusionales respecto de un sujeto y el espacio materno dan cuenta de esto, sobre todo en casos de adolescentes (Ibid.).

Así, la configuración del mundo del paciente psicótico se centra en la dificultad de poder distinguir con claridad el yo del no-yo, pues no es capaz de verse a sí mismo sino a través de cómo es percibido por los otros: se ve a través del espejo del otro, confunde interior y exterior, sujeto/objeto, entre otros (Benedetti, 1996).

Lacan señala "En el psicótico, más allá de la realidad, hay un Otro que le dice cosas" (Lacan 1956, p. 25). Es como si el Otro fuese alguien que tuviese su propia articulación de subjetividad, imponiéndose sobre el sujeto. Esto se ejemplifica en muchos relatos de pacientes psicóticos, quienes refieren a algo o alguien que entrega un mensaje referido directamente a sí mismos. Aquello es aún más evidenciable al apreciar que el paciente psicótico, muchas veces, percibe la realidad como un mensaje cifrado, volviendo

persecutoria su relación con esta. En la paranoia, teniendo en cuenta que falta un significativo en el Otro, se concibe la reconstrucción del mundo mediante alguna figura que ubique al sujeto en torno a una referencia paterna, pero de forma más radical, ubicando allí a un Dios o a un ser que todo lo ve y que le envía un mensaje (Miller, 1998). La construcción del sujeto psicótico radicaliza la consistencia y exigencia del Otro. Se trata de la única forma de sostener ese espacio, el sujeto debe tejer una red que lo proteja de la demanda del Otro porque, como ese saber no tiene un sujeto supuesto (a diferencia de la neurosis), es el mismo quien tiene que producir dicho espacio o tejido de saber: “De allí la necesidad de una errancia infinita que de hecho es como la tarea de una araña que tratara de encapsular preventivamente a un enemigo del tamaño del mundo” (Calligaris, 1989, p. 8).

V. Las psicosis: Cuando la clínica invita a repensar el concepto

Resulta innegable que el psicoanálisis ha intentado precisar los elementos comunes de lo que se entiende por psicosis, no obstante, la heterogeneidad de sus formas clínicas justifica que hablar de “la psicosis” sería problemático: más bien, sería pertinente referirse a “las psicosis”, en plural. Cada articulación psicótica es singular en su formación, por lo que no es menor la complejidad de intentar agruparlas en ordenamientos psicopatológicos. Los planteamientos de Nasio (2000) son muy claras al señalar que, teniendo una serie de contenidos clínicos de larga data, no podría aseverarse que la psicosis corresponde a una entidad única.

Calligaris, en su texto “Para una clínica diferencial de las psicosis” (1989), plantea de entrada que el psicoanálisis no es una clínica fenomenológica, sino más bien estructural. El diagnóstico es posible mediante el trabajo clínico en la transferencia: es decir, este acontece en la transferencia misma, considerando el lugar en el que el paciente ubica al terapeuta y el modo en que organiza su discurso.

¿Por qué mediante la transferencia? Porque el lazo transferencial es lo que permite desplegar la estructura de cualquier paciente. Así, lo que nos permite hablar de psicosis, desde el psicoanálisis, no se sitúa en las manifestaciones comportamentales o descriptivas tradicionales, sino en el despliegue de la estructura en la experiencia clínica. Y esto permite, a su vez, señalar que resulta posible hablar de psicosis aun cuando no existan crisis y/o

fenómenos elementales tales como el delirio, o alucinaciones de variada índole, entre otros (Calligaris, 1989).

Es importante señalar esto porque, tal como señala Miller (1998), resulta incuestionable que hay cada vez más pacientes psicóticos en análisis, con síntomas mucho más discretos. Así, siguiendo los diagnósticos clásicos se ha identificado una serie de casos inclasificables, donde el quiebre es más bien sutil, pudiendo pasar desapercibido por los otros (incluso por algunos analistas), y con ausencia de fenómenos elementales (neologismos, alucinaciones, entre otros) (Miller, 1998). Estos casos parecieran encontrarse en un intermedio, ya sea como psicosis compensadas, psicosis no desencadenadas, psicosis medicadas, psicosis ordinarias, psicosis en terapia, entre otras denominaciones (Ibid.).

Dicho esto, el punto de referencia que permitiría dar cuenta de la psicosis, aun en la multiplicidad de sus manifestaciones clínicas, se basa en consideraciones o elementos estructurales. Por ello es por lo que se pone especial atención en ciertos elementos de la vida psíquica, tales como la inscripción del Nombre del Padre, la articulación y organización de los tres registros, la configuración del lugar del Otro, entre otros.

Este abordaje permite dar cierta apertura a lo que se denomina teoría clásica del “desencadenamiento”, en tanto allí el punto de inflexión se juega en la lógica del significante de forma binaria, del todo o nada (Miller, 1998). Lo que significa que la consideración de los fenómenos clínicos depende de la predominancia del significante “Nombre del Padre”. Lo problemático de este planteamiento es que la variedad de fenómenos corporales queda anudados a la norma anteriormente señalada, obviando la relativa autonomía que estos tienen, por ejemplo, en relación con la función del Otro (Ibid.).

Por otra parte, posteriormente al escrito “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, Lacan desarrolla los seminarios del “Sinthome” y “RSI”. En estos despliega la posibilidad de reorientar la comprensión y el abordaje de la psicosis como variaciones clínicas, más allá de la clínica estructural (presencia o ausencia del Nombre del Padre), considerando la opción de lo que se denomina “reenganche”. Hay algo que se encuentra desanudado del nudo borromeo, y que mediante el sinthome puede

anudarse al registro de lo simbólico, articulando una configuración que le permita operar psíquicamente y, a su vez, evitar la posibilidad del desencadenamiento o crisis psicótica.

Miller (1998) retoma la idea del “reenganche” en su texto “Las psicosis Ordinarias”, para dar cuenta de estos casos de psicosis que no han presentado quiebres propiamente dichos, ni se encuentran completamente desanudados ni extraídos de la realidad, pero que de igual forma son parte de lo que se denomina como “psicosis”. La puntualización Milleriana apunta a localizar aquello que en un determinado momento se “desenganchó” en relación con el Otro, encuentro que permitiría, a su vez, la posibilidad de cura en el sentido de un posible reenganche (Miller, 1998).

De esta forma, en las “Psicosis ordinarias” (Miller, 1998), lo problemático se centra en el desorden que puede sentirse respecto al mundo y que puede situarse en la vivencia social, corporal y/o subjetiva. En cada una de ellas, lo que el sujeto psicótico realiza es una acción tendiente a articular, de la mejor manera, lo que su psiquismo le permita en aquella área más conflictiva. Esto sólo podrá develarse en la medida que en la clínica se potencie un espacio de encuentro entre el analista y el paciente, en pos de (inicialmente) configurar el lazo transferencial para que, en un segundo momento, se pueda trabajar con aquello que surja. Ya sea como Michaud (2003), usando los métodos proyectivos de la imagen del cuerpo o la utilización del espacio metonímico que permita desplazar investiduras, o bien la acogida de los signos mediante el delirio, entre otros. Tal como señala Abarzua (2018), estas son formas novedosas y alejadas de la clínica clásica freudiana y que sitúan al analista como alguien que, en primera instancia, tiene que ser un soporte real y concreto, porque el sujeto psicótico vive de una cierta destrucción: “Destrucción del mundo objetual que nos recuerda cada vez que se trata de una subjetividad arrasada y no sólo de un cuerpo que enferma” (Michaud, 2003, p. 68).

Caso clínico

El caso a trabajar es el de una adolescente, a quien llamaremos Pamela, quien primeramente llegó a consultar junto a su madre por una serie de reacciones impulsivas que escapan de su propio control, generando profunda angustia y culpa, alterando la cotidianeidad de su vida.

Al inicio de la terapia, Pamela se mostraba sobrepasada emocionalmente, ante todo por la angustia que le suscitaban estas reacciones. Esto se apreciaba en lo señalado por la misma paciente, relato concordante con la rigidez corporal que presentaba, junto con intensos episodios de llanto que -a su vez- generaban la aparición de rabia, no solo por el llanto suscitado sino también por las temáticas que inicialmente se abrieron en el espacio terapéutico.

Los episodios disruptivos que en un inicio Pamela señalaba, dicen relación con que la paciente trabajaba junto a su madre en la construcción de artículos. Frente al resultado de dichos productos que, en palabras de la paciente, *“no quedaron como los pensé en mi mente”*; se frustraba y alteraba hasta el punto de romper todo a su paso y gritarle a su madre o a un otro que se encontrara ocasionalmente. Los recuerdos de tales episodios eran difusos. Pamela señalaba *“me voy a rojo y a negro, es como si la rabia me bloqueara el pensamiento y luego que dejo la embarrada me doy cuenta de todo lo que hice o rompí”*.

Dichas situaciones se daban -en general- en el contexto laboral, aunque también en situaciones del diario vivir, como por ejemplo frustrarse frente al desorden de otros miembros del núcleo familiar, lo que consecuentemente había generado que Pamela se alterara de sobremanera, gritándole de manera desmedida a un otro, llorando o rompiendo algunos artículos. Estas situaciones descolocaban principalmente a su núcleo familiar quienes, frente a no saber muy bien qué hacer, respondían desentendiéndose o enfrentándose con ella, y es su madre quien generalmente la reprendía. De igual manera, el ambiente familiar frente a estas situaciones era de desconcierto, por el nivel de intensidad de la situación y por la extrañeza de *“estos arranques”* en Pamela, que aparecieron en los últimos años previos a la consulta. Es por ello que su demanda inicial se situó en poder controlar su impulsividad, en donde la rabia y la frustración se tornaron protagonistas.

Las relaciones familiares en general eran tranquilas, en palabras de Pamela todos se llevaban bien excepto ella con su tía.

Pamela lograba hablar de su cercano vínculo con su madre, quien era mediadora en estas disputas y fundamental en la vida de Pamela; la distante relación con su tía; pero no mostraba interés en hablar sobre su relación con su hermano, más que decir que existía una buena relación. De hecho, cuando se intentó indagar en esto, la paciente se mostró un tanto incómoda y apareció la rabia en la relación transferencial, por lo que inicialmente no fue un punto de indagación, dadas las resistencias que levantaba en la paciente.

Al momento inicial de indagar en su historial clínico, médico y psicológico, Pamela señaló la habitualidad de asistir a espacios hospitalarios como este, debido a un extenso historial médico de enfermedades somáticas detectadas hace algunos años, que constantemente le impedía poder realizar actividades físicas y que habitualmente hacía irrupción con importantes e interferentes dolores. La paciente señalaba sentirse forzosamente cómoda en estos espacios hospitalarios y habituada, sin ningún reproche a nada ni nadie respecto a estas enfermedades.

Respecto a estas enfermedades, Pamela señalaba la compleja irrupción de dolores que constantemente presentaba y que incluso habían implicado hospitalizaciones a lo largo de su vida. De hecho, durante los dos años de terapia, dos veces tuvo que internarse por los altos niveles de dolor. Es necesario señalar que, durante los últimos meses de terapia, a la paciente se le diagnosticó una nueva enfermedad.

En relación con el cuadro psicológico/psiquiátrico, Pamela relató un sin fin de tratamientos de ambos tipos, desde hacía al menos ocho años. El ingreso a psiquiatría se realizó luego de un intento de suicidio en la infancia, lo que implicó el inicio de la ingesta de medicamentos psiquiátricos y el seguimiento constante, aproximadamente cada uno o dos meses, hasta la actualidad. Si bien la paciente tuvo pequeñas interrupciones en dichos tratamientos, nunca hubo suspensión de los medicamentos, tratamiento que por lo demás apuntaba (como hipótesis diagnóstica) a una depresión de índole neurótica. E incluso Pamela señaló, en las primeras sesiones, que sus crisis podían deberse a que se encontraba hace un tiempo sin medicación psiquiátrica; por lo que decidieron ir a sesión

particular con la madre para poder obtener la receta y acceder a dichos fármacos, lo que mostraba la necesidad de estos para la paciente.

El tratamiento psicoterapéutico se inició de forma paralela y por el mismo motivo que para el abordaje psiquiátrico. Lo que primeramente señaló Pamela respecto a esto es *“yo he pasado por un montón de psicólogos y psicólogas, entre que me gustan y no, entre que se cambian de trabajo y así...”*. Pamela tuvo variados procesos psicoterapéuticos anteriores, en donde ella señaló que se trabajó la temática de su intento de suicidio, sus problemas con el padre y (en la última terapia) las dificultades con las enfermedades diagnosticadas. Justamente, la necesidad de continuar con un proceso psicoterapéutico ocurre por la derivación de la psicóloga tratante anterior, quien diagnostica a Pamela con un severo cuadro depresivo, de índole neurótico, expresado en episodios frecuentes de llanto (síntoma evidente en las primeras sesiones). Es preciso señalar que estas estuvieron marcadas por la indagación de temáticas que no implicaran un desborde emocional, o en donde Pamela no levantara barreras defensivas en el incipiente lazo transferencial.

Posteriormente, con la ingesta de los medicamentos psiquiátricos, hubo una atenuación afectiva: en palabras de Pamela, gracias al uso de estos. No obstante, a lo largo del trabajo psicoterapéutico -y pese a la farmacología en uso, que aumentó durante la terapia-, la angustia y la amenaza de desborde emocional se volvió una constante propia del funcionamiento de la paciente, sobre todo frente a situaciones que iban más allá de su propio control. Sumado a esto, si bien hubo un incremento de fármacos para paliar la sintomatología (dejando fuera a la atenuación afectiva), Pamela mantuvo la mayoría de los malestares e incluso aumentaron su intensidad hacia el fin de la terapia.

Respecto a esto último, y sumado a los episodios de impulsividad, es que al inicio de la terapia aparecieron dificultades al tener que enfrentarse al establecimiento educacional al que regularmente asistía. En palabras de Pamela, *“siempre el colegio fue un lugar al que asistí por obligación, me aburría y mis compañeros siempre fueron inmaduros y raros, la verdad nunca tuve amigos y a medida que crecí me empezó a parecer más intolerable el compartir con ellos”*. Producto de esta dificultad es que la asistencia a la escuela se tornó insostenible, por la angustia que le suscitaba, más aún cuando la única amiga de Pamela emigró del colegio.

A partir de esto es que la paciente empezó con crisis de angustia y reacciones psicossomáticas varias. Por ello es por lo que, en decisión conjunta con la madre, optaron porque Pamela rindiera exámenes libres resguardando la salud mental de la paciente, para quien se hacía insostenible vincularse con la escuela sin que esto implicara grandes episodios de desborde emocional.

La historia escolar de la paciente está llena de vagos recuerdos, no obstante, según lo señalado por ella y por su madre, el ingreso a prekínder ocurrió en completa normalidad. Pamela recuerda que tenía motivación por conocer lo que era el colegio, pero desde un inicio le pareció más bien monótono y nunca se sintió completamente cómoda. Si bien siempre fue una buena alumna, posición que conservaba hasta entonces, señalaba que le llamaba la atención por qué terminaba las tareas rápidamente y se ponía a dormir o a hacer otra actividad, todo esto en solitario porque el mundo escolar le pareció siempre ajeno. En palabras de Pamela, *“como un bicho raro”*. La paciente señaló que dicho malestar se fue desarrollando de manera progresiva a medida que fue creciendo, aun cuando ella señala que siempre le resultó extraño el ambiente educacional.

Lo anterior se vincula de igual forma con su vida, que esta ha estado marcada por la casi inexistente relación con pares, debido a que en su infancia le parecían indiferentes y por lo mismo no buscaba entablar dichos vínculos, más allá que con su propia familia y principalmente con su madre. A medida que fue creciendo y considerando que el contexto escolar la hacía compartir espacios con pares, comenzó a sentirse ajena respecto a las vivencias que compartían sus compañeros; de hecho, para Pamela se volvieron cada vez más raros e inmaduros, dejando en evidencia la casi nula conexión entre las vivencias de la paciente y las de sus compañeros. Frente a esto, la paciente se replegó principalmente hacia su madre, a quien señala como su única amiga en la actualidad.

La intensidad de esta molestia se acrecentó a medida que fue creciendo y también durante la terapia. En el inicio de esta, Pamela señaló sin problemas que sus dificultades derivaban de las crisis de angustia que experimentaba al encontrarse en el recinto educacional. Pero, al momento de entrar con mayor detalle sobre la temática escolar en sesión, la paciente señalaba no recordar mucho y posteriormente manifestó algo de molestia frente a este tema, que no le acomodaba.

Posteriormente, en las consecutivas sesiones, fue Pamela quien desplegó su molestia al solo tocar la temática escolar, pero la intensidad de esta fue mayor que en un inicio, produciendo intensos momentos de llanto que tensaron las sesiones. Esto se evidenciaba cuando la paciente pensaba siquiera en pisar la escuela, decía “*¿Por qué el colegio me hace esto a mí?*”. Al respecto, no lograba identificar que había exigencias que derivaban de un protocolo institucional, en vez de un ataque personal. En esta fase de la terapia, muy atravesada por la rabia proyectada y tomando en consideración los elementos señalados, es que el trabajo se orientó a no obligarla a asistir al recinto educacional (tal como el colegio exigía, lo que le generaba importantes episodios de angustia), con la finalidad de abrir espacios de trabajo psíquico (mediaciones simbólicas) en un lugar donde ella no repitiera el ataque que creía recibir del colegio.

Cabe decir que este momento de la terapia es central porque, a partir de lo relatado por Pamela sobre el colegio, es que se comienza a esbozar la dificultad en poder discernir entre un ataque personal y exigencias o situaciones que responden a otras variables (ideas cercanas al tinte paranoide). De tal manera es que, dos sesiones después de dicho momento aparecen una serie de ritos que constaban desde no mirar al colegio cuando pasaba cerca de este en automóvil, hasta encerrarse en su cuarto a la hora de salida de compañeros, administrativos y profesores, con la finalidad de evitar que la vieran. Esto porque, en palabras de Pamela, todas estas personas no eran más que chismosas y mentirosas que en algún punto buscaban hacer daño a otros; idea que se vincula en gran medida al discurso materno y que se plantea como argumento central del por qué Pamela no quiere estar ahí ni vincularse con ellos y ellas.

Pese a que Pamela no lograba encontrar una razón del por qué lo educacional comenzaba a desagradarle, esta sí relata e insiste en la idea de que las personas se vinculaban con los chismes (especialmente en este espacio, aunque no exclusivamente en este), particularmente sobre su historia familiar o su cuadro médico. En palabras de Pamela, “*yo sé que no me preguntan por saber de mí, sino que me preguntan de chismosas, nadie pregunta de buena fe*”. Si bien no hay una relación temporal entre el diagnóstico de sus enfermedades y el inicio del malestar escolar, ya que este último aparece desde sus primeras experiencias en la escuela, algo de esto puede estar entramado en una configuración fóbica.

Es necesario señalar que, hasta ese momento de la terapia, si bien no existía un diagnóstico claro, se hipotetizó (con serias dudas) la posibilidad de estar trabajando con una paciente de funcionamiento neurótico, cercano a la neurosis obsesiva. No obstante, la primera aparición de estas ideas supone un punto de inflexión en la comprensión psicopatológica del caso, relativo a considerar la posibilidad de una estructuración psicótica.

Así, a lo largo del relato de Pamela aparece una evidente desconfianza con el mundo circundante en el que se encuentra inserta, pese a ello logra entablar relaciones familiares, sobre todo con los adultos, focalizando inicialmente sus dificultades en el mundo escolar. Adquieren relevancia las ideas de este orden como un posicionamiento respecto del mundo, ideas que inicialmente aparecen solo en el contexto escolar de manera solapada, pero mediante avanza la terapia se vuelcan en otros espacios, adquiriendo sentido el porqué de los altos niveles de angustia. Pese a ello, la relación de Pamela con sus médicos tratantes, psicólogas, amigas de su madre y familia se desarrolla sin generar ninguna sintomatología similar a la descrita. Es más, para el entorno de Pamela (ya sea médico o familiar) el único lugar donde existen problemas es en la escuela, porque no se hace evidente el malestar en otros contextos.

No hay que perder de vista que, si bien la problemática central que se despliega en la terapia pareciera ser el vínculo con la escuela, pudiendo marcar esto como una complejidad social particular, esta no es la única que aparece. Es decir, cuando la angustia respecto a la vivencia escolar se aplaca, en concordancia con la sugerencia de que Pamela no sea forzada a asistir al recinto educacional, deja entrever otras dificultades en las relaciones sociales que no aparecían tan notoriamente, por la angustia que le sobrellevaba lo escolar. Esto dice relación con que, al momento de realizar celebraciones familiares en su hogar (Pamela no asistía a ninguna celebración, a no ser que fuese en su casa), comenzó a sentirse invadida por gente que conocía pero que no eran de su círculo cercano. Primeramente la vivencia era de incomodidad, luego apareció angustia frente a la posibilidad de que personas estén en su espacio, lo que lleva incluso a que Pamela se encierre en su cuarto con crisis de impulsividad, llanto y angustia hasta que las celebraciones o juntas finalicen. Lo que señala Pamela aquí también se vincula con vivencias persecutorias, en tanto entran en un espacio “hogar” (sagrado para ella) y la invaden su propio espacio personal, mirándola, hablándole, sonriéndole; situaciones que la

angustian nuevamente y la vuelven a poner en el terreno de los chismes. Dichas experiencias intensas disminuyen a lo largo del tiempo, pero luego vuelven a irrumpir (lo mismo con lo escolar) y, particularmente, este último relato se instala como una nueva problemática al final de la terapia.

Al inicio de la terapia, la dinámica transferencial estuvo más bien centrada en el padecimiento (angustia) de la paciente, pero a medida que fueron sucediendo las sesiones aparecieron variados momentos en donde Pamela proyectaba rabia y desconfianza del espacio terapéutico, sobre todo respecto a la siguiente temática familiar. Por lo que, sobre todo en los primeros seis meses de terapia, constantemente había que tomar resguardos para que Pamela no se sintiese cuestionada, juzgada o traicionada. Posteriormente a esto, el vínculo terapéutico fue más estable y el espacio se forjó como un lugar seguro, tanto así que cuando se suscitaban estas ideas de esconderse en su cuarto y quedarse en su casa, el único espacio donde ella lograba salir de su hogar fue para asistir a la terapia.

El señalamiento familiar que al inicio de la terapia levantó los más altos mecanismos defensivos en Pamela, tiene que ver con una situación familiar.

La paciente siendo niña, recibe un llamado telefónico enterándose de una situación de infidelidad del padre. A partir de esta situación se generó una fuerte discusión entre ambos padres, en presencia de la paciente, y de esto solo recuerda que el padre le señala "*Pamela, eres una mentirosa*". Acto seguido, la paciente intenta suicidarse debido a lo intolerable que le parecieron los dichos del padre. Esto marcó un momento crucial en la historia de la paciente, en tanto posteriormente apareció sintomatología de variada índole, sumada a la que ya estaba presentando (conflictos escolares).

Pamela conserva vagos recuerdos anteriores y posteriores a esta situación, se configura un padre al cual no quiere referirse, sobre todo al inicio de la terapia. En la primera sesión, Pamela señala "*Yo no vine a hablar de él aquí, arranqué la página de mi vida y además ya lo hablé con la otra psicóloga*". Por lo que no era posible siquiera mencionar al padre, posteriormente -frente a una situación que lo involucraba- es que terapéuticamente se decidió ir rodeando el tema, pero sin tocarlo directamente porque el solo señalarlo provocaba en la paciente un llanto intenso, gran pesar y rabia. Cuando el padre logra

aparecer en terapia, lo que había era un sujeto desdibujado al que Pamela se refería como “él” y del que no era capaz de recordar nada más que la situación ya señalada.

Al momento de indagar en la historia con el padre, parecía que algo de la vivencia persecutoria de Pamela se reactivaba en terapia, justamente por esta idea del ¿Por qué quiere saber de él? ¿Para qué?, algo así como si el otro (psicóloga) estuviese en la búsqueda del chisme, por lo que rápidamente se levantaron escisiones y proyecciones intensas en el proceso transferencial. Pese a ello, cuando la paciente fue capaz de referirse al padre, este apareció como un progenitor caracterizado negativamente; junto a una escena interesante de relatar, posterior al divorcio de los padres. Esta dice relación con que un día el padre lleva a Pamela a su lugar de trabajo, allí esperaba en un living, donde solo recuerda ver una mesa llena de botellas de alcohol, cigarrillos, sostenes y suciedad. De inmediato ella se dirige a un cooler y dentro de este solo había calzones rojos. La paciente no logra explicar muy bien por qué trae esta escena a sesión, ni tampoco la entiende, pero señala que no puede desligarse de esta al pensar en el padre, por lo que no era solo un mal padre y mentiroso, sino que esto demuestra que él es, en palabras de Pamela, un *“mujeriego y un sucio”*.

Estos son los únicos relatos que aparecen inicialmente respecto al padre, posteriormente este comienza a aparecer en sesión, traído por Pamela, y lo que se despliega ahí es el malestar con un progenitor que abandona, versus una madre que se está haciendo cargo de los hijos.

En esta interrelación maternal y paternal es que aparece, por un lado, un padre desdibujado; y por otro, una madre omnipotente en todos los aspectos posibles. Así, respecto a la relación madre-hija, en terapia se plantea como algo inquebrantable. Pamela señala a su madre como quien la sostiene en este mundo de chismes y mentiras, una persona incuestionable e intachable, en quién confía plenamente.

A partir del propio discurso de la paciente es que se visualiza la profunda cercanía de ambas, abriendo dudas incluso respecto a las posibilidades del necesario cuestionamiento a su madre. Esto se evidencia al momento de encontrarse en sesión, donde aparece el discurso de la madre hablado por la paciente; el lugar de omnipotencia

en la que ubica a su madre, como “*quién me cuida de este mundo hostil o raro*”, “*nunca sería capaz de cuestionarla, porque sus decisiones son las correctas*”, dejando en evidencia que en ningún momento de su relato aparecen quejas o molestias con los mandatos maternos. Incluso, en un momento de la terapia Pamela señala “*Una vez fuimos a la playa, y a mí me encanta bañarme, nadar y todas esas cosas.... en un momento mi mamá no me veía y obviamente se asustó, me vio a lo lejos nadando y me llamó. Yo no la escuché, pero cuando salí del mar me dijo que nunca más me quería ver lejos de su lado*”. Posteriormente a este relato, en la misma sesión, Pamela comenta que al día siguiente despertó con inflamación de sus tobillos, lo que no le permitió bañarse y la obligó a quedarse en casa junto a su madre.

Lo interesante de esta dinámica es volver sobre su demanda inicial, que justamente se trata de irrupciones impulsivas que recaen en la madre y es esto justamente lo que la trae a consultar con preocupación, no solo a Pamela, sino que a su madre y a todo su círculo familiar.

La importancia de hacer entrar al padre -al menos en términos simbólicos- en el trabajo psicoterapéutico, tiene relación con poder poner límites a una madre que aparece como un ser omnipotente e incuestionable, en torno a quien gira Pamela, apropiándose del discurso materno, sobre todo respecto a preceptos morales rigidizados que ponen en tensión la experiencia social de la paciente. Aquí el trabajo psicoterapéutico se definió como un abordaje desde la psicosis, focalizado principalmente en crear mediaciones simbólicas como una posibilidad de sostén, allí donde originariamente no fueron inscritas.

Volviendo sobre los preceptos morales, una de las temáticas que aparecen en el discurso de Pamela y que encuentran origen a partir del discurso materno, pero de igual forma en la misma vivencia de la paciente, tiene que ver con las mentiras (significante fundamental respecto a la escena familiar con el padre). Pamela aboga por alejarse de cualquier modo de las mentiras, aunque eso implique alejarse del mundo, ya que ella es consciente que mentir es algo casi inevitable en los seres humanos. Pese a ello, la paciente no es capaz de mentir, sea cual sea el motivo (el solo pensarlo le suscita angustia), ahí se encuentra un precepto inquebrantable, tanto en ella como -en menor medida- en su madre.

Por lo mismo, se vuelve latente la idea fantasiosa de excluirse ambas (Pamela y su madre) del mundo de mentirosos. En palabras de la paciente, *“de estas malas personas”*.

Dicha idea es claramente evidenciable en el discurso materno mismo, madre que se considera una mujer frontal y clara al decir las cosas. Aparece una madre que se muestra intachable pero humana, por lo que puede cometer errores, aunque intenta que sean los menores. No obstante, aparece rápidamente lo que la madre plantea como *“mentiritas piadosas”*, en donde señaló la idea de decirle a Pamela que tiene que ir a unas clases en el colegio porque este lo exige, aun cuando se trata de una idea de la madre y no de una exigencia escolar.

Lo que aquí se hace evidente es un mundo hostil de chismes, en donde pareciera ser que nadie del círculo de Pamela está exento y en donde, si bien la idea de evitar el chisme y las mentiras provienen de la madre al relatar *“Cuando pasó la situación de la infidelidad de mi ex marido, yo iba a comprar, y las vecinas estaban ahí cuchicheando solo por hacer daño”*; es ella quien también contribuye a la creación de mentiras, situación de la cual Pamela no pareciera ser consciente.

Frente a este contexto familiar de mentiras (descubiertas y ocultas) es que la paciente toma el lugar de desenmascarar a los mentirosos, en tanto justifica este accionar a partir de lo vivido con su padre: *“Siento la necesidad de hacerlo, porque ya lo hice con mi papá por mi mamá”*. De esta forma, algo de esa escena vuelve a repetirse pese a lo doloroso que fue, ya que en algún punto no solo fue su madre la engañada, sino que también Pamela *“La llamada fue como... no puedo creerlo, era mi papá, yo era su regalona, ese hombre fue capaz de todo esto”*.

Las vivencias quedaron anudadas con la escena familiar de las mentiras, inmiscuyéndose en el crecimiento de la paciente y cómo esta se relaciona con el mundo circundante. Hay al menos cuatro momentos en donde, frente a situaciones de infidelidad o de mentiras triviales, la paciente vuelve a desenmascarar a dichas personas. Aún más, hay un momento en donde la misma escena infantil de la mentira aparece, pero con otras personas, siendo Pamela quien nuevamente se encarga de querer desenmascarar a quién miente.

Por otro lado, el padre es la figura que encarna las mentiras, pero de igual forma quien señala a los mentirosos, por lo que para la paciente es una persona a la cual desapruueba en totalidad y niega no solo querer relacionarse con él, sino que también incluso hablar de él en sesión.

Frente a figuras tan disímiles en el psiquismo de la paciente, es que se trabajó en la apertura del espacio paterno con la finalidad de hacer aparecer al padre en algún punto, necesario en esta relación fusional con la madre. Al momento de poder dar cabida a la relación padre-hija desde el dolor que Pamela sentía con este, aparecen recuerdos infantiles, quien señala *“Yo era los ojos de mi papá... jugábamos todo el día... me regaloneaba y me defendía de todos”*. Pamela se encuentra con un padre que existió y que al final de la terapia movilizó que lo llamara por su nombre, y recordará aspectos de él: principalmente, el doble sentido en sus enunciaciones y los garabatos, aspectos que a la paciente le desagradan y molestan en la cotidianidad pero, al momento de hablarlo en relación con el padre, le provocan algo de suspicacia e interés.

En contraposición con esta aparición, lo que comienza a articularse también es la posición de la madre y las mentiras, ya que Pamela logra señalar *“Yo sé que mi mamá sabía de la infidelidad de mi papá y no nos quiso decir antes, después todo se vino encima”*.

Este es el primer cuestionamiento a la figura materna, que permite en algún punto desanudar y desmoralizar levemente “las mentiras”. Pudiendo pensar y/o entender ciertas mentiras pequeñas e incluso, cuando el proceso terapéutico estaba terminando, la paciente logra relatar que mintió, vivencia que de igual forma le provocó ansiedad y culpa, mas no la angustia inicial de la terapia. Aun así, no es posible señalar que dicha problemática se desentrañó completamente, ya que tiene que ver con un posicionamiento respecto al mundo que se mantiene y en donde ella intenta continuar al margen, por la sola idea de que el enfrentarse a esto suscite los altos niveles de angustia que padece.

Pese a ello, no hay que perder de vista que en este forzoso enfrentamiento con el mundo de Pamela, aparecen dos lineamientos en los que la paciente deambula: uno correspondiente a los impulsos que ella misma relata que se suscitaron en la actualidad, en los que también incluye su intento de suicidio; y por otra parte la consecuente necesidad de

controlar dichos impulsos, que en palabras de Pamela *“Desde hace unos años esto se ha vuelto cada vez más complejo, es algo que me viene de adentro y me da miedo lo que pueda hacer”*.

La angustia que esto le suscitaba, sobre todo en este último tiempo, también se acompaña con la irrupción de crisis de dolores. En este sentido, Pamela es una paciente que no solo presenta un padecer psíquico constante, sino que existe de igual forma una severa sintomatología física que se encuentra presente casi en la totalidad de terapia. Cabe señalar que, en términos médicos, sus padecimientos resultan adjudicables a los cuadros que ya le han sido diagnosticados; por ende, los tratamientos consistían en inyectarle calmantes, inmovilizarla y asistir a kinesiología para la pronta desinflamación y recuperación.

Los recuerdos de infancia respecto a su cuerpo remiten a un señalamiento materno, *“Aunque estés con fiebre o con dolor de estómago, no puedes quedarte acostada”* y *“Si te quedas acostada se te van a atrofiar los huesos”*. El origen de dicha idea materna no queda claro, mas la madre señala que fue por una frase que le dijo una mujer, a propósito de que la madre llevaba a Pamela recurrentemente a consultas médicas.

Lo anterior se daba, en palabras de la madre, *“porque yo siempre supe que andaba algo mal en la Pamela, de mucho antes que le diagnosticaran sus enfermedades”*. Lo interesante de este relato es que los doctores no encontraban mayor sintomatología que diera cabida a la sensación materna, por lo que la señalaban como *“alharaca”*. Y es en esta búsqueda incesante de una respuesta, que pareciera ser que la madre tenía clara (pese a la evidencia médica), que recibe este consejo que marca la crianza de su hija.

Por ello, aun cuando la paciente estuviese enferma no le era permitido hacer reposo, debido al temor del cumplimiento de esta fantasía. Estos señalamientos son muy anteriores al comienzo de su enfermedad (relevante en tanto hay una atrofia del cuerpo en otro registro) y, justamente, llama la atención cómo en la actualidad, aunque Pamela tenga dolores, no puede concebir ni lograr quedarse acostada durante el día. No obstante, muchas veces las condiciones materiales de su situación médica la fuerzan a tener que hacer reposo por periodos determinados de tiempo.

Esta imposibilidad física incluye, de igual forma, que deje de hacer las cosas que desde la infancia son de su agrado, tales como escribir y crear historias de suspenso o crimen. A partir de esto es que Pamela relata diversas escenas, donde llevaba los cuentos que creaba a su madre (única actividad en donde se aprecia algo de la índole del deseo), quien consideraba que no eran textos apropiados y por ende le arrancaba las páginas del cuaderno.

En la actualidad, es el cuerpo quien no le permite realizar estas actividades, ya que las crisis de dolores que padece se focalizan principalmente en sus extremidades (manos y muñecas). No obstante, la vivencia de su cuerpo no representa el malestar para Pamela, sino todo lo contrario, en tanto señala *“el dolor es lo que me demuestra que estoy viva, sino podría incluso llegar a pensar que me estoy muriendo”*. De esta forma, el dolor es lo que le confirma su propia existencia, tiene que ver con cómo el cuerpo le da un aviso acerca de sí misma y esto configura su propia posición en tanto sujeto.

Pese a que uno de los aspectos centrales de la terapia tuvo que ver con su relación con el dolor corporal y las crisis físicas que padecía, estas parecían cursar sin un vínculo claro con su vida psíquica, teniendo largos momentos de dolor, así como también momentos sin la aparición del padecimiento corporal. Es decir, en muchas ocasiones la paciente atravesaba por momentos de relativa “tranquilidad” e irrumpieron las crisis de dolor, sin una relación clara con el padecer psíquico. Más bien, el padecer físico pareció cursar por un carril independiente durante una parte importante de la terapia, sin acusar recibo de la situación actual de Pamela. Esto se mantuvo hasta el fin de la terapia.

Ahora, independientemente del curso de las crisis de dolor, sí se puede señalar que durante el segundo año de terapia la intensidad de los dolores fue menor que en el primer año de terapia (lo que no quiere decir que no existieron), pero en este contexto comenzó a aparecer una relación particularmente ansiosa de la paciente con la comida, que le significó un aumento de peso considerable. La relación de la paciente con la comida no se volvió problemática en términos de apariencia física, más sí señala que le preocupa la sensación de no saciedad al comer. Al respecto, Pamela señala *“como y como y siento que no tengo un límite, me ha pasado dos veces que he llegado a vomitar por no poder parar, es incontrolable, no tiene ni un sentido”*. La relación con la comida siempre había estado

marcada por la ansiedad, pero es en este último año donde Pamela señala su preocupación por no tener ningún atisbo de control en la cantidad de alimentos que ingiere. Finalmente, en la última sesión, la paciente señala *“Ya no me queda nada bueno... ya uso la ropa de mi mamá”*. Interesante señalamiento, que termina por dar cuenta de su forma de relación con un otro (específicamente la madre) y que trasciende las temáticas iniciales.

A partir de esto es que, si bien durante la terapia se trabajó en la vinculación de Pamela con su cuerpo en relación con el dolor, irrumpieron otros síntomas que se vinculan a lo corporal y que recortan nuevamente a la angustia y el descontrol como problemática nodal. Esto se volvió una constante en la terapia, lo que ponía el acento en cuestionar su propio funcionamiento psíquico, más allá de la sintomatología que estuviese cursando.

Si bien se logró aplacar y trabajar cierta sintomatología en el proceso terapéutico, así como su propia posición subjetiva en el mundo, los padecimientos físicos y ciertas crisis de impulsividad estuvieron presentes (en menor grado) hasta la última sesión e, incluso cuando parecía que se desentrañaban ciertas problemáticas en un espacio, estas a veces irrumpieron en otros.

Con relación a los posibles movimientos psíquicos, Pamela logró sortear de una manera menos persecutoria su relación con el colegio, así como también con las mentiras (al menos, hacia el final de la terapia). Junto con esto, con respecto a sus vínculos parentales, el proceso finalizó con la inauguración de la posibilidad de cuestionar (aun incipientemente) a la madre.

Si bien hay terrenos en disputa que se presentan más problemáticos que otros, a lo largo del caso queda la impresión de que el conflicto psíquico trasciende la dimensión sintomática y responde, más bien, a una forma de funcionamiento psíquico, y justamente ello es lo que complejiza este caso (a propósito de precisar el diagnóstico diferencial). Es así como, finalmente, el abordaje de este caso concluyó situando a la paciente desde las coordenadas de la psicosis. La complejidad del caso, atendiendo a las diversas formas de articulación psicótica, hace suponer que la paciente se sitúa en una línea intermedia de las psicosis: si bien no es apreciable aún la ruptura con la realidad, sí resultan evidentes una serie de problemáticas en la relación con los padres, con los semejantes y consigo misma.

Análisis de caso y discusión

A partir del relato, es primeramente relevante apuntar a la escena en donde el padre de Pamela la trató de “mentirosa”, punto nodal en una serie de problemáticas del caso. Esta escena termina develando el encuentro con un momento posiblemente desestabilizante.

Siguiendo la línea de lo planteado por Calligaris (1989), el señalamiento de las mentiras es lo que (por un lado) propicia la problemática, pero a su vez posibilita una construcción homologable a una cierta metaforización -metáfora delirante- que, finalmente, le permite construir un mundo circundante y sostener el lazo, aunque a un alto costo. Esto porque concebir un mundo más allá de sí misma, su madre y dos familiares más, como un lugar-espacio recubierto por las “*mentiras y chismes*”, implica una exigencia de figuras que le permitan defenderse de esta dimensión -en su límite, persecutoria- del mundo.

En línea con lo anterior, la construcción de la metáfora delirante remitida a esta escena es lo que, consecutivamente, recubre todas las escenas posteriores; escenas que vuelven a trasponerse exactamente de la misma manera que la vivencia fundamental. Cuando la paciente señala, respecto a la intención de desenmascarar a los mentirosos, “*Lo hago porque ya lo hice con mi papá*”, expone la intención de revivir y recrear la misma escena en lo Real, sin mediación de la significación simbólica.

Por ello, no importa qué mentira sea la que acontece, la mentira irrevocablemente quedó anudada a la escena del Padre: para Pamela, en algún punto, todos se constituyen como ese mismo padre.

Lo interesante y problemático de este caso es que aquí no hay una construcción delirante que -a primera vista- denote el vacío simbólico: es más, aunque la paciente parece operar desde las coordenadas de la psicosis, no considero que se encuentre desconectada del registro simbólico, esa complejidad entre psicosis/neurosis fue la que en algún momento me llevó a considerar la posibilidad de una neurosis obsesiva.

No obstante, fue a lo largo de la terapia donde comenzó a aparecer lo reiterativo y totalizante de un mundo lleno de signos y hostilidades, que excede con creces al espacio

escolar, y donde se hizo más evidente fue cuando la simple presencia de otros en su casa reactivó la creencia del chisme. Se trata de un mundo que se le podía venir encima.

Esto da cuenta que, más allá del atravesamiento adolescente, hay construcciones psíquicas elaboradas y entrelazadas con anterioridad a la irrupción de la adolescencia y, aunque la metáfora delirante irrumpiera en la adolescencia, remite también a una escena infantil psicotizante (*"Pamela, eres una mentirosa"*).

Es importante señalar que el trabajo psicoterapéutico se basó, inicialmente, en propiciar el espacio transferencial como un lugar prioritariamente de acompañamiento, debido al alto nivel de angustia persecutoria y de desborde emocional en las sesiones iniciales. Sumado a que, tal como señala Calligaris respecto a la posición del paciente psicótico y la certeza, Pamela llega a desplegar todo su malestar no pidiendo una respuesta al Otro, sino que compartiendo su padecimiento y poniendo a prueba a quien la escuchaba, para validarlo como posible testigo de ese padecer. Ese lugar podría ser ocupado por quien le entregaría atención en salud mental, y ello se justificó cuando señaló *"He pasado por muchos psicólogos, y entre que me gustan y entre que no"*. *"Yo ya traté esto en mi terapia anterior, ahora vengo por otra cosa"*.

Esto se hace más evidente a propósito de su vivencia escolar, cuando Pamela señala *"¿Por qué el colegio me hace esto a mí?"* Si bien puede parecer una pregunta genuina, apelando al saber en quien la atiende, se trata más bien un reclamo hacia el colegio por lo que está provocándole *dirigidamente* a ella. Muchos de estos reclamos tienen que ver con no poder discernir entre un ataque personal y algo que le afecta de manera colateral, lo mismo sucede al señalar que sus compañeros *"Eran todos chismosos"* por preguntarle sobre su salud: allí no parece haber espacio para la mediación, justamente por la constitución de la metáfora delirante. Es decir, hay una certeza yoica que da pistas de la posición transferencial mediada por la existencia de un Otro devorador que, en un inicio, se reactivó en terapia.

La posición de Pamela respecto al mundo tiene directa relación con ese lugar del Otro, lugar neurálgico en donde se constituye la percepción del mundo y de los otros. Dicho esto, es sabido que en la adolescencia aquel lugar presenta una caída y reestructuración

en su conformación, pero en Pamela la constitución del Otro se ve más bien rigidizada. El lugar del Otro no se ancla al alero de un Padre, porque lo que aparece es que el padre no entra como Padre (Lacan, 1956), dejando a Pamela a libre disposición del goce materno. En este sentido, no se barra al Otro, es por ello que la madre aparece en el relato como un ser omnipotente: "*Quién me cuida de este mundo hostil o raro*" "*Nunca sería capaz de cuestionarla, porque sus decisiones son las correctas*". Hay una radicalidad en la ubicación de ese lugar del Otro que, a propósito de lo planteado por Miller sobre los pacientes paranoides, sería la forma que le permite sostener ese lugar de sentido.

Se aprecia una relación fusional madre-hija, principalmente en el mismo de los discursos morales, pero también (hacia el final de la terapia) queda en mayor evidencia cómo esto se ubica desde el plano de lo corporal. Cuando Pamela relata "*Ya no me queda nada bueno... ya uso la ropa de mi mamá*", es una muestra más de intentar ser la madre, porque podría ser que utilizara ropa de otra persona y/o que se compraría más ropa, situación que nunca sucede por la negativa de la misma paciente. Pero, a su vez, también la madre se constituye como un Otro devorador: una madre no barrada y que, frente a la imposibilidad de barrarla, aparecen las ideas paranoides. No hay que olvidar que la intolerancia hacia las mentiras proviene del discurso materno, pero aún más importante es señalar que es ella misma quien ofrece y planea "mentirle" a la paciente, para lograr un propósito académico. Si bien la posibilidad de hacer uso de la mentira se creyó negada para la paciente, hacia el final, cuando logra cuestionar incipientemente a la madre, sus reproches apuntaron a ser parte de dichas mentiras.

Destruir o desmoronar el lugar de la madre como el único espacio seguro en donde no se encuentran las mentiras, sería destruir lo único que la sostiene en el lazo con el mundo. Por ello, resulta clínicamente importante discernir entre una vacuidad del Otro propia de cualquier crisis adolescente neurótica, versus el mismo fenómeno, pero cuando se encuentra al alero de la psicosis. Tarea no sencilla, y donde el error diagnóstico puede llevarla al límite de su estructura.

Estos intentos fallidos de poner un límite a la madre mediante irrupciones de impulsividad (barrarla), podrían dar cuenta del necesario atravesamiento adolescente que,

a su vez, choca con su propia constitución estructural y, frente a ello es que la angustia toma un lugar central.

Por ello que, siguiendo las ideas de Rastal, el adolescente siempre se ve confrontado a la posibilidad de avería, parte del propio pasaje adolescente. Ahora bien, es distinto señalar que esa avería inevitablemente va a desencadenar la psicosis: “Todas las crisis en adelante no son más que la repetición de la primera que se mantiene indefinidamente de su propia irresolución. No es la crisis, sino la Forclusión de todo estado crítico lo que constituye la patología” (Maldiney, 2001, p. 75).

No hay que olvidar que la paciente llega a consultar por la imposibilidad de controlar los episodios de violencia hacia su madre, los cuales aparecen y se intensifican justamente durante su adolescencia, por lo que no sería tan ilógico atribuirlo a la “crisis adolescente”. Pese a ello, lo que le sucede a Pamela parece excede el curso de la crisis, en tanto se le torna problemático, angustiante e inhabilitante el poder reconfigurar espacios psíquicos.

Aún más, si bien la crisis adolescente puede tener incidencias en tensionar dichos espacios, las problemáticas respecto a los límites yo-no yo, al lugar del Otro como devorador, la hostil relación con los pares; fueron situaciones que antecedieron al tiempo adolescente y que, más bien, se configuraron desde la infancia. En este sentido, es interesante retomar el señalamiento materno de *“Yo siempre supe que algo andaba mal con la Pamela, mucho antes de que le diagnosticaran las enfermedades”*: pese a que el saber médico descartaba cualquier patología, ella insistió con un saber propio (revelado), incluso priorizando más la opinión de un semejante. En años posteriores -efectivamente- Pamela desarrollo dos patologías crónicas, “cumpliendo” con el enunciado materno de que había “algo mal” en ella. Situación que aconteció en la infancia de Pamela, no en su adolescencia.

Así, el espacio familiar se torna un imperio inquebrantable en donde no hay lugar para el cuestionamiento maternal o para la relación con pares en la escuela: si bien no fue un lugar en donde constituyera vínculos, mientras más la instancia escolar le exige mayores intercambios sociales, más problemática se volvía para la paciente. No hay posibilidad de investir el colegio, ni a los compañeros, ni a otras personas/espacios: la sola aproximación

a la separación de lo constituido levanta las defensas persecutorias, que no permiten ningún movimiento.

Por ello, el trabajo psicoterapéutico se abordó en dos aristas: En primer lugar, siguiendo la propuesta de Michaud (2003), se pensó este espacio como un lugar de diálogo y de lazo paciente-analista. Así, mediante la transferencia, prestarse a soportar las proyecciones y las defensas, sobre todo respecto a la dificultad en la separación yo-no yo. En segundo lugar, establecido dicho espacio y sin grandes ambiciones interpretativas, se trabajó en las mediaciones simbólicas. Para esto, uno de los primeros trabajos consistió en propiciar mi lugar como un tercero que interviniera como un Otro, posibilitando en primer lugar el barramiento a la madre e introducir al padre. La idea fue bajar al Otro de ese lugar de omnipotencia, permitiéndole a Pamela aplacar el sufrimiento constante que implicaba mantener dicho espacio psíquico en esas condiciones. De esta forma, el incipiente cuestionamiento al lugar materno -con palabras, ya no mediante irrupciones violentas- da cuenta de dicho empeño.

Un tercer lugar de insistencia problemática en el trabajo psicoterapéutico fue el cuerpo. Esta temática es evidentemente un punto de encuentro entre la psicosis y la adolescencia y, en el caso de Pamela, es interesante apreciar que no queda muy claro cómo subjetiva y piensa su propio cuerpo. El principal señalamiento de lo corporal remite a las dolencias físicas derivadas de sus enfermedades: aparece un cuerpo, pero solo desde el dolor.

Es Miller (1998) quien relata que, en los casos de pacientes psicóticos ordinarios, hay un tipo de desorden que se da en el cuerpo. Hay un cuerpo en la realidad, pero del cual el paciente no necesariamente acusa recibo, no obstante, en estos casos los pacientes se ven enfrentados a crear vínculos artificiales que le permitan sostener y apropiarse de su cuerpo.

Al referirse a esto, la única frase que Pamela señala y que marca variados momentos de la terapia es "*El dolor es lo que me permite saber que estoy viva*". La paciente no muestra molestia con sus enfermedades ni con el dolor, porque es solamente esta experiencia la que la mantiene conectada a habitar un cuerpo. Es tan importante el dolor

que su inexistencia marcaría el dejar de sentirse a sí misma: en algún punto, a dejar de vivir.

Esto cobra mucho sentido, también, a propósito de lo que señala Lacan (1976) en Joyce, como la relación con un cuerpo que se encuentra interferido o desconectado: “*Dejar caer el cuerpo*”. Lo mismo sucede en Pamela, al hablar de su cuerpo como fragmentos “*El brazo tonto que no responde*” (por la fibromialgia) que finalmente dan cuenta que es un cuerpo, pero no *su* cuerpo, en tanto ella no se hace garante de este.

Ahora bien, considerando el intento de pasaje adolescente de Pamela, es interesante apreciar que no hay vestigio alguno de la sexuación, de la exploración de un cuerpo, no resulta posible reconocerse más allá de la realidad del dolor. Por lo demás, tampoco aparece a lo largo de su historia infantil otro tipo de exploraciones, de autoconocimiento corporal. Y es interesante pensarlo, porque parte primordial del atravesamiento adolescente tiene que ver con los avatares de la sexuación, entonces ¿Qué sucede con Pamela? ¿Es una adolescente realmente?

En Pamela, algo de lo sexual probablemente quedó inhabilitado a propósito de este Padre rodeado de mujeres, donde la paciente (sin decirlo) lo muestra como un hombre desinhibido sexualmente. De allí que la escena de “los calzones rojos en el cooler”, sin entender muy bien porqué, se hace parte de su propio posicionamiento frente a lo sexual. Y es que la sexualidad está estrechamente ligada al deseo: cuando subrayo que hay un Otro que no da lugar al espacio propio de Pamela, esto también tiene efectos en lo sexual. Por parte de la paciente se registra una completa negación a desear y, por extensión, no se vislumbra la posibilidad de ubicarse como alguien posiblemente deseado. Esto no significa que no exista el deseo, sino que más bien se encuentra desanudado. Ahora bien, tiene sentido que el deseo no aparezca porque la instauración de la metáfora Nombre del Padre aconteció desde lo Real. Pamela no logra ubicarse en la posición de ser un sujeto deseante y, más bien, se presta al goce materno como objeto.

Junto a ello, es interesante cuestionarse cómo vincularse sexualmente mediante un cuerpo, cuando este se desconoce o se vivencia como fragmentado, fenómeno bien apreciable en la paciente. Poder trabajar en su imagen se torna en una necesidad central,

para restituir su vinculación con lo sexual. Me atrevo a señalar que hay una serie de operaciones psíquicas que presentan conflicto mientras la articulación sexual no haga alguna aparición, distinta de la inexistencia. En este sentido, y considerando la organización estructural de Pamela, la hipótesis es que la negación o aplazamiento del encuentro con la sexualidad genital cumple la función de una defensa, que le permite conservar cierta estructuración. Retomando lo planteado por Maleval (2000), el enfrentamiento con la sexualidad *en la realidad* podría propiciar un desencadenamiento. Entonces, ¿por qué no pensar que el rechazo a dar espacio a lo sexual tiene que ver con mantener “el propio ordenamiento”? Aunque, como sabemos, frente a un cuerpo que atraviesa cambios hormonales y biológicos, dicho encuentro será en algún punto inevitable.

Dicho esto, el trabajo psicoterapéutico se centró en la búsqueda y el reencuentro de su propio deseo, porque al parecer Pamela se sometió al deseo materno. Esto se justifica en todos los enunciados maternos que fueron tomados por la paciente como mandatos: *“Aunque estés con fiebre o con dolor de estómago, no puedes quedarte acostada”* *“Si te quedas acostada se te van a atrofiar los huesos”* *“Yo siempre supe que algo andaba mal con la Pamela”* *“No quiero que te alejes de mí”*, entre otros. Cada uno de estos enunciados fueron lo Real del cuerpo: podríamos señalar que Pamela dispuso su cuerpo al goce materno.

Al barajar la posibilidad de la psicosis ¿Cómo pretender que el *sinthome* se posicione allí, anudando algo que ni siquiera está pudiendo explotar? Considero que Pamela intenta hacer movimientos psíquicos que le permiten mantenerse en conexión con el lazo social, de allí que -a partir de lo sintomático y en estos intentos fallidos- logre la constitución de su propio síntoma y que pueda hacer con ello algo más, en la línea del *sinthome*. Para propiciar esto es que potenciar el espacio personal, empezar a reconocerse a sí misma, indagar en su deseo fueron aspectos nodales del trabajo psicoterapéutico. En este sentido, retomar la escritura de historias de crimen y terror entre sesiones fue un trabajo que permitió abrir algo del deseo, pese a que la madre no le gustaban sus creaciones.

Señalado esto, el trabajo con Pamela no solo permite problematizar los puntos de encuentro y divergencia entre psicosis y adolescencia, sino que devela cuán complejo es

abordar el estudio psicopatológico en pacientes adolescentes. Así, el error de diagnóstico remite a una problemática atingente a la psiquiatría y al psicoanálisis: desde la psiquiatría, con el afán de presentar un análisis psicopatológico pretendidamente ateórico, la enseñanza y análisis psicopatológico tiende a empobrecerse, remitiéndose a clasificaciones diagnósticas (por ejemplo, el DSM). No obstante, la disciplina psicopatológica es teórica y no tiene un lenguaje descriptivo que calce con todos los posicionamientos teóricos (Schejtman, 2013).

Por otro lado, la problemática de algunas orientaciones psicoanalíticas ha sido no tomar una posición clara en la discusión psicopatológica, apartándose de dichas discusiones por considerar que la lógica del diagnóstico sería incompatible con la práctica psicoanalítica. Pero fue el mismo Freud quien señaló que el psicoanálisis, desde sus orígenes, se plantea como una investigación/disciplina psicopatológica. Ello no implica, en modo alguno, reducirlo a un análisis descriptivo y universal, sino más bien a una comprensión situada de cada paciente.

Y esto, ¿por qué es relevante? Porque en casos como este, el abordaje desde la psicosis o desde la neurosis implica lineamientos de intervención distintos, no solo en términos de la dirección de la cura, sino que también en las formas de estabilización de su malestar.

En el mismo sentido, abordar dichos lineamientos diagnósticos desde la adultez o desde la infancia, demuestran una deuda con las especificidades de la clínica con adolescentes, porque lo que se pone en juego allí no es un mero intermedio entre uno y otro. En la adolescencia se reactualizan operaciones infantiles, pero también hay construcciones nuevas (completamente novedosas), de las cuales podemos hacernos parte y que se vinculan con los procesos de subjetivación propios del pasaje adolescente.

Resulta fundamental tener esto en cuenta, porque no es lo mismo situar una depresión psicótica que una depresión neurótica (al igual que si se trata de un paciente adulto o un adolescente). Ambas son posibilidades distintas, pese a que el reduccionismo de las descripciones conductuales parece sugerir que los trastornos depresivos corresponderían a un grupo falsamente “homogéneo”, que no incluye las distinciones

estructurales y tenues diferencias en los diferentes momentos vitales (Schejtman, 2013). Esto tiene implicancias no solo en el diagnóstico, sino que también en su abordaje psicoterapéutico, mediaciones farmacológicas, entre otras. Por lo que, si bien en este caso la psicóloga anterior y la psiquiatra coincidían en el diagnóstico de depresión, trabajaban con esta paciente asumiéndola desde la neurosis, como si constituyese una condición *a priori* de la depresión. Falencia teórica a mi entender, porque la depresión no es condición irrevocablemente anclada a la neurosis. En este sentido, podría tratarse perfectamente de una depresión al alero de la psicosis.

La importancia de esta discusión, finalmente, remite a la pregunta por las orientaciones del trabajo psicoterapéutico. Horizonte que, desde el psicoanálisis, implica una dimensión que es -a la vez e indisolublemente- técnica y ética.

Conclusiones y aperturas

El caso anteriormente expuesto busca problematizar cuán complejo se vuelve el entendimiento diagnóstico en una paciente que atraviesa la crisis adolescente. Más aún, cuando la sintomatología muestra una difusa línea entre la neurosis y la psicosis, poder discernir diagnósticamente dónde se encuentra Pamela y cuánto de su situación sería atribuible a la crisis adolescente, posibilitó un trabajo psicoterapéutico más preciso.

El testimonio de este caso es un ejercicio literario en la medida que permite entender o explicar algo. Así, los relatos entregados por Pamela y consignados en este trabajo son parte fundamental del abordaje de una historia en particular, más aún cuando lo que se quiere mostrar es cómo el relato excede y supera a los lineamientos descriptivos que darían cuenta de un funcionamiento neurótico. Por ello, el simple ejercicio testimonial contiene un valor en sí mismo, sobre todo cuando la psicosis despliega novedosas creaciones psíquicas.

El poder acompañar la psicosis de Pamela, así como su testimonio, fue un desafío porque también implicó pensarme como profesional en formación. Al cuestionar, problematizar y posicionarme como parte de un proceso conjunto -mediante la transferencia, con la estructura de Pamela- me permitió no solo intervenir en el proceso de la paciente sino que también hacer algo con ese testimonio: dar cuenta de las complejidades de la clínica. Plasmando, a su vez, ciertas reflexiones en las que el psicoanálisis parece tener que continuar trabajando.

Dicho esto, el caso invita a repensar no sólo la forma en la que se ancla su sintomatología, sino cómo esta se vincula o configura a propósito de la crisis adolescente. En este sentido, Rassial se pregunta: “¿Se debe la psicosis a una crisis de la adolescencia que evolucionó mal, o bien a una crisis de la adolescencia no efectuada a causa de la fragilidad de las identificaciones y todo lo que ello conlleva?” (Rassial, 1996, p 45).

En el caso de Pamela, mediante el trabajo psicoterapéutico se apreció que las problemáticas comenzaron mucho antes de la entrada a la adolescencia y, si bien remitimos

como punto crítico la escena de las mentiras referidas por el padre, no hay más información de lo que aconteció previamente. En este punto, los recuerdos parecen más bien negados.

Esto me permite señalar que, en el caso de Pamela, la adolescencia como pasaje solo parece exacerbar algo que ya venía aconteciendo desde la infancia -una estructuración psicótica, más allá de que el desencadenamiento ocurra ahora o después (si es que ocurre)- y que tiene guarda relación con todas las problemáticas médicas, su intento de suicidio, los pasajes al acto agresivos, su casi inexistente vinculación social, entre otras. Difiriendo completamente con la opinión diagnóstica de la psicóloga anterior y la psiquiatra tratante, en la línea de una paciente depresiva desde la neurosis, que a propósito de la adolescencia ha visto mayores dificultades en su cotidianeidad y en el curso de su cuadro.

Evidentemente la adolescencia lleva a confrontar, muchas veces, la propia estructuración de cualquier paciente: entre los propios requerimientos psíquicos, las exigencias sociales, entre otros: de allí que hablemos de “crisis adolescente”. Pero no es lo mismo una crisis que no poder habilitar el paso para configurar otras formas de organización psíquica.

En el caso de Pamela, la concurrencia de la adolescencia y la psicosis puede dar paso a confusiones, conflictos propios del atravesamiento adolescente que se entremezclan con espacios de tensión respecto a su psicosis como estructura, y viceversa. Lo importante de allí es poder discernir entre el curso singular de la crisis adolescente, que se viene configurando desde el curso de la infancia. Más precisamente, una infancia que es puesta a prueba en la adolescencia. Por ello, más allá de la variada sintomatología con la que llegó la paciente, fue importante situar desde qué mecanismos se encuentra operando y, luego, poder abordar la sintomatología involucrada.

Así, la importancia del relato vuelve a tomar protagonismo, de allí aparecen estos aspectos sutiles de funcionamiento psíquico que, si bien no muestran una psicosis desencadenada -desconectada del mundo circundante, en pleno vacío simbólico, con delirios y alucinaciones por doquier-, sí muestra que la organización estructural se sitúa desde la psicosis.

Pamela reconstruye su mundo circundante mediante una metaforización delirante, con un lugar del Otro devorador que, a su vez, es capaz de sostener mediante la omnipotencia: con respuestas sin mediación simbólica pero muy presentes desde lo Real, con un cuerpo que se hace propio mediante el dolor, entre otros elementos. Y que tienen más que ver con formas de funcionamiento psíquico que con sintomatología patognomónica de lo que denominamos psicosis. Por ello, se trataría de una psicosis que se encuentra en una suerte de intermedio: entenderla como una psicosis estabilizada permite considerar que existió un quiebre que podría volver a suscitarse (por lo que hay que tener ciertos cuidados), pero que a su vez permite que este sea un momento -a propósito de la adolescencia- donde se propicie la mantención de dicha estabilización psíquica, mediante por ejemplo el trabajo de las mediaciones simbólicas, práctica psicoterapéutica que ya fue señalada.

Por otro lado, la idea de la psicosis ordinaria adquiere sentido en tanto una forma sutil de “locura” que le permita vivir su existencia. Posibilitando, desde el tratamiento psicoterapéutico, que se considere la posibilidad del reenganche en aquello que se desanudó. No obstante, la metaforización delirante permite inclinarse, más bien, a considerar a Pamela como una paciente estabilizada.

Sea cual sea el tipo de psicosis, lo que refuerza el valor de los estudios psicopatológicos desde el psicoanálisis es la necesaria reformulación y mirada desde estos casos, ya no como excepciones, sino como una de las tantas formas posibles de psicosis.

Volviendo al punto de partida -las formas de uso de los marcos psicopatológicos desde la psiquiatría y desde el psicoanálisis- ambas disciplinas se posicionan desde distintos lugares de saber y poder y resulta necesario tener esto en cuenta, sobre todo al momento de trabajar en instituciones de salud (donde es transversal el atravesamiento por el discurso médico), para sostener un saber hacer desde allí. No es mi intención criticar a la psiquiatría proponiendo al psicoanálisis como una respuesta que lo supere sino, más bien, plantearlo como un saber hacer diferente, que incluye perspectivas que no son consideradas por la Psiquiatría. Ahora bien, deberían tener puntos de diálogo, considerando la participación de ambas disciplinas en el tratamiento de muchos pacientes y específicamente en el caso de Pamela, donde los distanciamientos teóricos y el poco

diálogo entre ambas disciplinas pudo y podría perjudicar el curso de la paciente. ¿Cómo el psicoanálisis se hace cargo de esto, más allá del desencuentro con la psiquiatría?

De aquí concluyo que plantear una hipótesis diagnóstica desde el psicoanálisis debería apoyarse en los avatares de la transferencia misma. Como reflexión, me parece importante señalar que el trabajo realizado con Pamela muestra que la psicosis es otro tipo de articulación, tan posible como la neurosis, y que ella no implica necesariamente la inhabilitación para crear y hacer con eso que le acontece al sujeto. Me parece necesario sostener esto, en contraposición con una idea deficiente de la psicosis, porque así el trabajo psicoterapéutico puede ofrecer mejores perspectivas para dichos pacientes.

Así, respecto a la clínica con pacientes psicóticos, me parece que es importante entender que la cura no debe evaluarse en función del aplacamiento de síntomas psicóticos. La demanda se situó en intentar acotar los altos montos de sufrimiento, pero en ningún caso liberarla de lo que ella es estructuralmente.

Finalmente, creo que una de las dificultades psicopatológicas y de diagnóstico diferencial del caso tiene relación con que las categorías clínicas suelen construirse desde una perspectiva adultocéntrica, por lo que el trabajo con la infancia y sobre todo con la adolescencia se vuelve problemático, por no ponderar suficientemente los elementos que podrían ser atinentes a la crisis adolescente y no, por ello, signo de patología. O, todo lo contrario, atribuir toda crisis a la contingencia adolescente, perdiendo de vista cuando deviene patológica. Por ello, considero fundamental atender a la especificidad de la clínica con adolescentes, como un campo en donde la transformación es, necesariamente, parte constitutiva de cualquier terapéutica posible.

Referencias

- Abarzua, M. (2018). Psicoterapia y recuperación de un episodio de esquizofrenia: Experiencia subjetiva de pacientes y terapeutas chilenos. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Allouch, J. (1986, octubre). Ustedes están al corriente hay transferencia psicótica. *Revista Littoral*. Volumen (nº 21), p.50.
- Armijo (2013). Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de Viña del mar (tesis de magister). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Askofaré, S. (2012, 27 de mayo) Clínica... ¿del síntoma? *Revista de psicoanálisis Desde el Jardín de Freud*. Volumen (12), p.201.
- Baugmart (2018). Psicopatología y psicoanálisis. *Revista científica Universidad de ciencias empresariales y sociales*, volumen 23, p 1-9.
- Benedetti G. (1996) La esquizofrenia en el espejo de la transferencia. Córdoba: Edelp; 1ª
- Bercherie, P. (1986). Le Phénomène Pinel: Los fundamentos de la clínica". Historia y estructura del saber psiquiátrico. *Revista Ornica*, (Nº 15).
- Bleger, J. (1970, marzo, 4). Teoría y práctica en psicoanálisis: La praxis psicoanalítica. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196911030405.pdf>
- Boaxaca, L. Luteran, L. (2013). *Introducción a la clínica psicoanalítica: Asociación libre-interpretación- transferencia- síntoma- duelo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Letra viva.
- Calligaris, C. (1989). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Buenos Aires, argentina. Editorial nueva visión.
- Capponi, R. (1997). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.

- Cardona, H. (2012, 6 de junio). El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica. *Revista de psicoanálisis Universidad de Colombia*. Recuperado de <file:///C:/Users/Menaa/Downloads/Dialnet-EITratamientoDeLaHisteriaAFinalesDelSigloXixYEIAgu-4635406.pdf>
- Cerrone (2016). *El síntoma desde el psicoanálisis* (tesis de pregrado). Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- Colillas, I (2008). Problematización del concepto de “estructura” en la enseñanza de Lacan. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Dolto, F. (1991). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Editorial Seix Barral S.A.(Orig.1988).
- Domenech, E. (1991). *Introducción a la historia de la psicopatología*. Barcelona, España. Promociones y publicaciones Universitarias.
- Dor, J. (1996). *Introducción a la lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como lenguaje*. Paris, Francia. Editorial Gedisa.
- Dörr, O. (1996). *Psiquiatría clínica: Normalidad y Anormalidad*.
- Erdheim, M. (1984) Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozess, Frankfurt. am Main, Suhrkamp. (Versión en castellano: La producción social de inconsciencia: una introducción al proceso etnopsicoanalítico, trad. de Emma Ruiz Martín del Campo, México, Siglo XXI, 2004).
- Fernández, A. (1993, agosto). De las psicopatologías críticas a la crítica de la psicopatología. *Revista debates*. Semana (80), p.57.
- Firpo, S. Lasalle, A. Ortega, A. Diaz, N. Prates, C. Sansarricq, J. (2000). *Clínica psicoanalítica con adolescentes*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Homo sapiens.
- Flechner, S. (2010) *Psicoanálisis y adolescencia: Dos temporalidades que se interpelan*. Buenos Aires, Argentina. Psicolibro.
- Flick (1998). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España. Ediciones Morata
- Foucault, M. (1974). *Los anormales*. Buenos Aires, Argentina. Edición siglo XXI.

- Freud, A. (1957). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina. Paidós (1976)
- Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa*, Primeras publicaciones psicoanalíticas. Seminario III en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu (1990).
- Freud, S. (1905) *Tres ensayos de una teoría sexual*. En Obras Completas, Volumen I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
- Freud, S. (1909). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, Seminario XI Cinco conferencias sobre psicoanálisis, Un recuerdo infantil de Leonardo Da vinci y otras obras. En obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1913). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia*, Seminario XII en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, Seminario XII sobre un caso de Paranoia escrito autobiográficamente (caso Schreber), En Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (III)*, Seminario XVI en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1917) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Obras Completas Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1910).
- Freud, S. (1921). *Mas allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del Yo*, Seminario XVIII. En Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1922). *El yo y el ello*, Seminario XIX en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1927) *Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?*. Seminario XX en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1934). *Moisés y la religión monoteísta, esquema del psicoanálisis*, Seminario XIII en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.

- Freud, S. (1934). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*, Seminario XXII en Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorroutu (1987).
- Gerez, M (2012). Dualidad del síntoma en psicoanálisis. *Revista de psicoanálisis Desde el Jardín de Freud*. Volumen 12, p. 81-89.
- Green, A. (1988). *Punto de vista del psicoanalista sobre la psicosis en adolescencia*. Ginebra. Sociedad psicoanalítica de Paris
- Hegoburu, A. (2014). *Síntoma y sujeto en psicoanálisis* (tesis de pregrado). Universidad de la republica de Uruguay.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México. Editorial Fondo de cultura económica
- Kristeva, J. (1986) *La novela adolescente, adolescence*. España. Editorial Denoel.
- Lacan, J (1956). *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*. Écrits. Paris: Seuil.
- Lacan, J (1960). La transferencia. Seminario VIII. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Lacan, J (1975). Seminario 22, R.S.I. Inédito
- Lacan, J (1976). De James Joyce como síntoma. Seminario XXII el Sinthome. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Lacan, J (1976, 5 de enero). ¿Qué es la clínica psicoanalítica? Aperturas de la sección clínica.
- Lacan, J (2011). Lacan en Vicennes. Revista Lacaniana de psicoanálisis de la EOL nº 11. Buenos Aires, Argentina. Grama.
- Lacan, J. (1958). El deseo y su interpretación. El Seminario V: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Lacan, J. (1977) *Apertura a la sección clínica*. Silicet Escansión. Buenos Aires/ Barcelona. Editorial Paidós.
- Laplanche, J. Pontalis, J. (1971). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina. Editorial Labor.

- Laufer, M. (1989) *Adolescencia y crisis del desarrollo*. Barcelona: Espaxs, publicaciones médicas. (Orig. 1984).
- Laurent, E. (2003). El caso, del malestar a la mentira. En *Revista Lacaniana de Psicoanálisis* N°4. Editorial Grama.
- Lauru, D. (2005) *La locura adolescente: Psicoanálisis de una edad en crisis*. Buenos Aires, Argentina. Nueva visión Buenos Aires
- Maldiney, H. (2001). *Existente crise at creation*. Paris, Francia. Enrice Mane.
- Maleval, C. (2000). *La forclusion del Nombre del Padre: el concepto en la clínica*. Paris, Francia. Editorial Seul.
- Mannoni, O. y Mannoni, M. (1986). *Cuadernos de Sigmund Freud: el estallido de las instituciones*, Buenos Aires: Nueva Visión. (Oirg. 1973)
- Mannoni, M. (1981). *El psiquiatra, su loco y el psicoanalista*. España. Editorial siglo veintiuno.
- Mannoni, M. (2007). *El niño su enfermedad y los otros*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Nueva visión.
- Mannoni, O. Deluze, A. Gibello, B. Hebrard, J. (1984). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona, España. Editorial Ginesa.
- Martin, J. (2014). El problema del diagnóstico diferencial en las presentaciones enloquecidas en *la adolescencia* (trabajo de grado). Universidad Nacional de la Plata. Argentina.
- Miari, A. (2014). *Psicoanálisis y psiquiatría: Dos perspectivas sobre el síntoma*, *Jornadas Jacques Lacan y la psicopatología*. Simposio llevado a cabo en la II cátedra de psicopatología. Buenos Aires, Argentina.
- Michaud, G. (2002) *Figuras de lo real*. Ed. Nueva Visión. Buenos. Aires
- Miller, J. (1988). *Clínica diferencial de las psicosis*. Buenos Aires, Argentina. Sociedad psicoanalítica.
- Miller, J. (1998). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.

- Morin, E. (2012) *Introducción al pensamiento complejo*. España. Editorial Gedisa.
- Nasio (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Rusli.
- Rabinovich, N. (2001). *El inconsciente lacaniano*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Archivos
- Racamier P. (1980) *Les schizofrenes*. Ed. Petit biblioteque Payot. Paris, Francia.
- Rassial, J (1996). *El Pasaje adolescente: De la familia al vinculo social*. Barcelona, España. Editorial el Serbal.
- Rassial, J. (1999). *El Sujeto en estado limite*. Buenos Aires, Argentina. Editorial nueva visión.
- Schejtman, F (2013). *Psicopatología: Clínica y ética de la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Grama.
- Sierra (2013, marzo). Psicopatología psicoanalítica un saber en la encrucijada. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233026046014.pdf>
- Toro, K. (2016) *Síntoma al sinthome* (tesis de doctorado). Universidad complutense de Madrid. Madrid, España.
- Urriolagoitia, G. Lora, M. (2006). El diagnostico diferencial en psicoanálisis. *Ayaju, volumen IV*), p. 244.