

PEDRO MARTINEZ VALERA

Del
Yo
de
Freud,
al
¿Yo
líquido?
de
Bauman

Disertaciones introductorias
al psicoanálisis y su relación
con el *Yo consumidor*

Apertura
Grupo de Comunicación Multimedia



Pedro Martinez Valera

(Lima, 1962)

Doctorando en Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Magister en Psicología Clínica y de la Salud. Magister en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud. Arquitecto con cerca de 30 años de ejercicio profesional. Académico e investigador en la Universidad Ricardo Palma. Ha realizado estudios de psicoanálisis, análisis transaccional y terapia sistémica-familiar. Fue subdirector académico y docente de los cursos de psicología deportiva, en la Escuela Superior de Entrenadores de Fútbol de Lima- IESTP ESEFUL. Fue asesor del director de la Biblioteca Nacional del Perú, y vicepresidente de la Comisión de su Nuevo Local en San Borja.

Polémico e incisivo entrevistador y acucioso investigador periodístico, en temas de gobiernos locales y

PEDRO MARTINEZ VALERA

Del
Yo
de
Freud,
al
¿Yo
líquido?
de
Bauman

**Disertaciones introductorias
al psicoanálisis y su relación
con el *Yo consumidor***

Apertura
Grupo de Comunicación Multimedia

Título:

“Del *Yo* de Freud, al *¿Yo líquido?* de Bauman”

“*Disertaciones introductorias al psicoanálisis y su relación con el Yo consumidor*”

© Pedro Martínez Valera, 2022

Primera edición digital, Lima, Noviembre 2022

Libro electrónico disponible en www.apertura.com.pe

Editado por:

© APERTURA SAN BORJA

Grupo de Comunicación Multimedia, 2022

Av. José Galvez Barrenechea 1392 - Oficina 400

San Borja, Lima - Perú

Teléfono 225 4233

Coordinador general: Luis Alberto Nájera Mallqui

Traducción: Rodrigo Martínez Paz

Corrección de textos: Gisella De Fina Puentes

Marketing digital: Diego Martínez Paz

Diseño gráfico: Patricia Paz Muro

Luis Alberto Nájera Mallqui

Diseño de portada: Luis Alberto Nájera Mallqui

Diagramación: Luis Alberto Nájera Mallqui

ISBN: 978-612-49090-3-0

Hecho el depósito legal en la

Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-12493

INDICE

	Página
ÍNDICE	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
EPÍGRAFE	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
¿Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia?	15
Sesión 1. Sigmund Freud y el psicoanálisis	17
Sesión 2. ¿Quién “cura”?: ¿El analista, el paciente o la relación?	28
Esquema conceptual: Sesión 2	37
Sesión 3. Psicoanálisis o psicoterapia: Pros y contras	38
Esquema conceptual: Sesión 3	46
Sesión 4. Alianza terapéutica: La relación analista-paciente	48
Esquema conceptual: Sesión 4	59
CAPÍTULO II	
La pulsión de vida versus la pulsión de muerte	61
Sesión 5. Consciente, preconsciente e inconsciente: La teoría topográfica	63
Sesión 6. El inconsciente: Nos gobierna y no lo sabemos	67
Sesión 7. Yo, Ello y Superyó: La teoría estructural	75
Sesión 8. Eros y Tánatos: Pulsión de vida versus pulsión de muerte	84
CAPÍTULO III	
Neurosis, psicosis, libido y narcisismo	91
Sesión 9. Estamos entre el síntoma y el conflicto: Las neurosis	93
Sesión 10. Transferencia, interpretación y reelaboración psicoanalítica	97
Sesión 11. La mal llamada “locura”: Las psicosis	104
Sesión 12. Oralidad, analidad, falocidad y genitalidad	114
Sesión 13. Narcisismo: Cuando el “objeto amado” es uno mismo	120
APÉNDICE	125
De la vida en un mundo moderno líquido por: Zigmunt Bauman	127

DEDICATORIA

Repentinamente,
mi padre falleció a sus escasos 58 años.
Me dejó tantas preguntas sin respuesta,
que busqué *refugio* en el psicoanálisis.
Algunas encontré y otras, pasados más de 30 años,
aún las sigo buscando.
El psicoanálisis, no me convirtió ni en pesimista,
ni en optimista, sino, en analista.
Gracias a él, comprendí, que,
todos tenemos deudas en el alma,
que nunca, acabaremos de pagar.

A mi querido padre,
Ángel Martínez Torres (QEPD)
A mis grandes maestros y amigos
Rafael Junchaya Gómez
Fernando Maestre Pagaza (QEPD)
Angela Melgar Muñiz
Pedro Morales Paiva
Alberto Péndola Febres (QEPD)
Francisco Rivera Feijoo

AGRADECIMIENTO

A mi adorada madre, *Gloria Valera Odar*.

A mi mujer *Patricia Paz Muro*.

A mis hijos *Rodrigo y Diego*

A mis hermanos *Gloria Cristina y Miguel Ángel*.

 Mi profunda gratitud a todas las personas del
 Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (Cppl),
 del Centro para el Desarrollo Humano “Descubrir”,
 del Instituto de Consultores Peruanos en Análisis Transaccional (Coperat),
 y del Instituto de Desarrollo Humano “Energeia”,
que, durante muchos años, dejaron huella en mí y en mi obra.

EPÍGRAFE

*El psicoanálisis, pone definitivamente bajo sospecha, el papel preponderante de la razón.
El incontrolable y oscuro inconsciente, pasa a ser considerado, el verdadero factótum de la
vida humana.*

Marc Pepiol

INTRODUCCIÓN

Los hombres, no nos guiamos por la razón, no somos seres predominantemente racionales. Es más, la naturaleza del hombre, desde que nace, no está cimentada en la bondad, la justicia, ni la solidaridad. En definitiva, no es que nacemos siendo buenos, sino, que podemos ser buenos; claro está, dependiendo del entorno próximo en que nos encontremos. Aunque parezca contradictorio, demasiado se ha escrito sobre Sigmund Freud y el psicoanálisis, pero lamentablemente, poco se le ha leído y mucho menos, comprendido. Todo indica, que, transcurridos más de 100 años, aun no se le perdona -y mucho menos se acepta-, que se haya atrevido a negar y defender, la idea de que la razón, no es la que gobierna nuestras vidas.

¿Quién entonces gobierna nuestros actos? ¿Immanuel Kant estaba equivocado al afirmar que la razón estaba por encima de la voluntad y el deseo? Bajo este escenario de sospecha, ¿qué estaba develando Freud, y cuál fue su propuesta para entenderse y comprender nuestra naturaleza humana? Lo cierto, es que Freud, trató de entender los acontecimientos de nuestra sociedad y, por ende, la estructura psíquica de quienes la conformamos, bajo tres principios: Un “Yo” como representante del principio de realidad, un “Ello” como expresión del principio del deseo, y un “Superyó”, como la instancia regida por el principio del deber.

Justamente, realidad, deseo y deber, son componentes freudianos, que atraviesan y están presentes -muchas veces de manera latente y no expresa-, a lo largo de toda la trascendental obra, del gran filósofo Zygmunt Bauman. Su aguda y acertada mirada, al extremo de llamar a la sociedad actual, en términos de “modernidad líquida”, con sus derivados -tan importantes como el primero-, como el “amor líquido”, “tiempos líquidos”, “vida líquida” y “miedo líquido”, por solo citar algunos; nos lleva a interrogarnos: ¿No será que detrás de toda esta “modernidad líquida” y sus bifurcaciones, bien podríamos estar hablando de un “Yo líquido”? Es decir, de un “Yo” que al ser “líquido”, fluye, es impredecible, se transforma fácilmente, está en constante cambio y movimiento, y como el agua, es imposible de “agarrar” y de mantener una forma constante.

La “escisión” entre política y poder

Es así, que la actual denominada globalización, tiene como principal actor, al “Yo

líquido”, expresión suprema, de la “*modernidad líquida*” de Bauman. Un “*Yo líquido*”, que se encuentra en una permanente encrucijada: Ante el desborde de posibilidades, no sabe cuál elegir, dónde ir, qué hacer, y, sobre todo, que *no* hacer. Como bien lo señala Zygmunt Bauman, esto ha originado la ruptura (Freud la llamaría la “*escisión*”), del equilibrio que debería existir, entre la política y el poder. Mientras el primero es de carácter local, el segundo, tiene dimensiones globales. Y justo, es en este desfase, donde radica el desequilibrio. La anomía del “*Yo líquido*”.

Nuestra gran interrogante es: ¿Cómo reestablecer el equilibrio entre política y poder? ¿Será la tan llamada “*glocalización*” la solución? ¿Qué necesitamos para pensar globalmente y actuar localmente? ¿Es factible o un imposible? Y una pregunta -creemos la más importante-, que atraviesa a todas: ¿Están las nuevas generaciones interesadas y vienen siendo educadas, para realizar estos cambios y volver al equilibrio entre política y poder? Al parecer, la realidad nos expresa todo lo contrario. Cada día, decrece en nuestros jóvenes, el interés por la política, y curiosamente, aumenta el interés por tener (y ostentar) poder. Aquí se evidencia, el quiebre traumático, de un “*Yo líquido*” *escindido*, roto, fracturado.

Las nuevas generaciones, quieren el “*falo*” freudiano, es decir, el poder, pero detestan la política. Como bien decía Bauman, el joven vive en un constante cambio, y dentro de su incertidumbre diaria, lo que sí tiene bien en claro, es el no querer tener la vida que tuvo su padre: Jubilarse luego de haber estado por décadas, en un solo empleo. La juventud quiere hoy experimentar, tener -según ellos-, una “*vida interesante*”, desafiante y llena de nuevos retos. Es así, que, en palabras de Bauman, los padres se han convertido -sin quererlo-, en los “*anti héroes*” de sus propios hijos. Inclusive, muchos aún, no se han dado cuenta. Este “*Yo líquido*”, tiene como principal característica, lo que Bauman denominó, el “*síndrome de la impaciencia*”; un estado donde no se puede “*perder tiempo*”, pero que sí alienta, el consumismo desmedido, la acumulación de objetos, la compra innecesaria y las adquisiciones que -supuestamente-, les otorgan poder.

Lo más lamentable, es que no solo las nuevas generaciones están bajo este consumismo desbordado y galopante, sino también toda la sociedad en su conjunto, incluida la llamada “*clase política*”. Bauman señala, que, de una *sociedad de producción*, hemos pasado a una *sociedad de consumo*. Ese “*Yo líquido*”, se ha vuelto más individualista, menos solidario, ha perdido el sentido de comunidad y de pertenencia. En palabras de Freud, vendría primando el narcisismo, el egocéntrismo, el culto a uno mismo, sin importar el otro. Bauman acota, que todos tememos a quedarnos solos, a ser abandonados. A encontrarnos con nosotros mismos, diría Freud. Y en parte, este miedo, es *anestesiado*, con la adicción a las redes sociales y las plataformas digitales, que lo que logran -en parte-, es calmar nuestra ansiedad y satisfacer nuestras ansias, de “*ser vistos*”, “*estar conectados*” y “*participar*” en la escena pública.

Este “*Yo líquido*”, hoy no está representado por el Estado, ni por los poderes políticos, menos aún, por sólidas instituciones del gobierno. Nadie lo defiende. Esta a merced de las circunstancias, de poderes fácticos y económicos, que dicen tener el control. Aunque,

por cierto, tampoco lo tienen. Volvemos a lo mismo, el “*falo*” es global y la política es local. El divorcio continúa, y en palabras de Zygmunt Bauman, vivimos en una sociedad ficticia, imaginaria, donde tenemos la sensación que pertenecemos a algo, pero que, en realidad, no pertenecemos a nada. Bajo este panorama, la globalización, la modernidad y su unidad de análisis, expresada en el “*Yo líquido*”, está inmersa en dos tipos de orden: El real y el virtual, según los denominó Bauman.

De lo expreso y latente a lo real y virtual

Para Sigmund Freud, seguramente, estos dos órdenes, los hubiese conceptualizado a nivel del *orden expreso*, y a nivel del *orden latente*. Algo que coexiste en nuestra sociedad, y de manera silenciosa -y sospechosa-, el segundo está pendiente de influir y direccionar en nuestra vida. Bauman afirma, que este *orden virtual*, es el que predomina en esta “*modernidad líquida*”. Situación que se ve reflejada, en este divorcio entre la política y el poder, entre lo expreso y real, que vendría a significar la política; en contraposición, de lo latente y virtual, representado por el poder de Bauman, o por el “*falo*” freudiano.

En medio de esta globalización, real y fáctica, nos preguntamos, ¿qué papel juega la educación? Y algo que es aún más trascendental, ¿podrá la educación determinar o influir en este “*Yo líquido*”, a fin de reconciliar en él, ¿la política y el poder? Bauman, vuelve a sorprendernos, para afirmar, que la educación es más vista hoy en día como un “producto”, que como un proceso. La educación es una mercancía. Por desgracia, ha abandonado la idea del conocimiento útil para toda la vida. Lo ha reemplazado, por la consigna del conocimiento de usar y tirar. Se ha devaluado el saber, y prevalece el hacer, el logro inmediato. En este “*Yo líquido*”, es más valorada la habilidad técnica, que el conocimiento para el “*buen vivir*”, o para “*vivir mejor*”. Urge, en expresiones de Bauman, una educación para la vida, y no, una educación para el consumo.

Por desgracia, desde que nace, el niño ya es visto como un sujeto de consumo. Su “*Yo líquido*”, es también un “*Yo consumidor*”, atrás quedo una educación para el análisis y la crítica de la realidad, ésta dio paso, a una educación para formar “*Yoes consumidores*”. El “*Yo*” de Freud, aquella instancia, que estaba entre las presiones del deseo ejercidas por el “*Ello*”, y los valores morales del “*Superyó*”, ese “*Yo*”, que decidía lo mejor, luego de evaluar las satisfacciones placenteras versus los mandatos y restricciones paternas; ese “*Yo*”, cedió a la gratificación inmediata, a las compras compulsivas. Algo en que aún no reparamos, es que ese “*Yo líquido*” infantil, no sólo es producto de una educación, que premia el consumo, sino, que ese niño visto como un futuro consumidor, ha sido criado por padres consumidores en un mundo global.

Es común hoy comprobar, los elevados porcentajes de divorcios, separaciones y familias uniparentales, donde la madre, (in) cumple funciones también de padre de sus hijos (y hasta lo hace con orgullo). Matrimonios que, para mantener altos niveles de consumo, y a fin de satisfacer ese “*Ello*” individual, que los empuja a no postergar los placeres, gratificaciones y satisfacciones en el “*aquí y ahora*”, tuvieron que priorizar el dinero (para comprar y consumir), abandonando la formación y crianza diaria, no solo del “*Yo*” de su

hijo, sino también -y es lo más importante-, de ese “Ello” y “Superyó” infantil.

Es así, que en esta llamada *glocalización*, los hijos son (mal) criados por la televisión o por la trabajadora del hogar (ex empleada). Mientras los padres trabajan de sol a sol, y a fin de calmar -como diría Freud-, su “*sentimiento de culpa*”, surge la figura de la “calidad de tiempo”. Eufemismo, que se podría traducir, en que “*conformate con el tiempo que te doy*”. Con esta supuesta “calidad”, los padres intentan calmar (casi siempre sin éxito), a ese “*Superyó*” que les refriega en la mente, lo tan mal padres que son. Algunos, a fin de poder sobrellevar tan pesada culpa -muchas veces, de carácter persecutoria-, desarrollan cuadros de ansiedad, depresión, que por lo general no solo desembocan en el consumo indiscriminado de psicofármacos, sino, en serios trastornos mentales, que involucran el consumo de sustancias adictivas, una forma de *autoagresión* a su “Yo” freudiano.

Del “Yo líquido” al “Yo consumidor”

De hecho, esta “*educación líquida*”, en medio de una “*sociedad líquida*”, produce “*parejas líquidas*” -unidas según Bauman, por un “*amor líquido*”-, cuyos hijos, tienen como exponente decisorio en sus vidas, al “Yo líquido”. Un “Yo”, inmerso en una “*vida líquida*”, caracterizada por lo fugaz que son las vivencias, los sentimientos y las cosas. Una vida, donde todo dura muy poco, donde rápidamente tenemos que comenzar y comprar, sin detenernos casi nada, a reflexionar y analizar el porque de los finales, de las rupturas, de las transiciones que vivimos. Es decir, una “*vida líquida*”, que no permite la integración de las tres instancias freudianas: “Ello”, “Yo” y “Superyó”. Una “*vida líquida*”, que magistralmente describió Sigmund Bauman, y que, bajo el entendimiento psicoanalítico, bien podríamos comprenderlo, para luego explicarlo, en términos del “Yo líquido”.

La globalización, ha aumentado los niveles de “liquidez” propuestos por Bauman. Al volverse el hombre (y la mujer) más “líquidos”, han originado que el discurso de la política y el poder, para ser comprendidos, necesariamente deben ser interpretados psicoanalíticamente, en términos no solo expresos, sino más bien latentes. Más valioso es lo que *no se dice* en política, que lo se dice. El “Yo líquido”, es hoy en día, el gran consumidor en este mercado global, donde no solo encuentra bienes y servicios, sino también, consume *la política, lo político, e inclusive, al político*. En este contexto, el mercado prima sobre el Estado. No existe equilibrio entre ambos. El mercado y las políticas neoliberales, reproducen justamente, a ese “Yo consumidor”, a ese “Yo líquido”, del cual, Sigmund Bauman tangencialmente se ocupó. Y que Sigmund Freud, ni siquiera esbozó.

A nuestro pesar, hoy nos gobierna el “Yo líquido”, una especie de “Ello” desbocado, que ha puesto de rodillas a un sumiso “Yo”. Del “Superyó”, solo quedan algunos recuerdos en nuestra consciencia moral. Los valores y la ética han venido a menos, en el reino casi exclusivo del “Yo líquido”. En esta *sociedad de consumo*, más se valora el “*tener*”, que el “*saber*”, prima lo material y las apariencias. Lo que vale es lograr el éxito, llegar y mantener el poder, a cualquier costo, y pronto; así sea hasta sacrificando a los hijos, extirpando al “Superyó”.

Finalmente, querámoslo o no, estamos inmersos en una “*vida líquida*”, cuyo máximo representante es el “*Yo líquido*” psicoanalítico, constructo complejo de predecir, por ser el portavoz del “*Ello*” y del “*Superyó*”. Si bien es cierto, el “*Yo*”, fue concebido por Freud, para integrar lo *consciente*, *preconsciente* e *inconsciente* de estas tres instancias, y actuar en la realidad, este “*Yo*” freudiano, ha claudicado en su función, convirtiéndose, en un “*Yo líquido*”, y porque no decirlo, rebajándose a un nivel, de “*Yo consumidor*”.

*A continuación, presento 13 exposiciones brindadas en diversos encuentros académicos,
y extractos del libro “Vida Líquida”.*

*Mi propósito es la divulgación, y, sobre todo, el encontrar asociaciones, en el
pensamiento de dos grandes filósofos, como lo fueron,
Sigmund Freud y Zigmunt Bauman.*

Pedro Martínez Valera

Capítulo I

¿Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia?

- Sesión 1.** Sigmund Freud y el psicoanálisis
- Sesión 2.** ¿Quién “cura”?: ¿El analista, el paciente o la relación?
Esquema conceptual: Sesión 2
- Sesión 3.** Psicoanálisis o psicoterapia: Pros y contras
Esquema conceptual: Sesión 3
- Sesión 4.** Alianza terapéutica: La relación analista-paciente
Esquema conceptual: Sesión 4

Sesión 1

Sigmund Freud y el *psicoanálisis*

- ☞ El método catártico, permitía conocer el origen de los síntomas y conseguir su reducción, a través de este diálogo donde podía desahogarse.
- ☞ Al volver a Viena, Freud empieza a usar la hipnosis, como una manera de llegar al origen de los síntomas, combinándola con el método catártico y la sugestión.
- ☞ Freud, observa que, en todos sus pacientes, el “trauma” que ha ocasionado la enfermedad, es de naturaleza sexual y fuertemente vinculado a la infancia, trauma que ha caído bajo la amnesia infantil, bajo la represión.
- ☞ La interpretación es derivar de lo manifiesto, lo latente, lo inconsciente. La comunicación del paciente, solo tiene sentido y significado, si es interpretada, si es relacionada con sus experiencias infantiles.

Vamos a desarrollar, el tema vinculado a los inicios del psicoanálisis. Va a consistir, en una exposición, seguida de un diálogo con todos los presentes, de tal forma, que no sea una sesión expositiva, sino algo más abierto. Hay muchas maneras, de abordar este tema. Freud, a lo largo de toda su vida, desarrolló una serie de obras, que son muy buenas para dar la idea, de lo que son los orígenes del psicoanálisis. Les recomiendo leer, las cinco conferencias que dio en los Estados Unidos en 1909, publicadas en 1910. Son muy buenas, por su precisión didáctica y simplicidad. Para ese entonces, constituyeron la más acabada exposición sobre el

tema, dirigida para un público interesado y muy diverso. En términos generales, en estas conferencias, Freud aborda el sentido de los *síntomas*, la *represión*, el *determinismo psíquico*. También, los *sueños*, los *actos fallidos*, la *sexualidad infantil* y la *neurosis*. En la quinta conferencia, se expone sobre la *transferencia* y la *resistencia*. Luego de estas conferencias, Freud, en 1914, hace una presentación autobiográfica denominada, sobre la historia del movimiento psicoanalítico, para deslindar su participación y contribución.

En 1916, presenta ante el Colegio Médico de Viena, unas conferencias, que él

llama “*Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*”, donde participa público interesado, básicamente médicos (también las recomiendo leer), aunque Freud, las trata desdeñosamente. Estas conferencias, son mucho más amplias que las de 1910, abarcan más, con más precisión, realmente vale la pena leerlas. Son muy importantes conocerlas y disfrutarlas, para toda persona que quiera interesarse por el psicoanálisis. No produce nada parecido hasta 1925, donde elabora un estudio, referido a su presentación autobiográfica. Esta obra, fue hecha a pedido de unos editores -que querían reunir a un grupo de médicos-, para que expusieran sus contribuciones al desarrollo de la ciencia.

Después de esta obra, al siguiente año, hay un artículo que aparece en la *Enciclopedia Británica*, que es muy conciso, corto y bastante bueno. En términos generales, Freud escribe muy bien, ganó el Premio Goethe, esto le facilitó las cosas, cosa que no ocurrió con muchos analistas. Escribe con gran claridad, con belleza en el uso del lenguaje. Este artículo de 1926, es también muy importante. No se había publicado hasta ese entonces algo, sobre psicoanálisis, en la Enciclopedia Británica. En 1933, decide Freud, actualizar sus estudios, y escribe lo que él llama, *Nuevas Conferencias Introductorias al Psicoanálisis*. Estas no las dictó, las redactó a modo de conferencias. Las de 1926, sí las expuso ante un público. Aborda algunos temas nuevos, que aclaran, sobre todo, lo relacionado a la sexualidad femenina y a la pulsión de muerte.

Finalmente, en 1938, escribió un artículo póstumo e incompleto que aparece como, *Esquema del Psicoanálisis*. Lo redacta en ese año, antes de morir, pero

sale publicado en 1940. Este artículo no lo recomiendo, a diferencia de los anteriores, porque está escrito de manera dogmática, asertiva, es para personas con un mayor conocimiento. En este llamado *Esquema*, Freud hace afirmaciones muy contundentes, dirigidas a un público que él supone, que ya conoce toda su argumentación psicoanalítica. Aparte de lo antes mencionado, hay múltiples obras biográficas dedicadas a Freud. La más conocida, es una que vincula su biografía con la teoría psicoanalítica. Hace un esbozo biográfico, bastante bueno que, recomiendo por su brevedad, la edición es de Paidós, en castellano, en 1979. Hay otro libro, que se titula, *Freud, su vida en imágenes y textos*, editado por los hijos de Freud y otra persona.

Como les decía, voy a tomar el esbozo autobiográfico, como guía para hablar acerca de los orígenes del psicoanálisis, porque no se puede desligar el psicoanálisis de la trayectoria vital de Freud. Este es un rasgo único del psicoanálisis, negativo y exclusivo de él, objeto de controversias, interrogantes y cuestionamientos. Rasgo que tenemos que aceptar, como un hecho que se dio y es así. Es decir, en ninguna otra rama del conocimiento humano, esta tan entramada la vida de uno de los creadores, con el desarrollo de la ciencia. No sucede ni con Einstein o Newton. La física o la química no tiene nombre ni apellido propio. En cambio, el psicoanálisis todavía no puede desligarse del nombre y apellido de Sigmund Freud. Lo apunto, porque para ser consecuente con el psicoanálisis, hay que cuestionar todo. Y esto merece ser cuestionado e investigado.

Freud nace el 6 de mayo de 1856, nace en una ciudad en lo que era Checoslovaquia, parte del Imperio Austrohúngaro.

No tengo un plano moderno, para decir si pertenece a la República Checa u otra. Muere a los 83 años, el 23 de setiembre de 1939 en Londres, Inglaterra. Los padres de Freud, fueron judíos y él permaneció toda su vida, fiel a esa comunidad étnica. No es religioso, su ateísmo, lo acompaña toda su vida. La crisis económica, que se desencadena a raíz de factores ajenos a la voluntad del padre de Freud (que se desempeñaba como un relativamente próspero comerciante), hace que él, tenga que migrar en busca de un próspero horizonte. La crisis se origina, a raíz de la construcción de un ferrocarril. En suma, migran a Viena.

Sigmund Freud, llega a Viena a los cuatro años, y realiza allí todos sus estudios, de *gymnasium*, como se conoce en el sistema alemán y austriaco, los que vendrían a hacer los estudios secundarios y universitarios. Su padre de Freud, se llamaba Jacobo y había sido dos veces viudo antes de desposarse. Tiene varios hijos. Muere su primera mujer, con quien tiene dos hijos, que migran a Inglaterra. Son bastantes mayores, tan mayores como la madre de Freud. La madre de estos niños muere, y el padre de Freud, se casa muy rápido con Rebeca.

Poco antes del nacimiento de Freud, su padre, en homenaje al abuelo Jacobo, le pone a Freud el mismo nombre, pero en alemán, ósea Sigmund, que quiere decir saludo, paz. La diferencia de edades, entre el padre y la madre de Freud era de 20 años aproximadamente. Ella era bastante joven y tuvo un vínculo entrañable con Freud. Tenía una niñera católica, que lo llevaba a la iglesia del lugar. Ni bien Freud aprendió a leer, devoraba la biblia, tenía una gran curiosidad. Siempre fue el primer alumno en toda su carrera. Un

dato curioso: Durante sus estudios en el *gymnasium*, y antes de terminar su secundaria, uno de los exámenes que tenía que rendir, era el de griego (latín y griego son obligatorios en la cultura alemana). Lo que Freud elige para el examen de griego, es Edipo Rey de Sófocles. Lo elige a los 16 años, algo muy importante, ya que Freud no sabía mucho griego. Interesante, porque tiene toda la significación posteriormente.

Termina el *gymnasium* y vacila sobre su futuro. Tiene dudas acerca de lo que quería hacer. Pensó dedicarse a la política (a la Social Democracia), ya que tenía un amigo, pero, al parecer, luego no le interesó. También, pensó en el derecho, hasta que escucha una conferencia sobre la naturaleza. Este hecho, origina que Freud se decida por la medicina. Es una apología de la observación, por la naturaleza. Se matricula, ingresa a la universidad. La manera como se estudiaba medicina, en esa época, consistía en tomar cursos con un maestro, por ejemplo, dos años de anatomía o dos de fisiología, por dar unos ejemplos. No consistía en inscribirse, y llevar cursos regulares. Freud recalca en el laboratorio de fisiología, ahí se queda seis años, dedicado a investigar, realizando importantes contribuciones.

Solo abandona el laboratorio de fisiología, cuando su maestro lo llama a un lado, y le dice algo así, como que la tarea del investigador, no es rentable, aconsejándole que termine y se dedique a trabajar. Le propone, una plaza en el hospital de Viena, como asistente libre, de esta manera, su maestro le abre a Freud las puertas de la psiquiatría. En el laboratorio de fisiología cerebral, Freud empieza a desarrollar sus investigaciones. En un par de años da sus exámenes y se gradúa.

Su maestro de Freud (uno de los grandes de la fisiología alemana), estaba abocado a desarrollar una línea positivista y de investigación rigurosa. Por eso se quedó Freud con él, ya que compartía la defensa del paradigma positivista. Freud se fue convirtiendo, en un investigador riguroso, junto con otros más, aspiraba a desarrollar una explicación de toda la vida, de todos los fenómenos de la vida, a la luz de los fenómenos físicos mismos. Su objetivo era, que los fenómenos fisicoquímicos, debían de ser capaces de explicar la totalidad de los fenómenos vitales, para lograrlo, se valió de la observación y rigurosa dedicación en sus investigaciones.

Graduado Freud como médico, pensaba casarse, pero no tenía dinero. Sin embargo -ya que, en esa época, la carrera universitaria ofrecía estatus, prestigio y dinero, que permitía vivir bien-, es así, que decide proseguir en el ámbito universitario, dedicándose a la investigación. Publica una serie de trabajos sobre fisiopatología cerebral, elogiosamente comentados, bien recibidos por sus colegas, al punto que se gana una beca para ir a estudiar a Francia, con Charcot, quien era toda una eminencia, en el pensamiento neurológico mundial. Lo apoya su maestro. Este encuentro con Charcot, fue providencial. Charcot es una figura fascinante, realizaba en el hospital, grandes demostraciones clínicas con pacientes histéricos de ambos sexos. Demostraba fehacientemente, como sus síntomas eran susceptibles de ser producidos por sugestión hipnótica. La hipnosis, producía los síntomas histéricos. Estos descubrimientos, habría todo un campo para la investigación, ya que, hasta entonces, no se sabía absolutamente nada al respecto.

Charcot, muestra con la hipnosis, que los síntomas histéricos se producen por sugestión. Comprueba, que la histeria también se da en los hombres, cosa que, hasta ese momento, no era conocida y menos aún aceptada. Histeria viene del griego *hysteron*, que quiere decir *útero*. En la época de Hipócrates, dos mil años atrás, él elabora la *Teoría de la Histeria*, vinculándola al útero, y afirmando que la enfermedad, era producto, de las sucesivas migraciones del útero por el cuerpo de la mujer. Teoría que en la actualidad es descartada, pero que, en su tiempo, Charcot demostró, que esa unión, no tenía ningún sentido, es más, que existían histéricos varones.

Freud, queda fascinado de Charcot, a quien le ofrece traducir sus obras. A fin de demostrar lo que ha aprendido, se presenta a la Sociedad Médica, afirmando, que los fenómenos histéricos se producen por sugestión de hipnosis. Esto suscitó en Viena, un fuerte rechazo, ya que existían muchos prejuicios al respecto. Sus postulados, fueron catalogados como delirantes y absurdos. Fue tan grande el rechazo, que le cerraron las puertas de los hospitales, para que él no pudiese tratar pacientes. A fin de demostrar lo que afirmaba, condujo un paciente histérico varón -con todos sus síntomas histéricos-, hasta la Sociedad Médica. Esta, enmudeció. Nadie le da su apoyo, no le dirigen ni una palabra. Estos hechos, constituyeron el primer rechazo, de los muchos, que sufrió en su vida profesional, pero que no sirvieron para desanimarlo, sino más bien, para persistir en lo que estaba haciendo.

En su consulta, Freud se dedica a trabajar con pacientes "*nerviosos*" y neuróticos. En esa época, sólo existían dos terapias para tratar a los enfermos neuróticos; una

era la *electroterapia* y la otra, la *hipnosis*. Freud, se convence que la *electroterapia* no sirve para nada. Había un libro famoso, un manual de *electroterapia*, con descripciones cuidadosas y precisas, de qué hacer en cada caso. Freud, lo aplica a sus pacientes, no con buenos resultados. En cambio, la *hipnosis* sí demuestra su valor, suprimiendo los síntomas. Sin embargo, Freud se acuerda algo que le había contado antes de ir a París un médico, 12 años mayor que él, el Dr. Joseph Breuer; médico clínico, de enorme prestigio en Viena. Freud era su amigo. Lo ayudaba a Freud, incluso, hasta económicamente. Breuer le había contado (lo que luego fue el famoso caso de Anna O), que había descubierto un método, que él denomina *método catártico*, para el tratamiento de las enfermedades nerviosas, como la histeria. ¿Cómo era *este método catártico*? Breuer, había descubierto, que la enferma Anna O (cuyo seudónimo era el de una famosa feminista y luchadora social, de nombre Bertha Pakerhaeim), se aliviaba, toda vez que podía hablar acerca de sus síntomas. Ahora diríamos desahogarse, desfogarse. Hablar acerca de lo que la aquejaba en ese momento, podía revivir, desfogarse en términos de sacar el afecto, sacar las emociones que había tenido sofocadas, reprimidas. Ella, así se aliviaba de manera espectacular y desaparecía el síntoma.

Es así, que el *método catártico*, permitía conocer el origen de los síntomas y conseguir su reducción, a través de este diálogo donde podía desahogarse. Este afecto sofocado, era el que estaba produciendo el síntoma, al volver a aparecer este afecto nuevamente. Breuer descubrió, que, abriendo un diálogo a través de la palabra, y de fuerte impacto emocional, hacía que el síntoma desapareciera. Breuer, le había contado de esta paciente a Freud, éste ya

a París, le cuenta a Charcot, pero él no le da mayor importancia. A Charcot, más le interesaba, la neuropatología. Al volver a Viena, Freud empieza a usar la hipnosis, como una manera de llegar al origen de los síntomas, combinándola con el método catártico y la sugestión. Pero, pronto descubre las limitaciones que, en suma, ahora diríamos, que tienen que ver con la aparición de *resistencias* muy grandes, que originaba, que, si se superaba una parálisis histérica en un brazo, reaparecía el síntoma, en el otro brazo, o en la pierna. Se cancelaba el *síntoma*, más no, el *conflicto* que había originado la enfermedad.

Por otra parte, Freud no era muy buen hipnotizador, y a veces los pacientes le decían, “*no me ha hipnotizado doctor*”, esto originó, que poco a poco se vio obligado a abandonar la hipnosis. Freud, recuerda los trabajos de la escuela que versaban sobre el hipnotismo, y hace un viaje a Francia nuevamente a ver cómo trabajan. Allí toma conocimiento, de un hecho sumamente importante: todo aquello que, bajo efectos de la hipnosis, era olvidado, o sea, todo lo que hacía el paciente bajo órdenes de hipnotizar y estando él hipnotizado, se olvidaba totalmente, una vez que el paciente salga del estado de hipnosis. Pero aquello, no era una verdad total: también se llegó a saber, que, con una fuerte insistencia, la persona era capaz de recordar absolutamente todo y decir: “*si recuerdo que usted me dijo, que prendiera la luz tres veces y que debía olvidar todo*”.

Freud pensó, para que lo voy a hipnotizar, mejor me quedo con la sugestión. Es la época en que emplea, la presión sobre la frente, la sugestión. Les decía a sus pacientes: “*Eso que usted no recuerda, lo va a recordar cuando mi mano presione su frente*”. Y esto sucedía, más o menos, por

efectos de la sugestión. Pero era muy tedioso. Estos hechos están bien relatados, en un libro que se titula, *Estudios sobre la histeria*, escrito en 1895 junto Breuer, hace más de 120 años. Incluye el caso de Anna O, y si no me equivoco, cinco casos más. Freud, poco a poco, se ve llevado a dejar la sugestión. Los pacientes quieren hablar con libertad. Freud asume que el paciente sabe lo que quiere decir, pero que no quiere enterarse de aquello que sabe. Y entonces, Freud cambia de abordaje terapéutico, y les dice a sus pacientes: “*Lo único que le pido, es que usted, se recline en este diván y bágase cuenta que me está describiendo un paisaje, como si viajáramos en un tren, y yo esté en una parte del tren, en la cual no veo el paisaje, pero usted sí lo ve. Entonces, usted me va a describir, con toda exactitud, todos los pensamientos que pasen por su mente*”. Así Freud, sin proponérselo, arriba al famoso método de la *Asociación libre*.

La *Asociación libre* no es poca cosa, en realidad, es el instrumento, hasta ahora, más preciso para estudiar el funcionamiento mental. Aplicado con rigurosidad y precisión, permite a uno mismo, conocer de la cantidad de pensamientos que están en la mente. A través de la *Asociación libre*, se toma las comunicaciones del paciente, como un *material* valioso (tan similar como en la geología, donde la tierra es el material, como en microbiología y medicina humana, donde la sangre, también es el material). En psicoanálisis, el *material*, son las comunicaciones, relatos, expresiones, lo dicho por el paciente, los que son obtenidos mediante el empleo la *Asociación libre*. A través de ésta, se puede llegar a los recuerdos más significativos e inconscientes del paciente. Freud encuentra, en sus investigaciones, que los síntomas tienen un significado, un sen-

tido, que está por descubrirse, haciendo uso de la *interpretación* del material, por parte del analista.

La *interpretación* es derivar de lo manifiesto, lo latente, lo inconsciente. La comunicación del paciente, solo tiene sentido y significado, si es interpretada, si es relacionada con las experiencias de la infancia de los pacientes. Freud sostenía, que estos recuerdos, habían caído, en una *amnesia infantil*, que impedía su regreso a la consciencia. Recuerdos, sobre todo, de los cinco primeros años de vida. No cualquier tipo de experiencias, sino, inevitablemente, aquellas experiencias que caen bajo represión, y que producen síntomas son experiencias vinculadas a la vida sexual. Es de esta forma, en que aparece con enorme importancia, la sexualidad. Es todo un descubrimiento, hasta para el mismo Freud. Él era un típico burgués, con todas las limitaciones habidas y por haber, en plena época victoriana; por tales motivos, la observación rigurosa lo fascinaba, al punto que casi deja la medicina para dedicarse exclusivamente a la investigación.

Freud, observa que, en todos sus pacientes, el “*trauma*” que ha ocasionado la enfermedad, es de naturaleza sexual y fuertemente vinculado a la infancia, trauma que ha caído bajo la amnesia infantil, bajo la represión (teoría del trauma, que luego dejaría de lado). El estudio de Anna O le muestra a Freud, que es una joven en cuya vida, está ausente la sexualidad. Es decir, -según Freud-, Breuer no veía lo que era evidente, seguro por existir muchos rechazos y temores sobre la sexualidad en esa era victoriana. Freud, mediante la *Asociación libre*, no menciona que era el padre quién en 1895, había seducido, sino que mencio-

na, que es un familiar cercano, porque le da miedo decirlo. Ya bastante desafiaba a la época, con esto, seguro pensaba: “*me van a crucificar*”. Pero en posteriores escritos en 1923, 1925 y 1930, Freud sí dice que era el padre. Lo que descubre es que era falso, que esa seducción no había sido real, reiterada y persistente como sus pacientes le decían. En una carta famosa escrita en 1897, le cuenta a su amigo otorrinolaringólogo, “*mis histéricas me mienten*”. Pero, ¿por qué habría que mentirle las histéricas? ¿Por darle gusto?, puede ser, pero no es la razón de fondo. La razón es que no le mienten, sino, es que expresan el deseo, la fantasía infantil, en la cual se esconde ese deseo infantil, de que efectivamente había tenido lugar esta seducción, esta violación por el padre. Algo que, para Freud, expresaba el deseo incestuoso del *Complejo de Edipo*, vivencia que no sucedió en los hechos, pero sí en la fantasía.

Lo que sus pacientes le dicen a Freud, “*es que yo fui violada*”, léase, “*yo tuve el deseo de ser violada, y ese deseo hizo que tuviera una fantasía de ser violada. Luego me he creído esta fantasía y ahora vengo a decir que fui violada*”. No habían mentido sus pacientes, en el sentido intencional de la palabra, decían algo que era la expresión de su deseo, más no, en algunos casos donde no ocurría así, por ejemplo, en el *Caso Katharina*, donde se verá que sí ocurre la violación. Freud continúa investigando -con el método de la *Asociación libre*-, los orígenes de los síntomas. Cada vez se convence más, que el origen de los síntomas, está en la vida infantil, este ligado a la sexualidad y que esta vida infantil ha caído bajo represión, es decir, estas experiencias infantiles han sido desalojadas, excluidas de la conciencia.

En las conferencias de 1910, Freud, da unos ejemplos muy interesantes para explicar la *represión* (entendida como experiencias incompatibles con los valores que sustentan el estado consciente de una persona), y sobre todo, qué hacer para recuperarlas, y que éstas vuelvan del inconsciente a la conciencia. Para lograrlo, Freud menciona, que hace falta vencer una *resistencia* (es como cuando uno va al dentista, y le dice “*abra la boca*”, pero, la persona la quiere cerrar porque le duele). Hay que vencer una resistencia interna. Igual cuando uno va al oculista, “*abra el ojo*” le ordena, pero automáticamente uno, como un acto-reflejo, cierra el ojo. Hay que vencer una resistencia, la mente como que se cierra, tiene que hacer un esfuerzo el paciente, y también el médico, para que pueda permanecer fluido, el tránsito del material reprimido inconsciente a la conciencia.

Esta *resistencia* que encuentra Freud en sus pacientes, lo lleva a inferir la existencia del fenómeno de la *represión*. ¿Por qué encuentro resistencia? Porque algo que ha sido reprimido, pugna por salir a la conciencia. El analista, que intenta extraer lo inconsciente, se encuentra con esta *resistencia*. Freud, en su trabajo clínico, encuentra la *represión* y la *resistencia* como conceptos teóricos. Esto es fundamental en el psicoanálisis, ya que permite fundar el *inconsciente*, distinguir entre aquello que está en la conciencia y aquello que está fuera de la conciencia. Lo inconsciente es un campo determinado por la *represión*.

Posteriormente, Freud, divide lo inconsciente en inconsciente propiamente dicho y en *preconsciente*. Este es más cercano a la conciencia, susceptible de mayor conciencia. Lo inconsciente ha caído y

está bajo las órdenes, de la represión infantil. Prosigue sus investigaciones, solo con pacientes histéricas, que son las que primero trata: obsesivas y fóbicas; y se encuentra con que sus pacientes le traen muchos sueños. Es aquí, cuando decide aplicar al estudio de los sueños, lo mismo que daba como consigna mediante la *Asociación libre*: pide a sus pacientes, que sobre cada fragmento del sueño asocie con absoluta libertad, todo lo que le venga a su mente. De esta manera, descubre que, tras la fachada del sueño, tras lo que uno cuenta lo que ha soñado, que vendría a ser el contenido manifiesto del sueño, existe un contenido latente, que es 100 veces más amplio y 100 veces más rico. Cada escena, cada parte del sueño, lleva a múltiples *asociaciones*. Los sueños, al igual que los síntomas, tienen un sentido, un significado perfectamente comprensible, dentro de la trama de vida consciente del paciente. Descubrimiento revolucionario para esa época, que servía como método de tratamiento psicoterapéutico, para las neurosis.

Sus escritos, sobre *La interpretación de los sueños*, se publican en 1900. Abarcan la totalidad de la vida mental. No es solamente para enfermos o personas con trastorno mental, todos soñamos y nuestros sueños, dicen mucho de nosotros mismos, de nuestros deseos, frustraciones y anhelos. Es así, como el campo del psicoanálisis, automáticamente se expande y pasa de ser, de una teoría de propiedad de terapeutas y médicos, a pretender ser una teoría, que explique la totalidad de la vida mental de la persona común y corriente, que intenta explicar, los fenómenos tanto de la salud como de la enfermedad, del trastorno mental y del funcionamiento psicológico. La *Interpretación de los sueños*, es un libro clásico, magistral, tienen

que leerlo en su totalidad. Los seis primeros capítulos, tratan sobre la historia y las diversas teorías, que, hasta antes de Freud, existían sobre la interpretación de los sueños, astrología, lo que la gente común cree, tantos disparates, que dan risa.

El ingenio de Freud, hace de que junte todas estas teorías, y busque el nivel de verdad, que cada una de ellas tiene. Esto lo articula con sus descubrimientos. El capítulo 7 es la exposición más acabada hasta ese momento, acerca del funcionamiento mental. Este capítulo trata, sobre cómo funciona la mente para producir sueños, síntomas y sobre el funcionamiento de la mente en general. Explica las dos formas de funcionamiento mental: Aquella llamada *Proceso psíquico secundario*, que es con el que nos manejamos habitualmente en la vida, lo que viene a ser aquello guiado por la lógica Aristotélica. Y la otra, denominada *Proceso psíquico primario*, que es el modo de funcionamiento mental que Freud postula, y que tiene que ver con los niveles más arcaicos, más primitivos de la mente. Siendo una de sus principales características, el que la energía de este *Proceso psíquico primario*, circula libremente, a diferencia de la energía del *Proceso psíquico secundario*, que es energía fija y ligada, es decir, que hay una interpretación (la interpretación que estoy hablando sobre la interpretación de los sueños). La energía psíquica con que yo hablo, hace que yo tenga que seguir mi discurso de manera más o menos coherente, hasta donde me dé mi cerebro. Eso es energía ligada a la representación; característica del proceso psíquico secundario, todos la manejamos. La energía libre, producto del *Proceso psíquico primario* (ósea la energía con la que yo estoy hablando), no está fija, sino que puede separarse de esta representación y pasar

a hablar de otra cosa, -es como dicen irse por las ramas-, energía no ligada, libre, que circula libremente. Este *Proceso psíquico primario*, tiene además dos formas de funcionamiento: la *condensación* y el *desplazamiento*.

Para Freud, en la *condensación*, confluyen diversas representaciones, que se condensan en una única representación. Para que esto sea posible, tiene que haber energía libre, en circulación. Por ejemplo, todas las personas de acá se condensan en una sola persona. Eso lo puede hacer el sueño, yo puedo soñar eso, pero la realidad no me lo permite. Es el nivel primitivo, profundo, propio de los sueños, de los niños, y de los enfermos mentales gravemente perturbados, de los psicóticos. En cambio, el *desplazamiento* va de la mano con la *condensación*, el *desplazamiento* consiste, en que una representación investida de energía psíquica, es *desinvestida*, y se desplaza la energía a otra representación, después a otra y a otra. Como esos avisos luminosos. Un descubrimiento revolucionario, ya que permite entender, cómo se pueden construir y conformar los sueños. A esto se agrega la *figurabilidad*, es decir, un sueño completo, debe tener una cierta coherencia, para que cuando la persona despierte diga: *“tiene una cierta coherencia lo que he soñado”*. Una *figurabilidad*, también hace uso del simbolismo, como el cuerpo humano, los padres, la familia, las funciones y órganos genitales, el sexo.

Estamos en 1900, Freud está disfrutando todavía, lo que posteriormente él habrá de llamar *‘El espléndido aislamiento’*. Son 10 años en donde no lo quería nadie, su persona era objeto de prejuicios, rechazos. Sólo lo comprendía su familia, sus amigos. Breuer en un momento,

hasta se distancia de Freud a propósito de la sexualidad. *La Interpretación de los sueños*, en Alemania, mereció reseñas despectivas. No era reconocido. Empieza a llegar gente del extranjero que quiere conocerlo, estudiar con él. Allá por el año de 1902, 1903, termina el aislamiento y empiezan los primeros discípulos a llegar, como Sándor Ferenczi. En 1909, llega Stanley Hall, famoso psicólogo americano, rector de la Universidad de Clark, a invitar a Freud a que dé las conferencias conmemorativas al centenario de la universidad. Recién en 1910, Freud empieza ya a ser reconocido, se acerca Adler, Jung y Breuer. Algo importante, ya que, en esos años, la psiquiatría alemana y austriaca no quería nada con Freud. Marshall Meyer, luego de elogiarlo y de haber sido Freud su maestro, lo ataca muy fuertemente por lo de la sexualidad. Freud no tenía ningún respaldo, y vienen Breuer y Jung (quien era el jefe de la clínica de Breuer-Jung), y le dice que estaba interesado. Los dos eran famosísimos psiquiatras suizos. En ese momento en Suiza, la escuela de Josef Breuer, estaba considerada de rango mundial, por el alto nivel con que investigaban y aplicaban sus teorías al tratamiento de los enfermos mentales.

Freud se entusiasmó mucho con Jung, colabora y contribuye con él. El psicoanálisis se expande por Europa, se forman grupos en EE. UU., Alemania, Austria, Suiza, Inglaterra, Hungría y Rusia. Pero llega un momento, donde aparecen los primeros disidentes, siempre a propósito de la importancia de la psico-sexualidad. Es así como se separa Adler, Jung. Lo de Jung lo golpea fuerte a Freud, él estaba vinculado al mundo académico, no era judío. Freud temía, a que se vinculara el psicoanálisis, como un invento de los judíos, porque él era judío y algunos de

sus discípulos también. Se tachaba al psicoanálisis como la ciencia judía. La presencia de Jung, era por eso importante. A tal punto que Freud insistió para que le dieran la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Se jugó entero por Jung. Sin embargo, Carl Gustav Jung, tenía otra orientación, poco a poco se fue alejando -no solo por diferencias en torno a la sexualidad-, sino por otras maneras de comprender los fenómenos científicos. Jung era un místico, Freud un positivista, ateo, observador riguroso. Jung era intuitivo. Llega un momento en que ambos se distancian, Jung funda su propia escuela.

Surge la Primera Guerra Mundial y al finalizar, en Holanda, se reúnen diversos científicos de otros países a discutir. Científicos cuyos países acababan de ser rivales, algo meritorio. En esta época, surge el tratamiento de las *neurosis de guerra*. Pretendieron en un inicio, ser tratadas con electroterapia, y no pasó nada. Pero los psiquiatras instruidos por la teoría psicoanalítica, lograban éxitos espectaculares en el tratamiento de las *neurosis de guerra*, esto redundó, en una mayor aceptación del psicoanálisis. Esto sucedió, alrededor de 1914, época de gran producción intelectual de Freud, ya que profundiza sus investigaciones en torno al *narcisismo*. Freud menciona: *'me voy a permitir, intentar hacer una mirada detrás del muro, ese muro, entendido como aquello que nos protege'*.

Produce un célebre artículo titulado, *Introducción al Narcisismo*. Aquí diferencia la libido (que es la energía de la pulsión sexual), vinculada al *Yo* -libido narcisista-; de la libido vinculada al objeto, a otra cosa, a otra persona. Establece las relaciones entre una y otra. Del *Yo* parten

emanaciones hacia el objeto. Cuando el *Yo* está cargado, se dice que está con libido del *Yo*, que se dirige a cargar el objeto, de no suceder, está enferma y tenemos la libido de objeto dirigida. Pero en determinadas circunstancias, puede interrumpirse esta investidura del objeto por parte de la libido. Entonces, la libido se retrae al *Yo* otra vez. Sale hacia el objeto, pasa algo con el objeto, se suelta al objeto y se retrae. Este es el juego vinculado al narcisismo. Esto permitirá esclarecer posteriormente, fenómenos importantísimos vinculados a la psicosis.

Freud, escribe sus trabajos de *Introducción al narcisismo* y sobre *metapsicología* (que pretender dar cuenta teórica de conceptos, una teorización de sus conceptos antes dados), lo hace en 12 artículos de 1915, por desgracia, siete han desaparecido, entre los que se incluyen la represión, el recuerdo, repetición y elaboración, la dinámica de la transferencia, sobre la iniciación del tratamiento, entre otros. Ya con discípulos y con disidencias pasadas, Freud sigue produciendo temas, originados con su observación clínica. Freud trabaja con pacientes, hasta casi minutos antes de morir. El material de los pacientes le permitía hacer teorizaciones. Durante 1920 y 1924, produce importantes trabajos. *Más allá del instinto del placer*, postula la *pulsión de muerte*. Con esto inaugura un nuevo dualismo pulsional. Ya no es entre pulsiones sexuales y pulsiones de autoconservación, sino entre *Eros* que une las dos pulsiones anteriores, y *Tánatos*, que es la pulsión de muerte, vinculada a la compulsión a la repetición, tendencia a repetir un fenómeno, ligado a complejos fenómenos de índole fisicoquímico. Esto lo llevo a Freud, a interesarse en la psicología de las masas.

¿Podría aclarar más acerca de la *compulsión a la repetición*?

Es un fenómeno por el cual, hay la tendencia a repetir una experiencia permanentemente. Freud la conceptualiza, como que está en la base, de la pulsión de muerte. En donde no debe haber vida, un punto cero. Es más complejo, más allá del *Principio del placer* es la *compulsión a la repetición*, y esta es parte de la *pulsión de muerte*. Eros vinculado a todo lo que tiene que ver con la vida, y Tánatos con la muerte. En, *Psicología de las masas y Análisis del Yo*, se ve la relación entre el Yo y los fenómenos grupales, entre el individuo y la masa.

En 1923, finalmente, aparece el Yo y el Ello. Obra capital, que inaugura una nueva conceptualización de la mente humana. La primera conceptualización se refería a lo *consciente, preconscious e inconsciente*. Esta segunda formulación, no anula la primera, pero da cuenta de manera más precisa, algo discutido, del Yo, Ello y Superyó. El Yo es aquel que tiene que enfrentarse a la realidad, y adecuarse a ella y al mismo tiempo lidiar con el Ello, que es la caldera donde hierven todas las pasiones y todos los instintos reprimidos, inconscientes, que no pueden salir. También el Yo, se enfrenta al Superyó. Este es el heredero del *Complejo de Edipo*, aquella parte de la mente, que tiene que ver con las prohibiciones y normas morales que tenemos incorporadas. El Yo es un malabarista, que tiene que aplacar al Ello, conteniendo al Superyó y tratando de adecuarse a la realidad. Esto permite leer los fenómenos mentales o psicológicos, en términos dinámicos, tópicos y económicos. Los dinámicos relativo al inter juego de fuerzas que hay entre el Ello y el Yo y Superyó,

entre otros. Los económicos, relacionados al gasto de energía psíquica necesaria, para apoyar u oponerse a determinadas instancias. Y los términos tópicos, relativos al lugar que ocupan estos fenómenos: *Ello, Yo, Superyó*.

En 1924, Freud escribe, el *Sepultamiento del Complejo de Edipo*, obra con la que desde 1897-1898, había intuido y estudiado, acerca de la importancia del *Complejo de Edipo*, aspecto nuclear de las neurosis. Esto permite entender, el inter juego entre un padre, una madre y un hijo; los deseos, temores, odios, amores, desde la óptica del niño, respecto a estas dos figuras. Freud considera, que el psicoanálisis estaba bien posicionado, hasta antes de la Segunda Guerra Mundial. La anexión de Austria por Alemania, la persecución a los judíos, la irrupción y quema de sus libros, el robo de dinero, la detención de su hija Anna, lo obligan a salir de Austria y llegar a Inglaterra. Hecho a destacar, es que lo reciben con honores, e inmediatamente incorporado como miembro de la Royal Society (Sociedad Científica), vive 15 meses más. Freud muere el 23 de setiembre de 1939. Vivió 83 años. Fue principal actor, de enormes cambios que él contribuyó, en algunos casos, a crearlos, en torno a la comprensión de la mente humana. Contribuyó a hacer caer la falsa moral victoriana. En uno de sus escritos, Freud, afirma: “*Pienso que el psicoanálisis tendrá larga vida, se desarrollará como terapia, vinculado a la educación y como ciencia de los fenómenos mentales, del inconsciente. No solo de la enfermedad, sino también de las personas sanas. El psicoanálisis también será aplicado, al estudio de los mitos, las religiones, el arte, la literatura y el folklore*”.

Sesión 2

¿Quién “cura”?: ¿El analista, el paciente o la relación?

- ☞ El psicoanálisis, es un método dirigido al análisis de la *psique*, a través de la única vía de comunicación que conocemos, que es la *palabra*, el *lenguaje verbal* y el *preverbal*.
- ☞ Todo paciente que llega, es porque *sufre*. No hay persona que vaya a solicitar ayuda terapéutica, sino es que por alguna razón está *sufriendo*.
- ☞ Algunos pacientes, solo quieren resolver determinado problema, conflicto laboral, de pareja, algún desequilibrio en su vida. Aquí, la estrategia es otra, una *psicoterapia focalizada*.
- ☞ A veces uno no cura al paciente, sino que *el terapeuta intenta (inconscientemente) curarse por medio del paciente*. Y esto, es *iatrogenia*.
- ☞ La *cura* la entendemos, como cuando el paciente encuentra *su verdad*, y a través de ella *su realidad*

Vamos a ver ahora, lo que es la *psicoterapia psicoanalíticamente orientada*. La experiencia psicoanalítica de lo que es el *contrato* y el *en-cuadre*. Luego veremos, lo que es la teoría de la técnica. Todos estos, son aspectos en los que uno, debe tener experiencia, aparte, de lo que es la vivencia personal en psicoterapia, de la vivencia en el proceso terapéutico del paciente y otros aspectos. ¿*Qué cosa es la psicoterapia?* Es un trata-

miento, en un marco de relación interpersonal, y que tiene un respaldo en una teoría científica de la personalidad. Tiene un método dirigido al análisis de la *psique*, a través de la única vía de comunicación que conocemos, que es, la *palabra*, el *lenguaje verbal* y el *preverbal*. En el marco de la psicoterapia, se da una relación terapeuta-paciente, cuyo fin es curar. Todo aquel método que no apunte a curar con un procedimiento establecido, no tiene

marco ni es psicoterapia. Es fácil hablar de psicoterapia, pero no todo paciente puede entrar a un proceso psicoterapéutico. Se requiere de una evaluación *yoica*, de su Yo, para ver qué tipo de proceso, sea psicoanalítico, ortodoxo, orientado o de apoyo, requiere el paciente. No todos entran a psicoterapia clásica. Hay variables básicas, para ver si la persona reúne las condiciones para una psicoterapia clásica u ortodoxo.

Antes de cualquier proceso psicoterapéutico, se debe realizar un diagnóstico clínico, es decir, la clasificación psicopatológica, pero no con la idea de *marcarlos* o *etiquetarlos*, sino para saber a quién tenemos adelante, cómo abordarlo y qué estrategia de tratamiento (según el cuadro psico patológico) vamos a seguir. Es básico e indispensable un diagnóstico clínico no con la idea psiquiátrica de etiquetarlo, con una psicosis, neurosis, esquizofrenia, utilizando el conocido DSM-5, o el CIE 10. Otro factor a tener en cuenta, es el *dinámico*. Aquí tenemos que analizar, las características de personalidad del paciente, los elementos estructurales de la persona que tenemos frente: Cómo funciona el Yo, Ello y Superyó.

Existen tres elementos básicos para evaluar el Yo: *La adaptación a la realidad*, que comprende a las funciones sintéticas del Yo, funciones autónomas, funciones de pensamiento, construcción, el control de impulsos, y otros mecanismos más. Cada paciente trae una historia que tenemos que evaluar cómo se adaptó a determinadas circunstancias de su vida y época de su historia -esto es adaptación a la realidad. La otra función, es la *prueba de realidad*, implica el evaluar el juicio, especialmente la capacidad de la persona de poder verse hacia adentro, diferen-

ciar lo que es el afuera de lo de adentro, lo que está pasando internamente y lo que pasa en el exterior. Esta prueba nos refleja cuanto puede estar el paciente distorsionando la realidad. Puede estar percibiendo algo de sí mismo, pero que no está acorde con lo que realmente sucede. Por ejemplo, un paciente dice, “*mi mujer me presiona, me sigue demasiado, yo siento que ella me sofoca*”, puede estar él distorsionando, la mujer no lo sofoca. Seguro sucede, que él no tolera la cercanía, o que tiene determinados elementos fóbicos que lo hacen sentir que otro desea envolverlo. Existe una distorsión de la realidad, de sí mismo y del afuera.

En esta *prueba de realidad*, se da el *sentido de realidad*. Se ve mucho, en pacientes con delirios, en la fobia, más en la psicosis. Se llegan a extremos, de hasta lograr distorsiones en el cuerpo. Algún órgano, sea estómago, hígado u otro, está funcionando mal. Un órgano del cuerpo, está siendo el depositario de toda la angustia. La persona, está distorsionando el sentido de la realidad. Es así, como vamos evaluando el Yo. Si bien es cierto, que el Yo desde la *teoría estructural*, es el que involucra al Ello y Superyó, tenemos que tomar en cuenta, cuando el Ello avasalla al Yo. Igual podría suceder, cuando el Superyó, invade al Yo. Tenemos que evaluar también, cómo está ese Ello del paciente.

Para evaluar el Ello, tenemos que ver cómo está su *control de impulsos*, descontrol agresivo, psicosexual, en qué puntos de fijación se quedó, *¿en la etapa pre-edípica?* Aquí va a ser más difícil el pronóstico, que, si fuese en una *etapa edípica*, en donde el control de impulsos es menor, y el Ello va a controlar al Yo. Un Yo deja su control al Ello, lo vemos en personas totalmente agresivas, promiscuas.

Un 'Yo' frágil. Un paciente, que tenía que ver a los hombres orinando (satisfacción voyerista), que tenía un impulso que no podía controlarlo. Luego encontraba a cualquier hombre, y él solo les tocaba el pene, y se masturbaba. Había un descontrol del *Yo* y del *Ello*, este último, muy propenso al *acting*, donde ya en psicoterapia, tenemos que ponerle límites y trabajar con el *Yo* frágil e integrarlo.

También hay que evaluar el *Superyó*. No es la misma estrategia de abordaje, frente a un paciente que tiene internalizada figuras parentales muy rígidas, persecutorias, amenazantes, porque nos va a sentir igualmente amenazantes, persecutorios y rígidos. La estrategia va a estar en relajar su *Superyó*, y a que no se sienta tan amenazado. Hay que darle una psicoterapia más de apoyo y de complemento, relajando al *Superyó*. Es muy diferente, si nos llega otro paciente que no tuvo patrones de valoración internalizados, que puedan contener a ese *Ello*, un *Superyó* demasiado relajado y con el que tenemos que ser muy rigurosos.

Hay que tomar en cuenta, como han sido sus relaciones con los objetos. Es decir, de la manera como haya podido mantener vínculos con carga emotiva suficiente, importante con las personas, figuras parentales, substitutos, estas vivencias, nos las va a repetir con nosotros. Si no tuvieron un buen contacto parental, si no pueden relacionarse por problemas de relación e interpretación de padres, o con ese otro; ese individuo también va a tener problemas de relación en el vínculo de comunicación, porque va a repetir lo mismo que ha vivido con sus figuras parentales, Si pudo tener mejor vínculo y crear vínculos pulsionales (funcionales), estamos seguros de que va a crear víncu-

los funcionales con el terapeuta. Solo así, podremos armar una estrategia de trabajo a largo plazo, en donde va a ver empatía, alianza, buena relación con el otro y con su terapeuta. Ver cómo se relacionó con el padre, la madre, los hermanos, en el colegio, en la universidad, es tremendamente importante.

Esto va a indicarnos, cual ha sido la *carga emotiva de esos vínculos*, si se podrá vincular con el terapeuta o no. Va a ser más difícil ese vínculo, si es un paciente que llega y que no ha podido establecer vínculos anteriores, o que ha tenido problemas con las autoridades, la familia, pareja. Estas relaciones pasadas, se comienzan a repetir en el presente, dificultando el poder establecer vínculos en el presente. Va a ser muy difícil mantenerlo largo tiempo. Es aconsejable una psicoterapia de apoyo, breve o más focalizada, abierta, con riesgo de muchos *actings*. El paciente va a estar de uno a otro terapeuta, no va a poder mantenerse en terapia permanente, con un determinado terapeuta.

Las *relaciones objetales*, son básicas: El cómo haya sido esta relación con la madre, se va a repetir esta historia a lo largo de su vida, con el terapeuta, o la pareja y con otros. Personas muy suspicaces, con demasiada desconfianza, les va a tomar muchísimo tiempo para que puedan confiar y ver que no les va a pasar lo que antes les pasó, que lo dejaron, que la abandonaron porque no tuvo ese *vínculo-sostén*, que lograra contenerla. Tiene que transcurrir un buen tiempo, para que la persona pueda confiar en otro.

Hay casos, como el de una paciente, que es la penúltima de 10 hermanos, de padres separados, que se casa, sin que los hermanos sepan, pero después no puede

dejar la casa, la simbiosis, el deseo de estar ahí. Ella reconoce, que busca la pareja como un escape, porque desea y no puede salir a la vez. Pide consulta con una fuerte depresión -dos años, le tomó al terapeuta lograr la confianza. Algo importante, *la constancia objetal*, consiste en que uno va a estar ahí, el terapeuta va a estar cuando el paciente lo requiera, solo así el paciente va a mejorar en el tratamiento. Esta paciente, no pudo tener un *objeto internalizado*, que les asegurara que va a estar ahí en los momentos que se le necesitará. Cuando comienza a caminar un niño, aunque no este agarrado de la madre, la madre lo ve, y él entiende que no está solo, que su madre, sí está. Si camina y la madre no está, el niño no podrá internalizar una constancia u objeto, es decir, construir una *alianza básica*. Así en nuestra historia clínica, tenemos que precisar cómo fue su formación y manutención de vínculos, de ahí podremos mediante el análisis de sus *relaciones objetales*, armar una estrategia de trabajo,

Otro elemento de evaluación del paciente, es el nivel de motivación que tiene. El pronóstico va a ser mejor, si el paciente está motivado conscientemente a buscar resolver y elaborar los conflictos. No fue enviado por la familia ni por la pareja. Tiene que ir a terapia por su propia decisión, a encontrarse a sí mismo. Hay que indagar sobre su motivación, así podremos elaborar la estrategia con mucha más seguridad. Puede ser un tratamiento abierto, que dure cuantos años sean necesarios, o un tratamiento focal o en el síntoma. Algunos pacientes, solo quieren resolver determinado problema, conflicto laboral, de pareja, algún desequilibrio en su vida. Aquí, la estrategia es otra. Una de seis meses o un año. A veces pasa, que luego de ese tiempo, el paciente se motivó

más, y empieza a indagar sobre sí mismo, sobre su historia. Si llegó no tan motivado, se le puede motivar con la terapia. Depende de su capacidad *yoica*, de su interés. De la psicoterapia focalizada se puede ir a una abierta.

¿El objetivo de la psicoterapia es la cura? Si llega un paciente homosexual, ¿cuál sería el objetivo?, ¿que acepte su homosexualidad?, ¿o qué?

Depende de lo que él quiera. Puede ser que la homosexualidad es una máscara para no poder relacionarse. Puede tener su pareja de 15 años de relación. Puede ser homosexual para encubrir otros problemas de vínculos, de relaciones objetales. La cura, no estaría, en que el paciente desista de su homosexualidad, sino, en los problemas de adaptación al medio que padece. Pero esto sucede aquí, en otros países, es más aceptada la homosexualidad. Es más, existen psicoanalistas abiertamente homosexuales. La idea es poder integrar al homosexual con su grupo. Puede deberse a padre o madre muy ausente, separados. La cura está, en promover su interrelación a pesar de su homosexualidad, que no la tome como excusa para no entablar nuevas relaciones. La cura se da en un proceso de psicoterapia abierta. Si es focalizada, se habla simplemente de equilibrar y superar un duelo, que se ha hecho traumático, entre otras posibilidades de consulta. La psicoterapia psicoanalítica, apunta al conflicto permanente, más no a los síntomas, los que son su expresión pasajera.

¿Cómo es la cura en la psicoterapia abierta?

Cuando hablamos de curación, hablamos de la división de los síntomas. La psi-

coterapia abierta es la más pegada al psicoanálisis ortodoxo, en donde, el objetivo es lograr cambios estructurales en la persona, en la estructura del 'Yo'. En una psicoterapia focalizada o no abierta, está más concentrada a buscar los síntomas, por eso se le conoce, como una psicoterapia que *cura de síntomas*. La otra, sí produce cambios estructurales en las personas.

Cuando se establece un tiempo, de seis o un año de tratamiento, ¿es porque así lo demanda la psicoterapia focalizada en los síntomas?

Cuando focalizamos, es porque al evaluar vemos que la persona no va a resistir una psicoterapia abierta o profunda, o porque no tiene los recursos *yoicos* suficientes. Mejor es una psicoterapia de apoyo, que la ayude a superar o controlar, la presencia de elementos fóbicos, miedo de salir a la calle, obsesivos, actitudes agresivas de descontrol. Tenemos que estar atentos a la demanda del paciente, sea cual fuesen sus recursos *yoicos*, solo así podremos ofrecerle la psicoterapia necesaria. Puede ser algo de coyuntura. Puede pasar malos momentos laborales, presión. Uno así se dé cuenta de que existen otros conflictos, debe respetar la demanda del paciente. Se evalúa, al finalizar, el tiempo propuesto, según lo acordado.

Hubo un caso, de una paciente que no podía trabajar, se sentía exaltada, que todos la miraban, no quería usar falda, solo pantalones y determinado calzado. Se comenzó a trabajar su autoestima, pasado un año, ya iba a la playa, comenzó a aceptarse, la angustia era tal, que en la sesión caminaba, no se sentaba, no podía estar quieta. No caminaba bien y se adaptó al medio. Luego no quiso trabajar psicoterapéuticamente más. Era melliza, con

hermano esquizofrénico. No continuo, por más que su psicoterapeuta hubiese querido, había que contenerla, apoyarla y levantarle la autoestima. Si hay una adecuada estructura *yoica*, uno puede apuntar a una psicoterapia abierta, sino mejor una psicoterapia de apoyo. El adolescente revive más, en torno a todo aquello que vivenció durante su infancia. Es difícil en estos casos, hacer grandes cambios estructurales. Estos recién se dan a partir de la adultez, donde ya está consolidada su personalidad. Aquí si se ve lo que lo marcó. En el adolescente, están dándose cambios en la búsqueda de sí mismo.

Creo que la cura es relativa, difícil de definirla. ¿Existen diferencias entre los objetivos del psicoanálisis y los de la psicoterapia, en función a los pacientes psicóticos y no psicóticos?

Existe una psicoterapia, que está muy cercana al análisis, donde casi no hay diferencia, la única sería el punto de regresión. El análisis, *regresiona* -por su secuencia de cuatro a cinco veces por semana-, a niveles más profundos. En la psicoterapia muy pegada al análisis, casi no hay diferencia. Hay elementos que no varían, por ejemplo, *el encuadre, la escucha, la abstinencia, atención libre*. Varía, cuando se habla de psicosis, las herramientas técnicas, puedes hablar de psicoterapia psicoanalíticamente orientada, pero el abordaje técnico varía. Varía, en cuanto no vas a interpretar al psicótico, sino que vas a confrontarlo con la realidad, vas a contenerlo. Aquí se marca una diferencia con el psicoanálisis. Este se acerca al psicótico a través de la psicoterapia-psicoanalítica. Estas son gradientes de la psicoterapia. Una más pegada al psicoanálisis, otras más al apoyo o *holding* al paciente.

La cura en el psicótico es relativa. Hubo un caso de un psicótico, que, si su consulta era a las 11 de la mañana, llamaba a las 11:30, para decir que no podía ir. La constancia, el vínculo, lo ayudaba a sostenerse, ¿se curó o no?, no se sabe. Decir que se curó es muy relativo, es como decir que alguien es normal. ¿Existe alguien con un 100% de normalidad? Todos tenemos algo de neuróticos. No curamos como terapeutas, lo reestructuramos, propiciamos que encuentre su punto de equilibrio, para que pueda funcionar en el medio. La cura la entendemos, como cuando el paciente encuentra su verdad, y a través de ella su realidad. Cuando más buscamos la verdad, más presencia encontramos, de la realidad.

¿El tiempo de duración de una sesión de psicoterapia o de otra psicoanalítica, hay diferencia?

No. Hay quienes trabajan con 45 o 50 minutos. ¿Algunos con 30? No. Son 45 o 50 minutos de psicoterapia psicoanalítica o de otro enfoque. Existen sesiones de 30 minutos, pero estamos hablando de psicoterapia breve (brevísimas) de tan solo tres meses.

¿Se sigue usando el diván?

Sobre esto, nunca nos vamos a poner de acuerdo, hay quienes trabajan en diván. Otros dicen que el *cara a cara*, es el estilo del terapeuta. El diván ayuda más a la regresión, no es una defensa para el psicoanalista, como algunos -desubicados y poco leídos-, sostienen. En Argentina, todos usan diván. Es que es más analítico. Desde el momento que tu estas echado, favorece la regresión. El *cara a cara* limita al paciente. Ve tus facciones y no se concentra en sus recuerdos. En Inglaterra o

Argentina, se ríen si tú les preguntas si usan diván. Aquí nosotros no siempre lo usamos, será porque somos subdesarrollados, tendremos algo de miedo, temores en el manejo del paciente. Hay que estar muy bien preparados, para manejar, y sobre todo saber *contener*, al paciente desde la regresión.

¿Qué hace de que uno elija a un terapeuta hombre, mujer u homosexual?

Los *recursos del yo*. Hay personas que quieren estar *cara a cara* con su terapeuta. Algunos pacientes optan por el diván. El terapeuta debe estar bien preparado, sea del género que sea. Hoy en día, la teoría psicoanalítica freudiana, está muy cuestionada. Mucho nos sirve la *Teoría de Relaciones Objetales*, los grandes aportes de Donald Winnicott, de Melanie Klein, por solo mencionar a dos. También, son valiosos los llamados teóricos del Yo. En la *Primera tópica*, Freud aborda el consciente, preconscious e inconsciente; en la *Segunda Tópica*, da un giro y desarrolla el Yo, Ello y Superyó. La idea, es tener un buen manejo, no solo de estas dos tópicas, sino también de todos los aportes de los posts freudianos, aquellos que hicieron estudios posteriores a la muerte de Freud.

Otro punto importante, es la disposición psicológica que tiene el paciente. Facilita el abordaje, porque cuanto más capacidad de introspección de la persona, mejor disposición va a tener para entenderse y elaborar su propia conflictiva, y comprender a los demás. También la ayudará, a reconocer sus impulsos y pensamientos. Hay personas que no pueden verse a sí mismas. Ven solo al otro. Tienen una enorme rigidez, al ver y al verse. Cuantos más *mecanismos de defensa* tiene una persona, tiende a suplantar uno por

otro, una vez que el terapeuta minimiza uno. Si es muy racional, trabajemos con lo racional. Si solo tiene un mecanismo de defensa, y nosotros lo confrontamos, la persona tiende a desorganizarse. Hay que saber qué mecanismo de defensa utiliza el paciente, para nosotros plantear la estrategia.

A más *mecanismos de defensa*, mejor, porque va a resistir el proceso terapéutico profundo y luego de los 50 minutos, saldrá de la sesión estructurado. Si solo tiene una defensa y se le quita, se va a descompensar. Si no evaluamos bien al paciente, podemos desorganizarlo, tenemos que saber qué terapia necesita, más de análisis, apoyo, *holding*, terapia breve u otras. Hay que saber muy bien, con qué estrategia vamos a intentar acercarnos al paciente, evaluando sus *mecanismos de defensa*, a fin de no cometer iatrogenia, a fin de no dañar a la persona, con sufrimientos innecesarios.

Una de las cosas a evaluar, ¿es el nivel de sufrimiento del paciente?

Todo paciente que llega es porque sufre. No hay persona que vaya a solicitar ayuda terapéutica, sino es que por alguna razón está sufriendo. Puede al inicio, hacerle un *holding*, para que la persona -debido al enorme sufrimiento-, no se desarme. Siempre existe ese dolor psíquico, existe un fuerte sufrimiento, todos tenemos una historia en donde se enlaza este sufrimiento -siempre existe, aunque lo neguemos-, pero aprendemos a convivir con él. Lo correcto, es empezar con una evaluación con todas las variables y elementos que hemos visto y mencionado. Luego viene la entrevista. Echegoyen, nos dice, que en la entrevista lo que pretendemos ver, *es cómo funciona un individuo*

y no cómo dice que funciona. En la entrevista lo que se quiere, es averiguar lo que el entrevistado no sabe, ni es consciente. Lo que nos proponemos en la entrevista, es determinar y evaluar su salud mental, a fin de recomendar el tipo de tratamiento que pueda convenirle.

La participación del terapeuta durante la entrevista, es mínima. Se debe dejar la iniciativa al paciente, que hable lo que él desea expresar, con toda la libertad que tiene. Si llega muy ansioso o bloqueado, lo que se hace -con un gesto-, es invitarlo a seguir hablando, a que prosiga vertiendo, toda esa comunicación embalsada. En la entrevista, se toma en cuenta, desde la primera llamada. La voz, su modulación, estilo, demanda, eso es parte de la vivencia misma. Luego se le explica, que va a ver, un proceso de evaluación de cuatro o cinco semanas, y que luego se iniciará la psicoterapia. Después de la evaluación, se le va a dar al paciente, una devolución muy sucinta y escueta, de lo que -según el terapeuta-, trae el paciente, y como se abordaría su consulta, pero sin entrar en muchas profundidades, ni detalles.

Hay psicoanalistas, que, desde la primera entrevista, le dan a la madre del paciente, un diagnóstico de lo que tiene su hijo, ¿está mal o bien?

No es bueno *etiquetar* a la persona. A la familia -tal como hacemos en la *clínica de día* con pacientes psicóticos-, se le reúne y se le explica el trastorno mental, si este requiere de farmacología, dándole algunas pautas sobre el tratamiento, y lo que es muy importante, sobre *situaciones de convivencia*, a tener en cuenta. Si se le dice que es un psicótico, lo puede asumir como una defensa, como algo consumado, permanente; entonces, si

no tiene cura ni mejora, ¿para qué ir a psicoterapia? Esto pasa mucho en la clínica psiquiátrica, es costumbre de los médicos psiquiatras, que basados en sus manuales *patologizantes, etiquetan* con innumerables trastornos mentales a los ya de por sí, sufridos pacientes. Cuando llegan a psicoterapia, ya tienen un *auto estigma* negativo, que hace aún más difícil el tratamiento y la evolución positiva de su salud mental.

Lo que uno hace es decirle al paciente, algo así como, *“usted tiene estos problemas, esta retraído, desanimado, sin ganas de interactuar, triste, a veces con pensamientos negativos”*. Esto sin ponerle la *etiqueta* de psicótico. Conozco muchos casos, donde al paciente se le dijo que era *psicótico*. A otro, una psicóloga, en su informe de evaluación, lo catalogo, como *paranoico* con principios de *homosexualidad*. Desgraciadamente, como en toda profesión, no todos los pacientes encuentran, a profesionales idóneos.

Pero si tú te das cuenta de que sí existe una *homosexualidad latente* y él te pregunta ¿respondes o lo obvias?

Hace poco llego a consulta, una jovencita cuyo psicólogo, le había dicho que era homosexual, que le gustaban las imágenes femeninas. Llega con mucho miedo. El terapeuta trabaja todo lo que le está pasando, todo lo que está detrás de esa homosexualidad, que puede en algún momento salir y exponerse. Lo censurable, es que existen personas, que no están entrenadas para realizar psicoterapia, que solo escucharon algo de Freud, que nunca lo estudiaron y que peor lo comprendieron. Tenemos que seguir exigiendo, que los psicólogos, para hacer psicoterapia, deben tener otro proceso de formación,

una vez obtenido su grado de licenciatura. Podrán realizar evaluaciones, diagnósticos; pero el gran error está, en hacer psicoterapia sin ninguna base teórica, sin haber pasado por un entrenamiento personal, de como mínimo dos años de duración, que incluya psicoterapia personal.

Recuerdo haber visto, a un paciente cuyo psicólogo, le dijo que su problema era que necesitaba tener relaciones sexuales. Al parecer, leyó *-y mal-*, la *primera tópica* de Freud; creía que con sexo solucionaba su angustia. Es como recomendar tener una amante, para solucionar sus problemas. La psicoterapia, requiere de una densa formación teórica, análisis y psicoterapia personal, aparte de supervisión. Tú no vas a tratar a otro, si previamente no te has tratado a ti mismo. Uno se cree omnipotente. A veces uno no cura al paciente, sino que *el terapeuta intenta (inconscientemente) curarse por medio del paciente*. Y esto es *iatrogenia*. Y debe ser denunciada. En la terapia psicoanalítica, se trabaja mucho el narcisismo, la omnipotencia de uno mismo, sino el terapeuta se cree el rey, el salvador, el poseedor de la única verdad.

Veamos un poco, lo que es el *contrato* y el *encuadre*, y dejamos para la próxima sesión, lo que respecta a la teoría de la técnica. El propósito del contrato y encuadre, viene a ser lo mismo. Consiste en definir, las bases del trabajo que se va a realizar, de modo que ambas partes tengan una idea clara de los objetivos, expectativas y dificultades, que compromete el tratamiento analítico. Esto es recomendable, para evitar que después o que, durante el proceso de la psicoterapia, puedan surgir ambigüedades, errores o malentendidos, que hagan retroceder los avances conseguidos por el paciente.

En el *contrato psicoanalítico*, quedan fijadas las variables, de *setting* (o encuadre), horario, honorarios, vacaciones, formas de pago. La norma, que es usual en terapia, es que cuando no asiste a su sesión el paciente, con todo, tiene que pagarla. La regla fundamental consiste en la *Asociación libre*, también se le explica, la frecuencia de las sesiones, la idea es que quede todo lo más claro posible. Al paciente, se le debe decir todas las dificultades que va a tener, las resistencias, el dolor y sufrimiento. La suspensión del tratamiento, es parte del proceso psicoterapéutico. Hay que explicarle, que cuando sufra, tiene el paciente que recurrir, a esas partes más conscientes de sí mismo. Y no dejarse vencer por las *resistencias*, ni por los *mecanismos de defensa*. El contrato ayuda a la alianza del trabajo.

Cuando hay resistencias, que dificultan el vínculo por problemas en las *relaciones objetales*, uno tiene que lograr, que el paciente las enfrente y acuda a sus sesio-

nes de psicoterapia. Uno no debe dejarse vencer. Recuerdo haber escuchado a un paciente decir: “*yo sabía -por ti-, que esto me iba a suceder, y no me amilané*”.

El contrato, es posterior al diagnóstico (que no debe ser entendido, como el ponerle una *etiqueta* al paciente), cuando el psicólogo culmino, todo lo concerniente a la evaluación. El compromiso, de la sola evaluación, no es psicoterapia. La evaluación psicológica, dentro de un tratamiento de psicoterapia, hace que el terapeuta, tenga una actitud activa. durante cuatro o cinco semanas. Con el contrato, recién empieza la psicoterapia, con una frecuencia de una o dos veces por semana. De 45 o 50 minutos, según la escuela de trabajo. Al paciente, hay que explicarle en que consiste el tratamiento. El tiempo que va a durar tiempo va a durar. Si está motivado, se opta por una psicoterapia abierta, si solo viene por algo puntual, se puede establecer un tiempo límite, todo depende del requerimiento específico.

Esquema conceptual:

Sesión 2

1. Diagnóstico Clínico. (Neurosis, Psicosis...)
2. Diagnóstico Dinámico (*Yo – Ello – Superyó*)
 - Criterios para evaluar al “Yo”
 1. Adaptación a la realidad.
 - Control de impulsos.
 2. Prueba de realidad.
 - Juicio.
 - Diferenciarse de otro objetivo.
 - Nivel de distorsión de la realidad.
 - Sentido de realidad.
 - Criterios para evaluar al “Ello”
 1. Control de impulsos.
 - Agresividad.
 - Fijación oral/anal...
 - Criterios para evaluar al “Superyó”
 1. Perseguidor, crítico, amenazante, rígido.
 2. Nutritivo.
 3. Relaciones Objetales – carga emotiva de los vínculos.
 4. Constancia Objetal
 5. Motivación → Disposición Psicológica
- Psicoterapia focalizada- Problemas puntuales
- Psicoanálisis → Cambios estructurales → Fuerza Yo } No Cura- Se enfoca a los síntomas
Reestructura- Se enfoca al conflicto
 - Psicoterapia Breve o *Holding*
 - Ir desbaratando, uno a uno, Mecanismos de defensa → No desestructurar
- Porque sufre el paciente- Dolor psíquico.

Sesión 3

Psicoanálisis o *Psicoterapia:* Pros y contras

- ☞ El *análisis* es bueno para el paciente, pero para el analista es pésimo.
- ☞ Un buen paciente se *cura* con un buen analista o con un mal analista.
- ☞ La *interpretación* en el psicoanálisis, busca la *verdad*, mientras que, en la *psicoterapia*, lo que se busca, es encontrar lo bueno para el paciente.
- ☞ La efectiva *resolución del conflicto*, no es necesaria para el *cambio terapéutico*.
- ☞ ¿*Qué es lo que cura?* Cura la técnica, la teoría, ¿cuál es mejor? ¿O es que lo que realmente cura es la relación que se establece entre analista con su paciente?

Voy a hablar desde las dos perspectivas: Psicoanálisis y psicoterapia. Es una de las preocupaciones que, de manera expresa o latente, desde décadas atrás, mucho se ha dicho, pero poco se ha comprendido. Si los mismos psicólogos no la tienen claro, imagínense, lo confundidos que estarán los sufridos pacientes. En determinados centros de formación, aún no se ha establecido en su enseñanza, la diferenciación entre ambas. Desarrollaban una enseñanza similar a la de un instituto cualquiera de formación psicoanalítica. Esto originó, la inexisten-

cia de un espacio para el entrenamiento y la atención, de la psicoterapia propiamente dicha. Interesante fue comprobar, el giro de docentes psicoanalistas, a docentes psicoanalíticamente orientados.

En este contexto, tomo mayor relevancia, la práctica de la psicoterapia breve, porque muchas personas que asistían a consulta, no encajaban en el formato del psicoanálisis. Como que había una distorsión entre la demanda y la oferta psicoterapéutica. Los pacientes, no querían quedarse seis meses o un año, sólo que-

rían consultar dos o tres problemas que los aquejaban, situaciones de la vida diaria, como un ajuste en el crecimiento con el hijo, crisis maritales, desencuentros de la adolescencia y otros. Más allá de estos requerimientos, las personas no tenían ninguna motivación por tocar conflictos de una manera más profunda o estructural.

Antes de abordar, discriminando las diferencias entre psicoterapia breve de lo que es el psicoanálisis ortodoxo o también denominado análisis a secas, creo que es importante para su comprensión, hablar del surgimiento del psicoanálisis en nuestro país. A partir de los años 70, regresa al Perú Saúl Peña, y presenta el psicoanálisis como algo muy ajustado a exigencias de formación, que inmediatamente confronta con todo lo que había en el medio (una serie de personas que se habían formado, más o menos de manera autodidacta). Eran personas muy capaces, pero que de pronto se vieron opacadas por la presencia del psicoanálisis. Luego vienen Max Hernández y Carlos Crisanto, y los tres, empiezan a realizar grupos de desarrollo del psicoanálisis.

Para ese entonces, había bastantes profesionales que estaban trabajando en psicoterapia. Algunos de ellos, posteriormente, intentaron desarrollar escuelas de psicoterapia, centros de formación psicoanalítica. Todos por desgracia, fracasan, ninguna pudo establecerse por diferentes razones. Todavía no existía una diferenciación clara entre psicoterapia y psicoanálisis. Muchos de estos psicoterapeutas, tuvieron que formarse como psicoanalistas, para sentir que accedían a aquello que estaba opacando su creación. Es así, que entra a tallar el prestigio, el psicoanálisis da mucho prestigio, y no es algo casual;

es muy trabajado, adelantado y meritorio. Aparte que exige mucho estudio y conocimiento personal. Pero, ¿qué hace sentir que la psicoterapia es una cosa, tipo psicoanálisis de segunda?, ¿o que la psicoterapia es algo inconsistente, *chicha*, que no tiene méritos, de poco valor, y que no está bien sustentada en un cuerpo teórico con evidencia científica?

Paralelamente, venían otras corrientes, que se establecieron en la Escuela del Hospital Obrero, al frente estaba el Dr. Carlos Alberto Seguí, el cual formaba psiquiatras dinámicos, miembros de la Asociación de Psicoterapia Peruana. Esta poco a poco se opacó, y surgieron otras, como la del *Análisis Transaccional*, la *Gestalt*, la *Conductual*. Tanto los psicoanalistas, como Max Hernández y Carlos Crisanto egresan -con muchos otros más-, de la Escuela de Carlos Alberto Seguí. Todo esto quiero confrontarlo, con la línea, y el estatus de la psicoterapia. Y de ser posible, analizar cuál es el elemento que ha retardado, impedido el desarrollo y la evolución de la psicoterapia en nuestro país, y saber, como se percibe el ser un psicoterapeuta psicoanalíticamente orientado.

Recuerdo cuando un docente nos contó, que estando en su auto por Chorrillos, vio a un *negro* caminando con otro, y lo reconoció, ya que había sido su paciente en el hospital. Paró el auto, no se aguantó y le pasó la voz. El *negro* estaba igualito, a pesar de haber sido un paciente bien difícil, un paciente muy problemático. Para el terapeuta, fue todo un reto sacar al *negro* de su situación. Era un *negro* pendenciero, alcohólico, psicopático; para que se hagan una idea, había quemado su casa en un ataque de ira; pateaba a su mujer y a sus hijos. En el hospital, tenía

como costumbre amenazar a la asistente social para conseguir cosas. Era un *negro-problema*.

Prosiguiendo con su relato, el terapeuta empezó a darse cuenta, qué recursos tenía este paciente. Se relacionaba bien con los otros pacientes. O sea, su frente conflictivo iba por otro lado. Como estrategia, se alió con el enfermero, para ver como capitalizaban el elemento conflictivo del paciente. Así, ambos trataron de potenciar y estimular, las *fortalezas yoicas* del paciente. estimulábamos. Solo tenía tercero de primaria, se quería quedar en el hospital, estaba comodísimo, era una persona muy simpática en su trato. Poco a poco, lo convencimos a ir al consultorio externo -era difícil tramitar el alta-, al punto que un día le dijo, *“usted me ha jodido, yo cuando tenía problemas tiraba mis tragos, rompía, peleaba y así pasaban las cosas. Ahora, usted me ha dicho que la cosa está acá (le señaló su cabeza)”. Necesito trabajar, no sé si usted tiene una chambita*”. Lo recomendó, a una persona que conocía, y cuando ahora lo encontró en Chorrillos, le dijo que seguía en ese trabajo. Al verlo, su ex paciente, le agradeció por todo lo que había hecho por él.

Lo relatado, me trajo a la memoria, a una eminencia y ex presidente de la Federación Internacional de Psicoanálisis, que había trabajado en EE. UU., por más de 30 años, en líneas de investigación de tipo comparativa, entre psicoterapia y psicoanálisis. En un estudio donde participaron 42 pacientes, que fueron tratados unos una terapia analítica o psicoanálisis, y a otros con técnicas de psicoterapia breve, de apoyo o focalizada. Lo interesante, de esta investigación longitudinal, es que luego de un seguimiento por más de 10 años, han verificado cual ha sido la evo-

lución de cada uno de estos pacientes. Han confrontado sus hipótesis iniciales de estudio, si se han cumplido o no. Han confrontado, por ejemplo, si la única manera de lograr (esto es un mito que siempre nos acompaña) cambios estructurales y profundos en la persona, es a través solo del psicoanálisis, y no con la psicoterapia.

Seguro la conclusión fue, que con la psicoterapia también se podía llegar a tener cambios estructurales en la persona.

Interesante lo que mencionas, pero esa no fue la única conclusión. Al contrario, una de las conclusiones principales, es que sobre esta base -propuesta hipotética que solamente, con el psicoanálisis se logran cambios profundos-, el estudio no encontró diferencias, para seguir sosteniendo eso. Uno de sus resultados, concluyó, que, con intervenciones de psicoterapia de apoyo, sí se podían lograr cambios estructurales en la persona. Es decir, algunos rasgos de la personalidad podrían -a partir de una modificación de algunas de sus características-, favorecer cambios a nivel de toda la estructura del paciente. Esta investigación es muy importante, porque parte de un psicoanalista sin prejuicios sobre su quehacer profesional. Como conclusión final, es que no encuentra diferencias estadísticas significativas, sobre cual, de las dos, origina cambios estructurales o no.

Leí un artículo, un trabajo sobre psicoterapias, que comparaban al psicoanálisis, el Análisis Transaccional y la Gestalt. Una de sus conclusiones, señalaba, en que la eficacia de estas, recaía en un 50%, en función de la personalidad del terapeuta, un 30% en promedio, en la personalidad del

paciente, y tan solo la técnica, tenía entre un 15% y 20% de importancia.

Artículos científicos, en revistas españolas de psicoterapia, plantean justamente lo que bien mencionas. La gran pregunta que todos nos hacemos es: *¿Qué es lo que cura?* Cura la técnica, la teoría, ¿cuál es mejor? ¿O es que lo que realmente cura es la relación que se establece entre el terapeuta o el analista con su paciente? Realmente, ¿cura esa particular relación que se establece? En el análisis, lo cierto es que se comprueba, que la efectiva curación es cuando el analista y su paciente, han logrado una buena comunicación, un vínculo nutritivo.

La propuesta analítica es un trabajo fundamentalmente de regresión. Un acercamiento primario. El detalle está, en que no con todos los pacientes se logra este nivel de aproximación. Conseguirlo, depende un poco del analista y un poco del paciente. Hay una frase que decía Otto Kernberg, en 1969 en Argentina: *“Un buen paciente se cura con un buen analista o con un mal analista”*. En otras palabras, Kernberg nos decía, que el paciente está por encima de su terapeuta y de las circunstancias. Todo paciente, es el único que sabe, qué decir, qué corregir, qué no decir, que cambiar y cómo mejorar. El problema, surge cuando hay un paciente con fuerte patología. Aquí si tienes que abrirte, acercarse, sostenerlo, comprometerte en todo. En estos casos, el compromiso regresivo con el paciente, es muy fuerte y demandante, para sacarlo de las profundidades en que se encuentra.

En el supuesto caso, que el éxito de la terapia dependa de la conjunción de ambas personalidades, ¿con qué elementos cuenta un analista para sa-

ber si él, es el terapeuta más adecuado para ese paciente?

Bueno, hay que ser honestos. En la primera entrevista, vamos a tener con el paciente, algunos indicadores de simpatía o antipatía. O en su defecto, si tenemos como terapeutas una buena formación y conocimiento, sabremos con que patología no podemos trabajar. Además, por diversas circunstancias personales, uno no puede estar en condiciones de hacerse cargo de un trastorno mental muy difícil de tratar. Uno evalúa, la *analizabilidad* del paciente, la capacidad de uno y la probabilidad de hacer un trabajo en conjunto con el paciente.

Por ejemplo, en la psicoterapia basada en el *Análisis Transaccional* y en la *Gestalt*, se menciona, que hay que tener cierta personalidad para ejercerla, ya que se trabaja más con los afectos, emociones, sentimientos. Así uno fluye más. ¿El analista debe tener ciertas características personales?

Lo que importa, es que uno haya trabajado lo suficientemente bien, para poder instrumentalizar su persona en ese ejercicio analítico y terapéutico. Hay pacientes que pueden asustarlo a uno, van con la grabadora, y hasta toman nota de sus sesiones. Mucho dependerá, de cuan bien el terapeuta se sienta, al tomar una distancia con su paciente. Algunos tienen serias dificultades para la cercanía. Esto es importante, ya que el terapeuta es como un *sostén ¿sin límites?*, para el paciente, durante todo el tiempo que demande el tratamiento. Recuerdo que Winnicott, en sesión, era muy suelto, bien relajado. Eso sí, nunca vamos a trabajar en el sentido ideal. Una de las cosas que sí requiere un buen analista, un buen terapeuta, es

haber llegado a conocer su persona, su interior, su inconsciente, para hacer una relación empática. Si no, va a estar inquieto y confundido por los problemas del paciente, y en muchas ocasiones, no logrará poder comprenderlo, a fin de lograr un buen tratamiento.

Un terapeuta mal formado, no es consecuente con su propuesta. La *Gestalt*, es una buena propuesta psicoterapéutica, de muy rica dinámica personal. Para ejercer la psicoterapia breve -sea cual fuese su orientación-, tienes que estar muy bien formado. Debes tener rápidamente, estrategias y reflejos, que te permitan alterar en cualquier momento el tratamiento. No tienes mucho tiempo para trabajar con el paciente. Este urge de obtener, rápidas respuestas creativas. Tienes que haber interiorizado bastante la técnica, para permitirte esa creatividad con mucha dosis de espontaneidad. Uno tiene que estar muy bien trabajado en su *narcisismo*. Un terapeuta omnipotente, en terapia breve, puede creerse que él solo basta, que es el *salvador* del paciente. Para hacer psicoterapia breve, tiene uno que estar muy bien formado, entrenado y con una buena supervisión con otros colegas.

Dentro de la psicoterapia breve, se da todo el apoyo y *sostén* al paciente. A veces esto influye sobre la estructura de la personalidad del paciente, otras veces, sobre sus síntomas. El *sentimiento de culpa* es a veces fuertísimo. Recuerdo a un paciente, que en consulta relató, que en una fiesta conoció a una mujer, salieron juntos, tuvieron sexo y procrearon un hijo. Él, con una culpa grandísima, acepta hacerse cargo de todo, pero la culpa lo perseguía, se transformó en una *culpa persecutoria*, destructiva de la estructura de su personalidad. A veces, solo basta con una inter-

vención de apoyo para resolver el conflicto inmediato. A este paciente, el problema (del hijo no deseado), lo había alterado por completo. La estructura *yoica*, estaba bien, solo había que ayudarlo a procesar el duelo. No siempre el reto, está en hacer una intervención en profundidad. El verdadero reto, está en saber ubicarnos, en la misma necesidad del paciente.

No son pocos, los detractores del psicoanálisis, para ellos el trabajo de Freud, puede ser reducido a algo de segunda categoría. Lo cierto, es que a veces, hay que mezclar el *oro* del análisis con el *cobre* de la sugestión. Porque el trabajo de psicoterapia, es un trabajo ligado básicamente a la sugestión, que no tiene validez -en términos de una efectividad-, a largo plazo, ni en cuanto al manejo estructural como sí lo tiene, el psicoanálisis. Para algunos, la psicoterapia es catalogada como un trabajo de *sugestión*. Con el tiempo, el psicoanálisis reconoce a la psicoterapia, le da validez y esboza un proceso de diferenciación.

Una de las diferencias centrales entre ambas, radica en que el psicoanálisis apuesta a la regresión, la busca, es su método. Toda la participación del analista, busca promover la transferencia, el levantamiento de la represión, para que se produzca la vuelta a la situación pretérita, y a partir de ésta, se produzca la modificación. Algunos logran una regresión mayor, pero para lograr un cambio efectivo, tiene que llegar el paciente a un estado indeterminado, sin una forma definida. En la psicoterapia, más bien, vamos a ver que la orientación no apuesta a la regresión. Ella busca la intención terapéutica, es decir, solo busca resolver un problema. En este sentido, en la psicoterapia hay mucha más cercanía con el trabajo elaborativo. Se

busca, una interpretación, que permita que surja un contenido reprimido, que, al ser elaborado, se integre a la estructura. Es aquí, donde existe un punto de cercanía con la psicoterapia analítica, que es mucho más difícil de plantear.

En definitiva, el psicoanálisis tiene su compromiso con la regresión. La psicoterapia tiene un objetivo ligado a la resolución de problemas inmediatos, del día a día. No diría que se entrapa o se compromete totalmente con el síntoma, pero sí tiene muy en cuenta, el presente, el *rescate* inmediato de la persona, el devolverle su capacidad funcional al paciente. Horacio Etchegoyen, es un argentino muy versado en el psicoanálisis, y, sobre todo, en epistemología, aparte de ser muy consultado por los propios psicoanalistas. Él tiene una frase que me pareció interesante: “*La interpretación en el psicoanálisis busca la verdad, mientras que, en la psicoterapia, lo que se busca es encontrar lo bueno para el paciente*”. Sutilmente, podemos decir, que *lo bueno no siempre es la verdad*. Esto, marca de manera tajante, uno de los aspectos que permite una cierta diferenciación. No necesariamente, voy a estar presionando, para que un paciente se confronte con su verdad. De repente, basta con ayudarlo, a que se estructure de manera suficiente, como para que él y su *olvido*, sigan funcionando.

¿Es válido tener una consulta previa, para conocer al paciente y saber que no lo podemos atender?

A veces, para tomar a un paciente, más priman las urgencias de trabajo, de ganar dinero. Uno no siempre, toma pacientes con los que sintoniza, o que verdaderamente puede ayudar. Esto, es aceptado, cuando uno tiene una clientela asegura-

da. Los pacientes más bravos, pesados, los más patológicos, se los derivan a otros colegas, a uno que recién está empezando. Se dio el caso de una paciente, que vino en silla de ruedas, tenía parálisis en las piernas, su marido era psicótico y esquizofrénico, pero tenía dinero para pagar (risas). Estos, son los que se conocen como, *presentes griegos*. Con los años, uno por prudencia y preferencia, solo atiende determinados casos.

Por ejemplo, quien ha trabajado tiempo con drogadictos, que exigen tanto, sabe que no tiene que estar muy comprometidos con ellos. Es tremendamente agotador su tratamiento, con caídas y recaídas constantes. Hay un consejo, que desde 1990, se menciona constantemente, sobre una persona que tenía problemas de identidad sexual. A partir de esta experiencia, uno no debe comprometerse con muchos pacientes de esas características, porque a la larga terminan deteriorando la capacidad del psicoterapeuta o del analista.

Para trabajar con pacientes *regresionados*, uno tiene que estar muy bien. Es como tener un hijo único, o tener tres hijos o cuatrillizos, a uno lo pueden volver *loco*. Necesitamos apoyo de otras personas. Con un paciente muy *regresionado*, uno tiene que estar dispuesto a comprometerse, a absolver *identificaciones proyectivas* muy fuertes. Y si no estamos dispuestos a brindarle ese *sostén*, mejor es no tomarlo como paciente, y derivarlo a un colega.

Pero lo cierto, es que la mejor manera en que un psicoterapeuta logre saber, con qué pacientes no funciona, es justamente teniendo estos pacientes.

Claro. Pero hay situaciones por sentido común. Incluso, hay sugerencias, cuando empiezas con pacientes con patología muy pesada, trastornos con carga hereditaria e infantil.

Es que cuando uno empieza, te derivan todo tipo de pacientes muy difíciles. Me acuerdo mi primer paciente, un niño, que tenía de todo. Hasta disfunciones orgánicas, su estructura familiar era terrible, abandono de madre, de padre, era una historia catastrófica.

Pero fíjate, que es una paradoja, ante estos casos graves, sin mucha formación, el terapeuta, puede *poner todo lo mejor de sí*. Así, sin ninguna técnica muy elaborada, sacas adelante al paciente. Es lo que a veces pasa con las enfermeras nuevas. A veces, es la *disposición psicoterapéutica*, lo que más ayuda a nuestros pacientes.

El terapeuta -cuando ya se formó y pasó su análisis didáctico-, a veces, puede estar cargado. ¿Qué hacer? ¿Tiene que estar en terapia permanente? ¿Dónde y con quien puede el terapeuta canalizar todo lo que nos proyectan nuestros pacientes?

Hay una frase de un psicoanalista argentino, que hace trabajos de *psicodrama*, con ejercicios muy peculiares, basados en la regresión, por medio de la hiperventilación. Regresiona, *en el aquí y en el ahora*. Él, tenía una frase -por la cual creo que se ha apartado del ejercicio analítico-, que decía algo así como que, *“el análisis es bueno para el paciente, pero para el analista es pésimo”*. Es muy cierto, uno se carga mucho. Freud decía, que el analista, debería psicoanalizarse cada cierto tiempo, una suerte de *lavado y engrase personal*.

De todas maneras, *te toca*, te moviliza, algo del paciente se queda en ti. Incluso, a veces, no nos permitimos ni siquiera *supervisar* nuestro trabajo, buscar la confrontación, el punto de vista y los aportes de otro analista. Esa *otra mirada*, que es tan necesaria.

Esto es tan cierto, que los analistas mostramos poco acerca de nuestro trabajo. Llegamos a lo teórico, reseñamos investigaciones, pero de nuestro trabajo, publicamos o transparentamos muy poco, yo diría, casi nada. Esto se evidencia, al comprobar, que pocas veces exponemos nuestro trabajo psicoterapéutico en congresos, simposios, menos aún, debatimos sobre los tipos de tratamientos y los resultados obtenidos, con otros profesionales, como psiquiatras, psicólogos de otras *escuelas psicoterapéuticas*, enfermeras, obstetras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, por mencionar algunos. Solo mostramos nuestro trabajo, cuando enseñamos, en la cátedra académica.

Hablaste de la psicoterapia como el otro extremo del psicoanálisis. ¿Dónde se ubica la terapia psicoanalíticamente orientada?

Cuando uno habla de psicoterapia, de todas maneras, uno ya tiene una orientación, una estrategia, unos objetivos. Debes tener presente, más o menos, hacia donde quieres ir. A veces uno, inicia un tratamiento con un paciente, sin delinear el proceso y el requerimiento del paciente. Si tu objetivo es claro, no te vas a abocar a hacerlo *regresionar*, más aún si sabes, que lo que te ha propuesto es superar problemas transitorios, focalizados, bien definidos. En la psicoterapia, sí se tienen objetivos claros. En el análisis, son más difusos. El objetivo, en el psicoanálisis,

es desarrollar un campo de experiencias, para que se produzcan fenómenos que nos permitan resolver el problema. Y uno de esos fenómenos es la *transferencia*.

¿Cuánto tiempo mínimo demanda la psicoterapia breve?

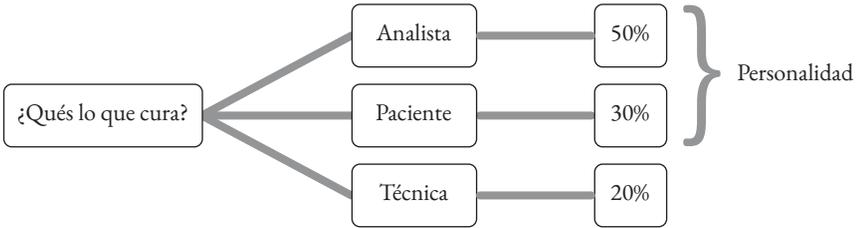
Puede ser, desde una hora, hasta dos meses. Es breve. La *psicoterapia de grupo*, tiene muy ricas experiencias. Las personas se confrontan entre ellas. Un excelente complemento de la experiencia personal, es paralelamente participar, en una terapia grupal. Luego uno sigue trabajando, los requerimientos de su proceso personal. Ayuda mucho que, de lo individual, se pase a lo grupal.

A veces, a las personas se les dificulta mucho, el aprender aquello que no forma parte de su paradigma epistemológico, o escuela psicoterapéutica. Es más, existe una *condena latente*, que muchas veces descalifica, la formación autodidacta. Así como se plantean cuestionamientos, para que el psicoterapeuta ejerza el psicoanálisis, también es bueno preguntarse, *¿qué validez tiene que los psicoanalistas practiquen la psicoterapia?* Es cierto, que el psicoanálisis, abre una amplia perspectiva de trabajo, más aún si tenemos en cuenta, que la diferencia entre psicoanálisis y psicoterapia, está más referida a cuestiones

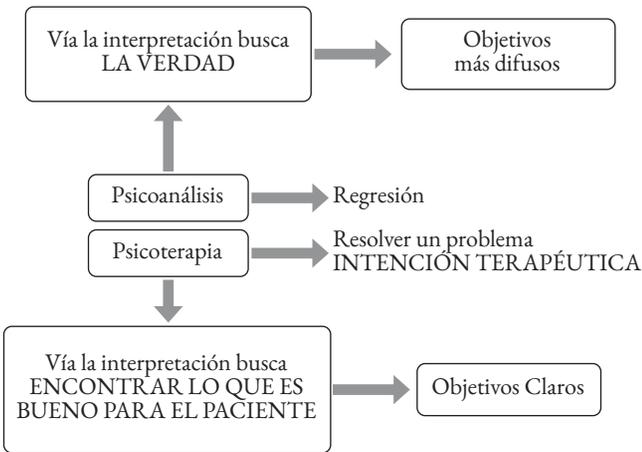
de técnica. Teniendo siempre presente, que, en términos del trabajo analítico, la *cura* reside en la confrontación con lo verdadero, a fin de producir cambios estructurales en la personalidad del paciente.

Tengamos siempre presente, que los cambios alcanzados por la psicoterapia de apoyo, son equivalentes a los alcanzados por la terapia psicoanalítica. Es evidente, que, con esta última, mucha gente -luego de su terapia analítica-, tiene una estructura racional muy importante, madura y de gran fortaleza. También puede suceder, en una psicoterapia breve, que, los cambios se generaron mediante diversos mecanismos de apoyo. A veces un cambio, es producto de una salida de contexto, y hasta de un error en el tratamiento, de algo no planificado ni previsto. Coincido con analistas que afirman, que, *“la efectiva resolución del conflicto, no es necesaria para el cambio terapéutico”*. Nosotros partimos de una premisa para trabajar analíticamente; *“hay un conflicto que requiere su resolución por la vía regresiva, para poder resolver el problema”*. Estamos de acuerdo, con los que sostienen, que no necesariamente se tiene que resolver el conflicto, basta que la estructura pese más que el conflicto, que se desarrolle más que aquel, para que se dé, una disolución espontánea del conflicto.

Esquema conceptual: Sesión 3

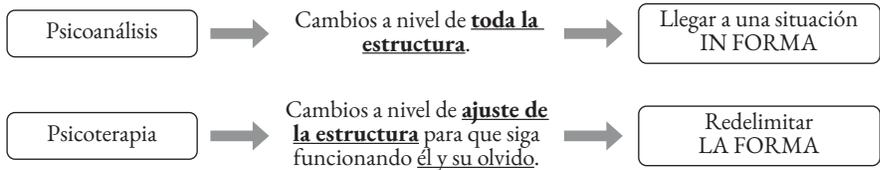


- “Un buen paciente se cura con un buen analista o con un mal analista” -



- “El análisis es bueno para el paciente, pero para el analista es pésimo” -

- Poner todo lo mejor de sí, que tiene el analista o el psicoanalista.
- Transitar en paralelo, de la *psicoterapia individual* a la *psicoterapia grupal*.
- Los cambios alcanzados con la *psicoterapia de apoyo*, son equivalentes a los alcanzados por la *terapia psicoanalítica*.



- Los cambios alcanzados, se generan mediante diversos mecanismos de apoyo. Hasta un error, puede contribuir a resolver el conflicto.
- La efectiva *resolución del conflicto* no es necesaria para el *cambio terapéutico*.
- La sola fortaleza de la estructura de la personalidad del individuo, puede resolver el conflicto.

Sesión 4

Alianza Terapéutica: La relación analista-paciente

- ☞ La *regresión* propicia la *transferencia*. Nosotros propiciamos la *regresión* y trabajamos básicamente con la *transferencia*.
- ☞ La *alianza terapéutica* se hace con el 'Yo' sano del paciente y con la parte *inconsciente* del analista.
- ☞ La *confrontación*, aclara y sirve de mucho, para que el paciente vaya construyendo sus futuros *insight*.
- ☞ Si estamos con un formato de psicoterapia, menos cercana al psicoanálisis, es decir, más de apoyo, lo que vamos a evitar es que el paciente *regresione*, vamos más a apuntalar su *Yo*.
- ☞ El terapeuta se utiliza, como *instrumento* de registro y exploración de los *contenidos* del paciente.

Vamos a ver varios conceptos, sobre todo, vamos a tocar la denominada, *alianza terapéutica*. El paciente, transita por muchas vivencias durante su tratamiento, es un proceso -a veces-, largo y siempre, doloroso, que demanda mucho *sufrimiento psíquico*. En la *alianza terapéutica*, hay muchos conceptos de *resistencia*, *regresión*, *transferencia*, *acting out*, y en no pocas ocasiones, se puede dar la *reacción terapéutica negativa*. Vamos a explicar en qué

consiste, cada uno de estos conceptos freudianos.

La *alianza terapéutica* (AT), es el ingrediente básico para el éxito o el fracaso del tratamiento psicoanalítico. Porque, es aquella relación del paciente con su terapeuta, lo que hace posible la cooperación del paciente en la hora de la terapia, proporcionando la motivación necesaria. La AT, proporciona la capacidad de realizar la labor, de que el paciente se ponga

a asociar libremente. El terapeuta tiene que priorizar, señalando en el *contrato*, el momento en que debe darse (generalmente durante los tres primeros meses), esta AT, porque es la *alianza de trabajo*. Si no se establece esta AT, esta *alianza de trabajo*, va a ser muy difícil que se pueda continuar con el tratamiento del paciente. Si éste no va a colaborar, no va a estar motivado a asociar libremente, a comprenderse, avocarse a su realización de sí mismo, el tratamiento no va a tener ningún buen resultado.

Hay momentos, en que esta AT puede perderse, porque el paciente se *movilizó* mucho, por los factores de *resistencia*, que vamos a ver después; y esto debilita un poco la cooperación del paciente. Uno si está trabajando durante más de tres meses, y entra un poco más a confrontar, interpretar, aclarar, y percibe que el paciente está *resistiéndose*, uno tiene que examinar (por eso es muy valiosa la supervisión), porque se está debilitando la AT, porque se está debilitando el compromiso del trabajo paciente-terapeuta. Si no existe este compromiso, es muy difícil proseguir con el tratamiento. Este compromiso va a los aspectos más conscientes del paciente, a los aspectos más sanos de su 'Yo'. Este es el 'Yo' que se compromete, el que dice, "*yo voy a ir al tratamiento, yo quiero colaborar*".

Esta parte del 'Yo' sano, que se pone en contacto con el inconsciente del paciente y del terapeuta, forman una alianza, que es la AT, la *alianza de trabajo*. Esta AT -cuando comienzan estos momentos críticos del proceso-, uno tiene que reforzarla y ponerse en una situación más empática con el paciente, porque surge el riesgo de que se quiebre este compromiso y se interrumpa el tratamiento.

¿El paciente es consciente, que está participando e identificándose con un método de trabajo, o es una identificación inconsciente con el método psicoanalítico?

Esta AT, parte más bien, del aspecto más consciente del paciente. A esto, apunta el terapeuta. El inconsciente, vamos a verlo después, el concepto de *resistencia* es lo que va a impedir que se dé el tratamiento. Si está bien reforzada la AT, o sea, si los aspectos más conscientes, más sanos del paciente, son los que deciden, entonces, la *resistencia* se va a poder trabajar, disminuir, aminorar. Estamos hablando, de los aspectos más conscientes, de los recursos más sanos del 'Yo', que tiene el paciente, para comprometerse con el terapeuta, a favor de un buen tratamiento. Con la AT, uno sabe que va a tener al paciente motivado a continuar con el trabajo, pre requisito básico, más aún, en terapias psicoanalíticas abiertas y de largo alcance. No tanto en psicoterapias focales, donde el objetivo es más puntual, con tratamientos de tan solo dos o tres meses.

¿Qué sucedería si el paciente se considera que está bien, pero el terapeuta lo ve mal? ¿No podría haber *alianza terapéutica*, porque no se considera enfermo?

La AT sería imposible. El paciente tiene que ubicarse como paciente, para establecer la AT. Darse cuenta de que hay aspectos que no están sanos, y que, desde ahí, se debe establecer la AT. Si va un familiar que lleva al paciente y dice, "*lo traigo porque tiene problemas mentales*", es difícilísimo, por no decir imposible, iniciar un tratamiento, ya que el paciente no tiene consciencia de su enfermedad.

Puede darse el caso, que un familiar solicita la cita. Recuerdo el caso de un matrimonio, donde ella le pegaba, lo cacheteaba a su marido, ante cualquier crisis o discusión. La familia saca la cita -la chica tenía e 21 años y el marido de 20-, ya que ella no se consideraba que estaba mal. Decía que era producto del embarazo. A los padres, se les tuvo que decir, que, si ella no está motivada para iniciar un tratamiento, era imposible lograr una AT. Ella estaba “desplazando” algo, no tenía control de impulsos y era muy impulsiva. Esto se da mucho, en familias y pacientes adolescentes. Este tipo de pacientes, van poco motivados, algunas veces, esa ayuda que piden a sus padres, es más bien una manera de no comprometerse, ni responsabilizarse del fracaso terapéutico.

Simplemente, uno como terapeuta, en los primeros tres meses, tiene que reforzar la AT, antes de entrar a aclarar o confrontar al paciente. Cuando la AT es buena, se da una mejor *transferencia*, una mejor *asociación libre*. Se da una situación más empática. También puede pasar, que otras presiones, dificulten la formación de la AT. Tenemos que ver la manera, de reforzar el compromiso. A veces, el terapeuta se siente impotente, no puede llegar al paciente, debido, a que ya no hay motivación, ni ganas de colaborar en el paciente.

¿Mientras no exista una *alianza terapéutica* no se puede *interpretar* una *resistencia*?

La *resistencia* casi no se *interpreta*, la puedes señalar, pero con mucho cuidado. Se tiene, muy sutilmente, que señalar, de tal manera que el paciente, no sienta una fuerte *movilización*, que lo asuste y opte por abandonar el tratamiento. Con

la AT, el paciente tiene un compromiso con su tratamiento. Si no está reforzada la AT, no se puede trabajar con el paciente. Tratar de construir una AT cerca a unas vacaciones del terapeuta, no es posible. Mejor es iniciarla luego de las vacaciones. De lo contrario, el paciente no resistiría la evaluación. No regresaría a terapia, si se corta el vínculo debido a vacaciones del terapeuta. No es bueno, para nada, que interrumpamos el vínculo. Hay casos excepcionales o previamente comunicados al paciente. También, si ves que esta descontrolado o en estado de emergencia, uno no lo va hacer esperar.

Cuando tratas con adolescentes o adultos jóvenes, que dependen del padre o económicamente de otra persona, y que presionan para intervenir en la consulta, y que llegan a decirte, “pero de esto que no entere mi hijo”. ¿Cómo actuar ante este requerimiento? ¿De qué *alianza terapéutica* estamos hablando? ¿Podrá darse también una *alianza terapéutica* con toda la familia?

Con los adolescentes, periódicamente, tú sí reúnes a la familia y le das información. Incluso, si una adolescente a los 14 años tuvo relaciones sexuales, uno tiene que avisarles a los padres. Es muy diferente, encontrarse con un adulto joven que con un adolescente. Con él, tú sí informas a los padres cada dos o tres veces al mes. El paciente sabe que su terapeuta habla con sus padres. En el contrato, se especifica que ante determinadas situaciones, el terapeuta debe informar a los padres del paciente -y esto el paciente lo sabe desde un inicio. Esta es una etapa, en donde el terapeuta funciona como un sustituto de padre, de guía. Esto el paciente lo tolera. Hay algunos terapeutas, que informan a

los padres en presencia del adolescente, otros no. Es parte de la técnica, que cada profesional emplea.

Determinadas situaciones, tienen que ser informadas a los padres o tutores, si no, estaríamos avalando, un complot *transferencial*. También hay que tener en cuenta, que el paciente puede creer, que uno se ha confabulado con los padres. Ambos casos, tiene que saber manejarlos con mucho cuidado el terapeuta, nunca desde su *Superyó* freudiano, o desde su *Padre crítico* berneano.

Con los padres de un adulto joven, generalmente, ya no se les invita. Uno hace un *contrato*, con la parte adulta sana del paciente. Esto es confidencial, y si uno quiere informarles a los padres, tienes que pedir autorización al paciente. Así les digo a los padres. Si los padres quieren alguna información, antes el paciente tiene que dar su aceptación. En estas reuniones, es preferible que el paciente este presente. Hay casos, en que la madre, lo que no va a querer, es perder es el control sobre la hija. Quiere seguir manejándola. El *contrato*, se hace con la parte adulta del paciente. El riesgo está, si no quieren pagar los padres la terapia. Pero esto se aborda con anticipación, con la paciente. Ella, si hay una buena AT, pelea por su terapia, así se le pague su tío. Si se puso rebelde y contesta mal, hay riesgo que no le paguen su terapia.

Usted menciona, que la *alianza terapéutica* se hace con el 'Yo' sano del paciente.

Exacto, y con la parte *inconsciente* del terapeuta. Entremos ahora al concepto freudiano de la *resistencia*. Todos los pacientes, tienen una mezcla de motiva-

ciones con respecto a la psicoterapia, de manera consciente o inconsciente. Llegan porque sufren, están angustiados o la están pasando mal. A la vez que buscan conscientemente el tratamiento, hay otra parte inconsciente de ellos, que desea continuar con la neurosis, con los *beneficios secundarios* de su sufrimiento, de su problema o trastorno, Esta otra parte, no quiere renunciar al placer infantil o a la comodidad en que se encuentra, en otras palabras, no quiere enfrentarse al *principio de realidad*.

El paciente -más específicamente, una parte de él-, no va a querer vivir el proceso de maduración, elaboración, crecimiento y de renuncia a la neurosis, como comúnmente llamamos, el *beneficio secundario* de la enfermedad. Vamos a estar constantemente, frente a este conflicto, de la resistencia del paciente de querer irse, y a la vez, su parte del *Yo* sano, que quiere seguir en terapia. Hay pacientes que son conscientes de su resistencia, otros no. Uno tiene que estar al tanto y trabajarla. Si no se trabaja la resistencia, el paciente puede abandonar el tratamiento o estar en la sesión, y no querer hablar.

No todos los problemas, están en el inconsciente, otros se ubican, en el pre-consciente, pero el paciente también, evita tocarlos, aunque los transmiten al terapeuta, a través de *proyecciones* y *desplazamientos*. Comienzan a hablar de una u otra persona o situación, y si uno lo conecta con él, este va a reconocer que son aspectos de él, es decir, el paciente habla a través de otra persona. Esto es un claro ejemplo, de la existencia de una *resistencia preconsciente*. Otras veces, el paciente comienza a hablar, de cosas aparentemente superficiales, para evitar hablar sobre temas importantes. El terapeuta debe de

todas maneras, entrar a interpretar esta *resistencia*.

Hay resistencias que son totalmente inconscientes, que se expresan, por ejemplo, cuando faltan a la consulta, no llaman y dicen, “*me olvidé por completo*”, “*estuve muy ocupado*”. Es algo que no lo disfraza, sino, que lo evita totalmente con sus actuaciones. Esto luego vamos a verlo. Puede también encontrar cualquier pretexto: decir, “*hoy día no puedo ir, porque tengo cita con el dentista, o tengo clases*”, cualquier excusa o motivo, le es válido para avisar que no va a asistir a la sesión. Estas situaciones son, para el terapeuta, una advertencia, de que existen *resistencias* al tratamiento. Si uno no las trabaja, el paciente va a dejar el tratamiento. Existe un deseo de no ir a la terapia, de ‘*olvidarse*’, buscar un pretexto. Pero realmente, lo que sucede, es que hay problemas que el paciente no quiere tocar, que trata de evitar. Estas, son las *resistencias* del paciente para curarse.

Nosotros como terapeutas, tenemos que trabajarlas y poder identificar cual es la causa, que es lo que está evitando el paciente. Saber, en qué momento del proceso aparecen, y en qué situación se encuentra el paciente. Todo tratamiento tiene diferentes etapas, y en todas, es necesario, identificar el conflicto actual del paciente para llegar a la resistencia. Porque, el paciente va cambiando, no es el mismo a los tres meses, que, al año, o que a los tres años. Aquí el conflicto es diferente, si se alarga el proceso, va a ver mayor resistencia de tocar lo que se ha estado por tiempo evitando. Puede llegar a decir el paciente, que ya no quiere asistir a las sesiones.

Otro aspecto, que todo paciente va a

vivir en el trabajo terapéutico -salvo que lo evitemos en las terapias de apoyo-, es el fenómeno de la *regresión*. Todo paciente llega en un estado de *regresión*, con angustia, sufrimiento. Es decir, con la *regresión* reaparecen los conflictos infantiles, es como que el paciente regresa, a un estado de fijación, donde todo fue placentero, satisfactorio. Y va a exigir que el terapeuta lo satisfaga, cumpla con sus demandas. Justamente, durante el proceso de la *regresión*, se va a reactivar esta *transferencia*. El paciente, va a regresar a un punto de fijación en donde, ‘*todo tiempo pasado fue mejor*’. Si hablamos de la terapia más cercana al análisis, nosotros vamos a promover la *regresión*, para que el paciente reviva y reedite todo aquello que paso en su infancia, y cuyo contenido, podamos trabajarlo en la *transferencia*. Si no se reedita lo que paso en la infancia, en forma transferencial, no va a ver ningún proceso de cambio en el paciente.

Si estamos con un formato de psicoterapia, menos cercana al psicoanálisis, es decir, más de apoyo, lo que vamos a evitar es que el paciente *regresione*, vamos más a apuntalar su *Yo*, cimentar la autoestima y evitar que *regresione*. Si no tiene el paciente, muchos *recursos yoicos*, y no va a ser una psicoterapia analíticamente profunda, tenemos que evitar la *regresión*. No vamos a favorecerla, sino a contenerla. Vamos a hacer -como dicen los clínicos-, un *holding*, un sostener al paciente, con el objetivo de aclarar, confrontar e interpretar.

Esto tiene que estar claro, de acuerdo con la estrategia de trabajo que vamos a elaborar con el paciente. Cuando es, más cercana al análisis, promovemos la *regresión* y favorecemos que se reedite todas las vivencias infantiles, para así poder re-

solver los conflictos instalados. Cuando estamos frente a una terapia breve o de apoyo, la consigna es, evitar la regresión. Esto debe quedar muy claro, porque la *regresión* es un proceso vivencial doloroso, crea mucha ansiedad en el paciente, es -metafóricamente hablando-, como quedarse en pedacitos y luego reconstruirse, reestructurarse, rearmarse. Algunos pacientes, llegan a tal nivel de regresión, que sienten como si uno los cargara en los brazos. Es una vivencia dolorosa y satisfactoria a la vez. Es frecuente, que el terapeuta funcione como “madre”, que *sostenga* al paciente regresionado.

¿La regresión se logra cuando el paciente es lo suficientemente fuerte para resistirla?

Definitivamente, sí. La AT debe de estar muy bien reforzada, para poder entrar a un *proceso regresivo* con el paciente. Porque si no, tú lo desorganizas internamente, y exteriormente no pueda ya reorganizarse. En lugar de ayudarlo, lo estas desestructurando. Por eso es importante la evaluación, si hay una buena AT, el paciente va a poder confiar en el terapeuta, en el *holding* que le brinde seguridad, para poder entregarse y revivir ahí todo ese pasado. La AT, tiene mucho de confianza mutua, entre paciente y terapeuta.

¿Hasta qué punto la alianza terapéutica es empatía, lenguaje no verbal, emociones que comparten el paciente y su terapeuta, afectividad, algo más sentimental y emocional?

Se va a dar todo eso, pero si antes, la parte consciente del paciente, se compromete con el tratamiento. La *escucha psicoanalítica*, es una escucha empática, en donde en un momento dado, te ubicas

en la situación del paciente, sientes con él. Y el paciente va a sentir lo que tú sientes, y ahí se va a dar esa afectividad. No se da por separado, va junto. Para forjar la AT, debe también haber empatía, escucha de parte del terapeuta. Con la *atención libre* y con la *escucha empática*, podemos “*entrar y salir*” del paciente.

Por eso, es importante el análisis durante la formación psicoanalítica, para no “*engancharse*” al paciente. Si no, te quedas atrapado y no puedes salir. Ese conectarse con el paciente, vivir y jugar con él, es la verdadera *escucha analítica*, donde no hay ningún prejuicio, simplemente son situaciones que se dan en la sesión. El terapeuta, debe saber comunicarse con el material de paciente, con lo que está diciendo, de manera expresa, y con lo que en realidad él quiere decir, de manera latente. A la vez, tanto el paciente como el terapeuta, van asociando los contenidos de la sesión. La AT, también se da, si el terapeuta esta con esa disposición inconsciente, mientras que, para el paciente, es una decisión consciente.

¿Hay pacientes que nos pueden generar una sensación de rechazo, como que no debemos iniciar un tratamiento?

A veces sí. Cuando entrevistas a un paciente, ambos deben de sentirse que pueden trabajar. Si surge un rechazo -manifiesto o latente-, en alguno o en ambos, lo mejor es derivarlo o darle la opción de elegir a otro terapeuta, pero esto debe ocurrir durante el proceso de evaluación, no durante el tratamiento. Luego de finalizada la evaluación y la entrevista al paciente, es bueno preguntarle, *¿cómo se ha sentido?* Y también, interrogarnos, *¿cómo nos hemos sentido?* y *¿cómo lo hemos sentido al paciente?*

Si el paciente llega ya *regresionado*, ¿nosotros vamos a promover más aun la *regresión*?, ¿qué situaciones o intervenciones nuestras llevan al paciente a regresar aún más?

Con el análisis didáctico, que se exige en la formación de psicoterapeutas psicoanalíticos, el alumno comprueba, que, con el empleo de una buena técnica, se logra que el paciente *regresione*. También, el terapeuta emplea, la *asociación libre*, entre otros constructos psicoanalíticos. Por medio de la *regresión*, se puede lograr que el paciente actúe, no como recuerdo, sino, como conducta que la repite, sin saber porque la está haciendo. Es una forma de no recordar. El paciente omite toda comunicación, pensamiento, palabra. Todo queda reemplazado por el acto, por la acción. No hay palabra, solo hay acto.

Siempre va haber, algún mensaje no verbal de parte del paciente, como el de que "*la terapia no sirve*". Algo que le es difícil poner en palabras. Por eso, la técnica consiste en poner en palabras, todo aquello que pasa por la mente del paciente, porque aquello que no es puesto en palabras, va a ser actuado de alguna manera: *descargándolo* contra alguna persona, *desplazando*, *proyectando* o *somatizando*. De alguna manera, el paciente va a actuar, aquello que no puede -o no quiere-, recordar, o poner en palabras. La técnica apunta, a que el paciente ponga en palabras todo aquello que va recordando. Si hay silencios, algo está pasando. La actuación, comunica algo que el paciente no nos dijo. Hay que pensar por qué no nos lo pudo decir. La psicoterapia, se da a través de la palabra.

Lo básico y principal de la técnica psicoanalítica, es la *transferencia*, que

consiste en la reedición, de una relación antigua, que se traslada a la persona del terapeuta, en el presente. Es un *desplazamiento* de los impulsos, sentimientos y defensas, hacia la persona del terapeuta. Este fenómeno es totalmente inconsciente, el paciente no está consciente de ello. No se da cuenta de la distorsión. Un caso típico, es cuando un paciente (adolescente), viene a sesión, con las imágenes de los padres, con las figuras de autoridad, rivalidad y celos de los hermanos, y todos esos impulsos y afectos, van a ser transferidos al terapeuta. Por eso, uno debe tener muy bien comprendida su patología e historia personal, para poder trabajar la transferencia con el paciente. La base para lograr esta relación de afecto, contacto e impulso, es que el paciente comprenda, que lo que siente, no es con el terapeuta, sino que es, lo que sintió con determinadas figuras de su pasado infantil, y que lo que está experimentando ahora, es una reedición, promovida por el proceso de la *regresión*.

La *regresión* propicia la *transferencia*. Nosotros propiciamos la *regresión* y trabajamos básicamente con la *transferencia*. Esto va a permitir, que el paciente pueda desligar lo que es su presente del pasado, y comprender, que lo que pasó no es lo que está viviendo en el presente. El objetivo, es que el paciente pueda llegar a distinguir, lo que es fantasía de lo que es realidad, discriminar el pasado del presente, entre muchos otros aspectos. La idea, es que el paciente (sea niño, adolescente, joven o adulto), logre evidenciar estas distinciones, "*en el aquí y en el ahora*" con su terapeuta, durante las sesiones de su tratamiento.

O sea, en las *terapias focalizadas* o *cortas*, ¿no se da la *transferencia*?

Sí se da la *transferencia*, pero no la elaboramos. Nosotros la registramos, pero no la trabajamos. Se puede dar la transferencia sin una regresión. Lo básico, en la técnica psicoanalítica, es la transferencia, sin ésta, no hay trabajo analítico. Con el paciente psicótico, uno no trabaja la transferencia, pero sí la registra. Algunos dicen que el psicótico no transfiere, pero lo cierto, es que sí transfiere. Pero la técnica, no la trabaja.

**¿Cómo se promueve la transferencia?
Yo me acuerdo de mi análisis didáctico, el terapeuta la promovía, diciéndome que le relate un sueño mío.**

La *transferencia*, es vital para favorecer la *asociación*, para que aflore a la consciencia, todo aquel material, que está en las profundidades del inconsciente del paciente, que está reprimido. La transferencia, favorece a que surja el inconsciente del paciente, para interpretarlo. Las *interpretaciones transferenciales*, en un primer momento, solo van a ser aclaradas y confrontadas con el paciente. No se van a trabajar, ni interpretar todavía. Si lo hacemos, el paciente se asfixia, se angustia y no nos va a tolerar. Hay un tiempo, para luego propiciar el *insight* en el paciente. Lo recomendable, es trabajar la *transferencia*, después de un año de tratamiento, no antes.

Es aceptado entre psicoanalistas, por ejemplo, trabajar la *transferencia*, con pacientes en terapia analítica, después de un año, recién ahí, se siente que la puedes trabajar. Hay pacientes que no la van a resistir. Como analista, puedes pasarte con un paciente más de un año aclarando, confrontando, y cuando el terapeuta está seguro que el paciente va a tolerar la angustia, ahí recién el terapeuta, entra a

interpretar. Recordemos, que existen dos tiempos: el del paciente y el del terapeuta. Este último, tiene -antes de interpretar-, que conocer muy bien, la historia del paciente.

Existe una *resistencia negativa*, que también es conocida, como *reacción terapéutica negativa*, de darse en sesión, lo mejor es derivar al paciente a otro terapeuta, ya que habrá abandono al tratamiento, u obstrucción del diálogo, de parte del paciente, con el propósito de no hablar de sí mismo. Aunque es poco probable, de ser posible, se recomendaría reforzar la *alianza terapéutica*, la *relación empática*. No es poco común, el constatar, que el paciente que había mejorado, empieza de pronto a empeorar. Es lo que Freud llama, "*la culpa a la cura*". Como que hay pacientes, que van a traer abajo el tratamiento. Hay que derivarlos a otro terapeuta, ya que, en determinados casos, *la culpa a la cura*, imposibilita el tratamiento y la mejora del paciente,

¿Qué signos inequívocos hay en la reacción terapéutica negativa?

Sucede cuando, transcurridos algunos años, sin motivo alguno, el paciente comienza a empeorar -va de mal en peor-, se conversa con el paciente y se le dice lo que sucede, se le explica esta *reacción terapéutica negativa*. Es una situación, que obstaculiza el tratamiento por completo. No es muy común y sucede con cualquier tipo de pacientes.

Ahora vamos a abordar, lo referente a la *escucha del analista*. Ésta, no implica simplemente estar pasivo escuchando el material del paciente, lo que verbaliza, sino que también, tenemos que observar, su expresión facial, el tono de voz, su pos-

tura. Asimismo, sus manifestaciones de depresión, ansiedad y demás actitudes y comportamientos dentro de la sesión. Según la teoría psicoanalítica, nuestra actitud debe ser, *libre y flotante*. El terapeuta, debe situarse, en una actitud de *escucha libre y flotante*, donde los pensamientos del paciente junto con sus sentimientos, uno los va examinando, desde sus posibles significados, y a su vez, los vamos conectando desde nuestro propio inconsciente, haciendo un registro permanente y detallado, del material del paciente.

El terapeuta deja que sus ideas y asociaciones, recorran libremente el material, sin tener prejuicios o conceptos preconcebidos. Para *conectar*, debemos conocer la historia del paciente. Mientras escuchamos de manera *libre y flotante*, nosotros vamos asociando el material, sin ningún prejuicio. Luego vendrá, la *interpretación transferencial*. En todo este proceso, muy demandante para ambos, otro elemento importante, es la *empatía*. Implica de parte del terapeuta, el poder estar y situarse como si fuera uno el paciente, vivir y experimentar uno, lo que el paciente está sintiendo y manifestando. Solo así, el terapeuta tiene acceso a la vida emocional y a los contenidos del paciente. Esto significa, que el terapeuta se utiliza, como instrumento de registro y exploración de los contenidos del paciente. Nosotros experimentamos -ubicándonos en el lugar del paciente-, y a la vez, servimos como instrumento. Lo que nosotros sentimos, es lo que el paciente siente, registramos y exploramos en nosotros mismos, lo que él siente.

Así, logramos establecer esa conexión empática con el paciente. Nos ubicamos en su espacio, con el propósito que el paciente, encuentre su verdad, se confronte

con su realidad. Si nosotros, no podemos ubicarnos como instrumento, no vamos a poder entrar al mundo interno del paciente, a sus sentimientos, fantasías, frustraciones y demás aspectos de su inconsciente. Para lograrlo, es básico que, durante la formación, el candidato experimente un análisis personal, porque si no, el terapeuta, corre el riesgo de engancharse con el paciente, y no poder *salir* de él. Otro elemento importante, es que, con esta *escucha empática*, vamos evaluando y organizando el material del paciente, para después, en un momento dado, podamos tener las intervenciones terapéuticas pertinentes, tales como la aclaración, la confrontación y la interpretación.

En los primeros meses de tratamiento, no vamos a interpretar, solo vamos a aclarar o confrontar. El aclarar consiste, por ejemplo, en que si un paciente nos trae material y el paciente no tiene idea clara de lo que está diciendo, entonces se le dice que lo repita y que lo precise un poco más: *'Puedes reformular lo que me has dicho'*. Uno está ayudando al paciente, con este tipo de intervenciones, a aclarar aquello que, para él mismo, aún no está claro. Se le pide, por ejemplo, un detalle de una situación dada, él la narra, se le dice, *"repítame esto"*. El paciente, en la primera, no lo entiende, luego en la repetición narrada, recién cae en el detalle del significado, de aquello que había formulado.

El paciente lo que hace, es racionalizar sus sentimientos. Es como un paciente cuya navidad no lo hace sentir bien. Habría que aclarar en él, *¿por qué esa tristeza y depresión por la navidad?*, qué recuerdos tristes le trae. Si no repite ese contenido, es difícil que se ponga en contacto con esos sentimientos que está negando.

Durante el tratamiento, pasamos mucho tiempo aclarando. No es que siempre estemos interpretando, como muchos creen.

Otra forma de intervenir, es a través de la *confrontación*. Esta consiste, en que el terapeuta dirige la atención del paciente, a algo consciente o preconsciente que el paciente ya ha empezado a expresar, pero que no le ha prestado atención o a entrado en contradicción. Por ejemplo, una paciente puede decir, de manera agradable, “yo estaba fastidiada”, y lo dice, sin tomar en cuenta, de cómo lo está diciendo. Lo ha expresado contradictoriamente: *¿Cómo va a estar bien con mucha rabia y fastidiada? ¿Qué quiere decir? ¿Está bien o está con rabia?* A lo largo del proceso, confrontamos lo que dice con lo que siente y actúa el paciente. No revelamos algo de su inconsciente, sino, solo *confrontamos*, con aquello que el paciente no ve. La *confrontación*, aclara y sirve de mucho, para que el paciente vaya construyendo sus futuros *insight*, en torno a lo que le está pasando, sin necesidad todavía develar, ni trabajar la transferencia, algo así como, “*tú dijiste tal cosa, pero luego otra, cuál de las dos es, o de qué se trata*”.

Cuando ya ha transcurrido un tiempo de tratamiento, recién el terapeuta puede y debe *interpretar*. Es como *develar el inconsciente*. Interpretamos, únicamente cuando el paciente tiene la suficiente fuerza *yoica* -en cuanto a recursos personales-, como para poder pasar del proceso primario, que trae la regresión, al proceso secundario. Esta es la parte, donde nosotros vamos a apuntalar. El paciente debe instalarse en el proceso secundario. El paciente viene regresionado, nosotros la hemos promovido, él se queda en el proceso primario, en el *principio de placer*. Lo

que hacemos, al develar el inconsciente, es que el paciente pueda instalarse en el *principio de realidad*, de simbolizar, a través de un proceso secundario. Esto es, que su pensamiento se instale en la realidad. Este trámite de pasar de lo primario a lo secundario, se da, solo cuando el paciente está en condiciones de escuchar, aquello que le devela el material totalmente inconsciente.

Tomemos como ejemplo, a un paciente que está inmerso en una terapia analítica clásica, y después de dos años de tratamiento, recién comienza a develar su inconsciente. Él deseaba, que su madre lo tuviera en sus brazos. El paciente, se quedó en el proceso primario, cuyas manifestaciones podrían ser: el querer ser sostenido, el no decidirse a salir de la casa de sus padres, el haber acabado una carrera en el doble de tiempo requerido, recién a edad avanzada buscar posibilidades de trabajo, por mencionar algunas. Con este contenido, el terapeuta comienza a interpretar, devela cuanto del paciente, es aún *tan niño*, el cuál desea, seguir siendo sostenido en los brazos de su madre. No quiere crecer. Porque quizás estuvo mucho tiempo con su madre, que no quiso dejarlo crecer. Todo esto se verifica, porque la madre lo tuvo después de 12 años de su último hijo. Fue un niño, sobreprotegido por las hermanas mayores. Estuvo en brazos demasiado tiempo.

Este paciente, quisiera seguir siendo ese niño, seguir siendo sostenido por los otros. El paciente -si el terapeuta no se lo interpreta-, no lo sabe, lo desconoce, menos aún, no ha tomado consciencia de esta situación. También, se devela el inconsciente, a través de los sueños. Es la vía más directa, para llegar al inconsciente. La interpretación, después de un

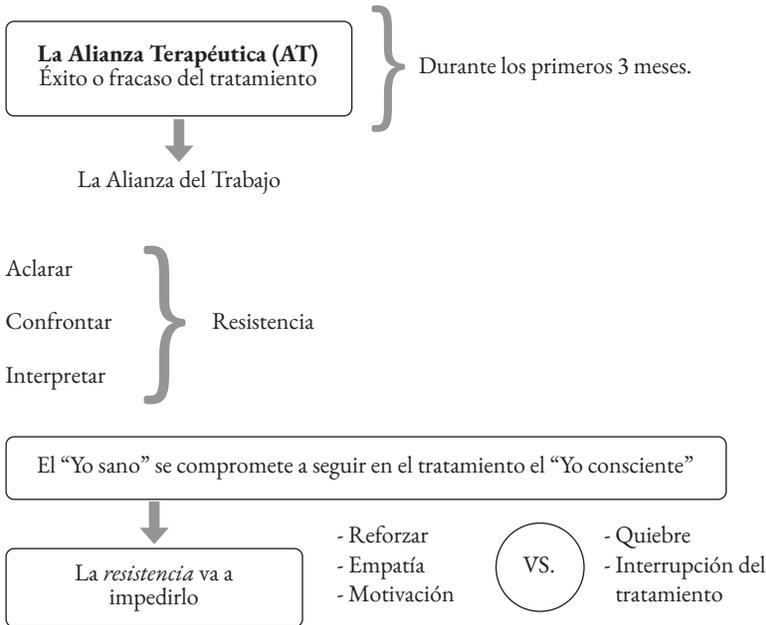
tiempo, facilita el trabajo terapéutico, ya que no solo, es producto del íntegro de la transferencia, sino también, de todos los factores regresivos, lo oculto que yacía en el paciente. A raíz de un sueño, que el paciente relata, el terapeuta puede conectar y luego interpretar, sentimientos ocultos, mensajes y contenidos de agresión, rabia, fastidios no revelados, de manera manifiesta y expresa, por el paciente.

Algo que ocurre en el terapeuta, es la denominada, *contratransferencia*, que consiste en los problemas inconscientes no analizados en el terapeuta. Existe, una *contratransferencia* que puede ser productiva, es aquella que utiliza el terapeuta, como una herramienta de comprensión del material del paciente. Esto sucede, cuando uno, previamente, lo ha trabajado en su terapia personal, y siente lo que el paciente está sintiendo. Pero existe, una *contratransferencia* que te bloquea, que te pone sumamente tenso, ansioso, culposo, y que te hace caer en errores al hablar. Esto sucede, porque toca con aquellos aspectos no analizados por el terapeuta, y que son semejantes con la vida del paciente. La historia del paciente, puede preocupar al terapeuta. Si no ha sido analizada esta *contratransferencia*, él no la va a poder implementar a favor del paciente. Se va a bloquear, sentir culpa, ansiedad, ganas de llorar, o va sentir un amor hacia el paciente. También puede suceder, que lo lleve a cometer errores, como el dejar plantado al paciente, sin previo aviso, no acudiendo a sesión. Si hay demasiada pre-

ocupación por el paciente, si al salir del consultorio se queda pensando en él, es que algo *se ha quedado* en el terapeuta, ha *tocado* una vivencia suya, que no ha sido analizada previamente, durante su formación y terapia didáctica.

Estas vivencias, también tienen que ver con la ética del terapeuta, ya que éste, debe reconocer sus limitaciones. Por esto, es sumamente importante, que el terapeuta previamente, haya transitado (como paciente), por una terapia psicoanalítica, donde pudo haber trabajado sus problemas. Si dejó su terapia, o está muy movilizado, tiene que sopesar si puede o no ayudar al paciente. Se corre el riesgo, de que inconscientemente, el terapeuta no derive al paciente a otro colega, y continúe un tratamiento para su beneficio personal (y emocional), para trabajar lo que el terapeuta no trabajó. De darse esto, el terapeuta estaría totalmente *enganchado* con el paciente. No solo es una falla ética, sino que también evidencia, una pobre formación analítica. Todo buen terapeuta, debe estar siempre alerta, de la intensidad de la *contratransferencia*, ya que por más experiencia y formación que se tenga, siempre hay puntos oscuros en el terapeuta. La *contratransferencia* es positiva, porque el terapeuta la emplea como un instrumento de contención. Si él no se ha analizado o supervisado, durante su trabajo psicoterapéutico, van a surgir *transferencias negativas*. No va a ver empatía, y el tratamiento va a estar en constante riesgo de ser abortado.

Esquema conceptual: Sesión 4



- Para iniciar un tratamiento psico-terapéutico, el paciente tiene que ubicarse como paciente -darse cuenta de sus aspectos NO SANOS-. Tener *consciencia de la enfermedad*. No debe de seguir desplazando.
- (AT) después de las vacaciones. NO interrumpir el vínculo.
- El contrato y la AT se hace con la parte adulta del paciente.



- El inconsciente se resiste, no quiere renunciar al beneficio secundario, al placer infantil.
- Admite algo mal, pero lo permite
- La resistencia puede estar/ preconsciente. → PROYECTA y DESPLAZA hacia OTRO Objeto.
→ Quiere que hable el analista, luego lo emplaza.

Psico-Regresión-Revivir, Reeditar lo pasado crea ansiedad.

Psicoterapia → apuntalar el “yo”. Levantar la autoestima. Hacer un holding.

- (AT) → escucha empática, atención libre
- Poner en palabras todo aquello que pasa por la mente, porque si no, va a ser actuado de alguna manera.
- Con empatía uno logra entrar al paciente Con la terapia didáctica logras salir. NO quedarte, engancharte.
- Regresión → Transferencia } Reedición del vínculo pasado con el analista. Desplazamiento.

↓

Es Inc. Se trabajó después de 1 o 2 años.

- La culpa a la cura → Proviene del paciente
- La escucha analítica – estar atento

↓

Libre y flotante – expresión facial
– tono de voz
– Postura

RTN – Reacción Terapéutica Negativa → o →

Resistencia Negativa

Se detiene, obstruye y/o abandona el tratamiento.

- Empatía → Situarse en el espacio del paciente para poder entrar al mundo interno del paciente

Intervenciones }
Terapéuticas } - Aclaras
- Confrontas
- Interpretas

1ro. aclaras, 2do. confrontas y 3ro. interpretas.

- Contratrtransferencia → Problemas inconscientes NO analizados en el terapeuta. Te puede bloquear/volver ansioso, culposo, tenso.

Capítulo II

La pulsión de vida versus la pulsión de muerte

- Sesión 5.** Consciente, preconsciente e inconsciente:
La teoría topográfica
- Sesión 6.** El inconsciente: Nos gobierna y no lo sabemos
- Sesión 7.** Yo, Ello y Superyó: La teoría estructural
- Sesión 8.** Eros y Tánatos: Pulsión de vida versus pulsión de muerte

Sesión 5

Consciente, Preconsciente e Inconsciente: La Teoría Topográfica

- ☞ *La Primera tópica, corresponde a la Teoría Topográfica freudiana, conformada por el sistema consciente, preconsciente e inconsciente.*
- ☞ *Más que examinar la sexualidad y el complejo de castración, se tendría que analizar la angustia del nacimiento. El deseo de retornar al útero, versus el impulso de vida.*
- ☞ *La metapsicología, es la descripción de un determinado fenómeno, en términos dinámicos, económicos y tópicos.*
- ☞ *La resistencia es la manifestación clínica de la represión. La represión es una descripción metapsicológica freudiana. La resistencia se da en consulta.*

Vamos a hacer una explicación, muy interesante, de la denominada *Primera tópica* en el psicoanálisis. Recordemos, que para que un conocimiento o cuerpo teórico sea ciencia, tiene que poseer capacidad de ser explicado, de comprobado y verificado, siguiendo el llamado *método científico*. Esto, claro está, bajo el paradigma epistemológico del *Positivismo*. De lo contrario, sería rechazado. En este contexto, Freud describió cierto tipo

de patología, que él, al inicio la llamo, *histeria*.

Freud, estableció una serie de principios científicos, en un campo que más estaba absorbido por la magia, lo esotérico. Se preocupó básicamente, por el papel de la sexualidad en la vida, y la importancia del conflicto. Para describir estos fenómenos, Freud necesitaba armar una lógica, una teoría, a fin de organizar sus conceptos. Lo hace, con la denominada, *metap-*

sicología, es decir, proponiendo algo, que está más allá de la psicología. Uno de los aspectos nucleares de la *metapsicología*, es la *tópica*. Es algo básico, para entender a Freud, el tener, siempre presente, estos tres constructos: Lo *dinámico*, lo *económico* y lo *tópico*.

La metapsicología es la descripción de un determinado fenómeno -que puede ser un *lapsus*, un *chiste* u otro-, en términos *dinámicos*, *económicos* y *tópicos*. *Dinámicos*, porque existe un movimiento en los diferentes impulsos. *Económicos*, porque algunos impulsos son más intensos que otros, a veces gana el impulso, otras veces, su opuesto, es decir, la represión. Y *tópicos*, porque se refiere al lugar donde este situado determinado impulso.

La *tópica*, se refiere a la descripción del aparato psíquico, de la mente, en determinadas instancias y sistemas, que guardan una relación entre sí. En el sistema freudiano, coexisten dos *tópicos*. La primera surge antes de 1895 y va hasta 1926, año en que surge la segunda *tópica*. Lo que vamos a desarrollar, es como Freud, organizaba el material que iba recibiendo de sus pacientes, y como lo integraba a su propia reflexión, es decir, todo lo concerniente, a la *primera tópica*, conformada por el sistema *consciente*, *preconsciente* e *inconsciente*.

La *segunda tópica*, está estructurada por el sistema del *Yo*, *Ello* y *Superyó*, y surge, porque Freud experimentó, que la *Primera tópica*, era insuficiente para explicar determinados fenómenos psíquicos o mentales. Ambos, son dos sistemas distintos, pero muy relacionados. La idea fundacional de Freud, es que la persona nace con inconsciente malo, al inicio no explica si existe una conciencia, si ésta se

da poco a poco. Plantea, que hay dos formas distintas de funcionar: Una es típica de este sistema. La otra del otro sistema.

La *metapsicología*, es todo ese armazón teórico que sustenta y explica todos los fenómenos psíquicos. En el inconsciente, está la represión, que luego se va a manifestar en el preconsciente, y finalmente, aflora en la consciencia. Nosotros somos conscientes de varias cosas. Para algunas, necesitamos un esfuerzo de atención, algo así nos sucede, cuando queremos recordar, qué almorzamos antes de ayer, necesitamos un esfuerzo mayor de la consciencia. Es un recuerdo, que ha caído en el sistema preconsciente, o en la parte preconsciente del sistema consciente. Está *latente*, a nuestra disposición, previo esfuerzo nuestro.

El sistema inconsciente, no se mide por distancias, porque se encuentra lejos y profundo. En él se ubican, aquellas representaciones -como ideas y sensaciones-, que no son y no pueden ser conscientes. No conocemos conscientemente todo lo que nos sucede. Freud describe las *histerias*, como el espacio, donde en él se daba un conflicto intenso y una represión. Al inconsciente no llegamos, sino es a través de condiciones especiales, nunca directamente.

Entre el sistema consciente y el inconsciente, existe una barrera, que es la *represión*. Luego Freud, descubre que existen otros *mecanismos de defensa*. Pero, sigue siendo la represión, el mecanismo básico de todas las neurosis. En la *represión*, los contenidos inconscientes que tratan de salir y expresarse (hacia arriba), son presionados (hacia abajo), para que no salgan. No solo es por *control*, sino por una necesidad de organización del mundo. La

represión, es un mecanismo básico para comprender el funcionamiento mental. Una *represión* excesiva, es algo disfuncional y negativo. Durante el sueño, la *represión* se debilita, se forman una serie de imágenes y representaciones, muchas veces, incomprensibles para la persona.

Este aparato psíquico está abierto, y según Freud, en contacto permanente con la realidad. Posee un *polo perceptual*, es decir, debe recibir constantemente, estímulos desde afuera, de lo contrario, surgirían, estímulos desde adentro del sistema (dormir, cerrar los ojos). Freud, observa los sueños y la histeria, y nota que existe una explicación extraña. En algunos sueños, visualiza el fenómeno de la simbolización, en otros, una compensación, asociando el sonido de unas campanas, con la partida de un ser querido, con la tristeza.

De esta manera, todos estos fenómenos, conformaban un síntoma. Algo así como, si dos partes antagónicas se hubieran puesto de acuerdo. Cada una tiene que ceder, y al final quedan en una posición intermedia. Freud, nota que muchos de los relatos de sus pacientes, tenían que ver con problemas sobre su sexualidad. Luego Freud, comienza su autoanálisis, y en 1905, publica *Tres ensayos sobre la sexualidad infantil*.

En el inconsciente, se encuentra lo que Freud llama, el *inconsciente original* o *primario* y el *inconsciente* o *represión secundaria*. Sucede, metafóricamente hablando, como que el niño *desea* a su madre; pero ve a su padre, y sus deseos lo reprimen. Luego ve a una mujer, y siente un compromiso con ella, se siente atraído con la persona de *afuera* y la de *adentro*. Si es algo muy conflictivo, éste buscará,

por ejemplo, casarse con la tía. Esto ya es un síntoma (ni bueno, ni malo), de la existencia de una fuerte carga de *regresión*. El terapeuta debe preguntarse, *¿por qué una persona no llega a ser autónoma en la vida?* Ser autónoma, es tener una vida propia, haber roto una relación simbiótica con la madre o con otra persona.

Cada sistema, va a funcionar, con dos subsistemas de pensamiento. Estas dos formas en que funciona el aparato psíquico, son: el *proceso primario*, y el *proceso secundario*. Desde el punto de vista *tópico*, el *proceso primario* pertenece al *inconsciente*; el *secundario*, al sistema *consciente-preconsciente*.

Desde el punto de vista *dinámico y económico*, en el *proceso primario* la energía fluye libremente, la representación, puede ser una imagen auditiva con mucha libertad, a través de los mecanismos de desplazamiento y condensación (una misma representación puede significar varias cosas). Es la propia energía libre. Tiene hambre, llora y come. En el *proceso secundario*, la energía está más ligada, se impregna más a las representaciones, fluye en forma más controlada. Esto se refleja, en cuanto las ideas se vuelven más estables, la satisfacción puede ser aplazada, los placeres pueden esperar. Funciona con una *lógica secundaria*, algo así, como que, si *a* es igual a *b*, y *b* es igual a *c*, entonces, *a* es igual a *c*. Hay momentos, en que el paciente, está más consciente, otros, más inconsciente. Tales como en los *conflictos edípicos*, de *castración*, de *pérdida de amor*, de *supervivencia*. Estas vivencias, necesitan de energía, para tenerlas bajo control.

La *represión primaria* es algo bien discutida. Freud dice que los contenidos del

sistema preconscious, se hacen inconscientes, tanto por el *esfuerzo de desalojo*, de la *represión* o por una *atracción*. Otra teoría, sostiene, que la represión se inicia, con el advenimiento del lenguaje. Antes del lenguaje existe un caos, ya que el nacimiento es traumático, cambio de temperatura, presión de los huesos, respiración alterada y mucho más. El recién nacido, no sabe distinguir el uno, del otro, de él. No sabe, que va a venir la *mamadera*. Después llega el calor, la voz, la caricia, son experiencias muy intensas. Otto Rank, discípulo de Freud, sostenía, que más que examinar la sexualidad y el complejo de castración, se tendría que analizar la angustia del nacimiento. El deseo de retornar al útero, versus el *impulso de vida*.

El llanto del bebé al nacer, ¿es sinónimo de trauma, dolor y angustia?

Freud, plantea, que cualquier aumento de excitación del estímulo en el niño, le va a causar displacer. El hambre, el frío, le crea angustia.

Darle al bebé ni bien que nace, un palmazo en las nalgas, ¿es una terrible agresividad?

No es algo complicado. El bebé no lo

interpreta. La sociedad lo recibe a golpes, también lo colocan de cabeza, le introducen tubos en la nariz.

La *resistencia* es la manifestación clínica de la *represión*. La represión es una descripción metapsicológica freudiana. La resistencia se da en consulta. Tanto la primera como la segunda tópica, son un intento para organizar algo, que está más allá de nuestra comprensión común. El objeto real se podría decir que no existe.

¿Toda persona proyecta sus deseos en el objeto real?

Los descubrimientos en la física y en todos los campos del saber, van creando nuevas necesidades, nuevas explicaciones. Cuando uno invita a *asociar* al paciente, trata de decirle, que narre los sucesos pasados. Nosotros con la *atención libre y flotante*, comenzamos a sentir lo que siente el paciente. Esto se da, solo si existe *regresión* en el paciente. la que hay que entenderla, desde estas tres perspectivas: La *regresión temporal* (cuando el pensamiento se dirige a etapas más primitivas), la regresión formal (cuando se pasa de un funcionamiento secundario a uno primario), y la regresión tópica (cuando se transita de la fase anal a fase oral).

Sesión 6

El *Inconsciente*: Nos gobierna y no lo sabemos

- ☞ Cuando estamos hablando de *pulsión*, estamos hablando de una *energía*, algo que está en el *inconsciente*. Freud, la va a llamar, una *representación*.
- ☞ La terapia va a consistir, en tratar de unir esta idea, esta *representación inconsciente*, al afecto.
- ☞ El *inconsciente* permanece a la espera de *escaparse*, es un *material pulsional reprimido*, que, en algún momento de la existencia, va a intentar *salir y actuarse*.
- ☞ Quienes padecen de *neurosis* o *psicosis*, son fundamentalmente, los que tienen una mayor *pulsión sexual*. No pueden controlar ni sublimar, la reprimen y la depositan, en las profundidades del *inconsciente*.

A fines de 1800 e inicios de 1900, se dan grandes cambios en la ciencia, y lógicamente, también en la psicología. Breuer, fue el creador del término de, *demencia precoz*, ahora llamada *esquizofrenia*. Por esos años, la psicología era una *psicología de la consciencia*, veía la atención, la memoria, la capacidad de juicio, de razonamiento, el lenguaje. Dividía a la consciencia, en áreas, y así las estudiaba por separado. A Freud le interesa esto, y se pregunta, *¿qué cosa sucede dentro de cada área?* El inconsciente es una construcción teórica, una teoría sobre la

cual todos creen (saber). Podemos estar en desacuerdo en todo, menos en la teoría del inconsciente. En el inconsciente, coexisten fenómenos -que para Freud-, tienen también representación en la consciencia, instintos que no siempre somos conscientes de tenerlos. Eso que no está presente en la memoria, en un momento determinado, *¿qué cosa es?*

Durante el análisis, Freud observa, que, en las histerias y en la parálisis histerica, se daba una sensación anormal de *hormigueo* en la muñeca, o en una o en

ambas manos de la paciente. También, en los labios o en otra parte del cuerpo. Freud con Charcot, deciden investigar el porqué. Freud, descubre que la hipnosis, hacía que la persona se transportara al pasado. Lo que hacía el paciente, era recordar esas vivencias, que, en el estado de lucidez y consciencia, no recordaba. Es aquí, en medio de la experiencia clínica, donde surge, el concepto del inconsciente. El paciente hablaba cosas que le habían sucedido, entre los tres y los cinco años de edad.

Justamente, la neurosis, era considerada como una enfermedad que tenía su origen entre los tres y los cinco años de edad. La persona hipnotizada, expresaba situaciones traumáticas. De ahí, que su primera teoría de Freud, está referida al trauma psicológico. Él creía (en ese entonces), que las personas se enfermaban por un traumatismo ocurrido en la infancia, enclavado en la consciencia, y que el individuo no recordaba, porque no quería sufrir. Entonces, el tratamiento debía consistir, en que la persona aflore o saque -a través de *mecanismos catárticos*-, todo aquello que estaba guardado. De esta manera, la persona podía curarse.

Pero, Freud se da cuenta después, que la enfermedad no es producida solo por el trauma, que puede o no existir; sino que la enfermedad se produce, por cosas que el paciente transfiere al inconsciente. Esto debido, a que él, considera que no puede vivir -por las normas sociales introyectadas y hechas suyas-, con aquellos sentimientos o deseos que el niño sí quiere. Debido a este rechazo, el paciente guarda estas vivencias en su inconsciente.

Este, ya es un segundo concepto más elaborado sobre el inconsciente. Es así

que, en 1910, Freud escribe, "*El psicoanálisis nos ha revelado, que la esencia del proceso de la represión, no consiste en suprimir y destruir una idea que representa al instinto, sino, el impedir de hacerse consciente*". Tres conceptos, esboza Freud desde un inicio: *Represión, instinto y censura*. Nos habla de una suerte de estratificación. Colocando de arriba hacia abajo, a la *consciente*, al *inconsciente*, y entre ambos, al *preconsciente*.

Freud, plantea que en el individuo se forma esta estructura, porque empieza a introyectar dentro de sí, un concepto de moral, aprendido a través de los padres. En un momento todo es inconsciente, luego surge la *censura*, es decir, una suerte de un muro que divide dos partes (como las murallas de Lima), que, al abrir las puertas, uno encuentra dentro muchas cosas inimaginables, que no estaban en nuestro *consciente*. Freud afirma, que una *pulsión* cuando se queda en el inconsciente, de todas maneras, intentará salir, si no lo logra, es porque la *censura* es muy fuerte. Entonces, se queda en el inconsciente, pero va a intenta, en otras ocasiones, rebelarse y salir.

Es así, que Freud señala, que la pulsión o el instinto (mientras la pulsión es más propia del ser humano, el instinto es algo más generalizado), sufriría una modificación. Al pasar esta pulsión -que es energía-, del consciente al inconsciente o viceversa, ésta sufre, una gran alteración. Es como el agua, que pasa del refrigerador al medio ambiente, sigue siendo el mismo elemento, pero cambia su estructura, su configuración interna. Esto permite al elemento *inconsciente*, no ser reconocido por el *consciente*. También sucede, que, en el estado *consciente*, nosotros no reconoceríamos contenidos del *inconsciente*.

En todo caso, solamente podría pasar a través del estado *preconsciente*, que consiste en adicionarle una característica, que después, lo haga transformarse en un elemento *consciente*.

¿En qué consiste la terapia? Fundamentalmente, cuando estamos hablando de pulsión, estamos hablando de una energía, algo que está en el inconsciente, a esto Freud, va llamar más adelante, una *representación*. Este constructo, no es tan sencillo, como que una pulsión cambia simplemente. Es la representación de algo, es el *representante*, de algo que emerge en la *conciencia*, pero que se ubica, en las profundidades del *inconsciente*. Cuando esta pulsión, atrapada en el inconsciente, intenta salir, no puede. Es algo así, como que el preso no puede salir físicamente, pero sí puede salir su perrito, entra y sale por las rejas, se va y regresa a la cárcel. Esta metáfora de entrar y salir, que la ejemplifico con el perrito, que sale y entra por las rejas de la prisión (que sería la representación inconsciente), es justamente, el afecto.

Para Freud, el afecto transita de un lado a otro libremente, no tiene ningún tipo de *represión*. La *represión* es como una barrera, que está fundamentalmente sobre la idea. Es más, es algo que está representando la idea, es una energía; es una masa de energía, que está en el inconsciente y que representa a una idea. Un ejemplo: si yo, a los cinco años, quiero tener relaciones sexuales con mi madre o mi padre, esta idea no la puedo mantener mucho tiempo, más aún, si está unida a un deseo, ¿Qué hago?, la tengo que reprimir, la paso al inconsciente, no como idea, sino como energía. Y el afecto corre de un lado para otro, independientemente. Esto me permite, que cuando yo sea

adulto (y habiendo decidido, no abandonar mi idea, que está almacenada en mi inconsciente), ese afecto lo pueda depositar en otra persona, que, sin saberlo, elijó, porque tiene características similares a mi madre o a mi padre. En conclusión, el afecto va unido a ese otro objeto y la idea incestuosa primitiva, quedo atrapada en el *inconsciente*.

La terapia va a consistir, en tratar de unir esta idea, esta representación inconsciente, al afecto. Nos vamos a valer de un momento especial de la terapia, al que llamamos, *transferencia*, mecanismo trascendental, en el tratamiento psicoanalítico. Durante la terapia, hay una etapa, un momento que corresponde, en que el paciente, va a sentir hacia su terapeuta, sentimientos que conscientemente no se explica, no comprende. Aquí, la palabra del terapeuta, cobra importancia, igual que los sentimientos del paciente, ya que se está produciendo la *transferencia*.

Veamos, como pasa la representación del inconsciente a la consciencia. El inconsciente no debe ser reconocido, no todo lo que pensamos, es representado por palabras. Freud, nos demuestra en sus estudios sobre los sueños, que muchas cosas de las que pensamos, no tienen palabras. Es más, tenemos que ponerles palabras para recién entenderlas. Esto nos lleva al viejo debate, de que, si pensamos solamente con palabras, o pensamos sin palabras. Freud afirma, que pensamos con y sin palabras, con representaciones, con imágenes.

El pasaje del inconsciente al consciente, se hace a través del preconsciente, donde al irse debilitando ciertas barreras o represiones, van apareciendo pensamientos, que puede el paciente, adosarles pala-

bras. Y una vez que pasan a la conciencia, y tienen capacidad de entendimiento, recién aquí, en la conciencia, necesariamente, a estas representaciones, se les añade palabras. Debido a esto, en el tratamiento, por más cosas que le digamos a un paciente, no vamos a lograr ningún resultado, serán palabras huecas, ya que todavía para él, son pensamientos en su inconsciente, que no tienen palabras, es decir, aún no se ha producido el *insight*.

El *preconsciente*, es ese espacio intermedio entre la conciencia y la inconsciencia -entre lo que nos es consciente y lo que nos es inconsciente-, que permite, que la persona le quite o le añada palabras a la representación que emerge del inconsciente. *¿Y cómo se hace esto de quitarle palabras a lo que quiero reprimir?* Para lograrlo, hay que comprender, que el paso de un estado a otro es muy dinámico. Una persona, conscientemente, no puede convertir algo en inconsciente, ya que este paso, supone una lucha y un inter juego de fuerzas. Si algo que fue consciente, pero luego paso a ser inconsciente, es porque tuvo que vencer determinadas fuerzas. Esta misma fuerza, obra en sentido opuesto, si nosotros queremos extraer una representación inconsciente para situarla en la conciencia, a esta fuerza, Freud denomina, *resistencia*. Es una resistencia del material inconsciente, una lucha de fuerzas, que impide que lo inconsciente se vuelva consciente.

Lo primero que se reprime, es lo que se llama *represión primaria*. Es decir, es aquello que logra salir y que, en un momento determinado, vuelve a ser censurado por el inconsciente. La represión primaria es una represión por decreto, por ley. Muchas cosas reprimidas, existen, porque de niños nuestra madre seguro

nos dijo, *'está mal,' ¡no pongas el dedo ahí!, 'deja eso'*. Lo que hemos reprimido, debido a la censura de nuestra madre, lo llamamos, *represión primaria*. Hay teorías que hablan del psiquismo fetal. El chuparse el dedo, por ejemplo, dentro de estas teorías, queda en el inconsciente, o son experiencias que todavía no se articulan en la vida psíquica del individuo.

Existe un *inconsciente*, que va más allá de la mera *represión* que se ejerce sobre el individuo. Freud menciona, que lo social tiene una íntima relación con lo individual. El individuo cambia cuando está en grupo, debido al *inconsciente grupal*, instinto que da cuenta lo más arcaico del individuo, de su evolución dentro de la cultura y en la sociedad. El *inconsciente*, así planteado, es una adquisición cultural, una teoría de la cultura. Viéndolo de esta manera, nos preguntamos, *¿en qué personas se produce la enfermedad? ¿quiénes son los que enfermarían? ¿Por qué tengo que guardar en el inconsciente una pulsión prohibida?* Para Freud, quienes padecen de *neurosis* o *psicosis*, son fundamentalmente, los que tienen una mayor *pulsión sexual* que no pueden controlar, sublimar. La reprimen y la depositan, en las profundidades del *inconsciente*.

La persona también podría trastornarse, ¿cuándo recibe mensajes ambiguos o contradictorios? ¿Cuándo recibe información de los padres opuesta a la de la cultura predominante?

Sí, sucede cuando existe un mensaje ambivalente. Qué difícil es para un hombre o una mujer, integrar su propia sexualidad, cuando en etapas infantiles, recibió mensajes contradictorios en torno a lo sexual, como que, *"el sexo, es sucio", "es malo*

masturbarse”, “*solo debes tener sexo con tu pareja, luego del matrimonio*”. Lo complejo, está en que el individuo tiene que ir adaptando su pulsión, su instinto a lo largo de toda su vida, y según las circunstancias en que se encuentre. *¿Cómo va a ir encasillando su instinto? ¿en la conciencia, en el inconsciente?* Pero ojo, este instinto tiene fuerza y carga. Varía su fuerza, si está en el *consciente* o en el *inconsciente*. Si en uno es débil, en el otro puede ser doblemente fuerte. Hay reglas que Freud nos va aclarando después.

Una de las reglas que Freud señala, es que un elemento que está en la conciencia, cuando pasa al inconsciente, se junta con otros, en una suerte de *condensación*. Todos hacen causa común, se juntan por afinidades de las ideas, representaciones y forman un *complejo condensado*. El máximo de condensación se da en la esquizofrenia, a través de juntar -en la persona trastornada-, hasta dos o tres palabras, sin sentido.

¿Por qué guardamos en el inconsciente lo reprimido? No solo lo hacemos para no sufrir, lo hacemos como una manera de esperar, sin nunca claudicar, a todas nuestras expectativas de la infancia. Algo así, como que nunca llegar a entenderlas y nunca dejarlas de lado. El esquizofrénico sigue manteniendo todo su deseo. A esto también se debe que los neuróticos -al no haber podido sublimar y pasar adecuadamente esta situación edípica-, cuando llegan a edades, en donde la sexualidad ya tiene que actuarse, y vivirse (entre los 16 y 20 años), surgen los problemas, un *brote psicótico o patológico* se activa, debido a problemas en sus primeras relaciones sexuales. Son trastornos que hacen crisis. Algo anormal dentro de sí. Surge en ellos una interrogante, *¿no sé qué pasa?* Existe

un deseo, una pulsión, que ha sido en algún momento de la vida, frustrada, rechazada de la conciencia, recordada.

El inconsciente permanece a la espera de escaparse, es un material pulsional reprimido, que, en algún momento de la existencia, va a intentar salir del inconsciente y *actuarse*, para decirle al individuo, “*mira, la pulsión que está contenida acá, tiene razón. No tiene razón vivir bajo normas de la conciencia o preceptos culturales. Yo tengo razón, de querer vivir con mi madre y matar a mi padre. Por eso voy a buscar, más adelante, a una mujer que se parezca a mi madre*”. Esto, lógicamente, lo desconoce el paciente, no es consciente de su actuación, porque son contenidos inconscientes. Aparte de ser algo ilusorio en el paciente (porque él cree acordarse, a sus escasos tres años, de cómo era su madre deseada). Y aunque logre, tener como pareja una mujer idéntica a mi madre, para él, no va a ser igual. Y es, en este momento, donde se va a frustrar y de darse el caso, recurrir a la psicoterapia. Esto es lo que Freud, en sus teorías, llama *compulsión a la repetición*. Todos estos conceptos, se derivan de las características del inconsciente.

¿Por qué no se llama preconsciente, si también está cerca al inconsciente?

También podría llamarse *preinconsciente*. Lo que pasa, es que Freud hace una especie de secuencia. Del *consciente*, que está arriba, pasa al *preconsciente* situado en el medio, y finaliza con el *inconsciente* que está abajo. A Freud, le interesa saber, qué aspectos reprimidos están más cerca de la *conciencia*, para sacarlos. Por ejemplo, cuando un paciente le dice a su terapeuta, una palabra cargada simbólicamente, Freud nos señala, que esta palabra -que

se ha filtrado del inconsciente-, tiene una representación, que ha *burlado al guardián* del preconscious, a fin de no ser interpretada por éste. Aquí justamente, radica la experiencia del terapeuta, que se *fija* en esta palabra (ya en el consciente), a fin de interpretar y develar su verdadero significado.

Freud, postula, que la única manera en que nosotros realizamos nuestros deseos inconscientes, es a través del sueño. No hay otra forma. El sueño, es la representación de algo que está en el inconsciente -a manera de cuento-, para ser interpretado. Con el fin, de burlar a la *conciencia*, no todo lo que soñamos es desagradable. A pesar de ser sueños desagradables, Freud postula que ahí está presente, un *deseo masoquista manifiesto*.

La calidad artística y estética de los sueños, ¿es exclusividad de mentes sanas?

No lo sé. El sueño, no tiene que ver mucho con lo estético. Lo estético es una manera de representar algo. Al igual que un chiste. Si el sueño estético, a uno lo reconforta, hay una especie de *insight*, un descubrimiento, como que yo me estoy dando cuenta de algo. También, en los sueños, influye la cultura, como expresión residual, de lo que Freud denomina, *restos diurnos*. Los sueños eróticos, pueden darse con nuestras parejas o no. Si son muy placenteros, podríamos decir, que existe un deseo oculto, algo reprimido por resolver.

Lo que enferma a la persona, es una carga sexual excesiva, en un momento determinado de la existencia, y que, dada su edad o nivel de maduración personal, no puede manejar adecuadamente. Esta

carga, al no estar dispuesta a sublimarse o transformarse en otro tipo de energía, tiene que ser reprimida, dando inicio de esta manera, a determinados mecanismos, que explican la ocurrencia de enfermedades de la psique y trastornos mentales.

¿Solamente esta carga excesiva, no sublimada, es la única que produce la neurosis o psicosis? ¿Es tan solo ella?

No hay un acuerdo definitivo, al respecto, entre los *posfreudianos*. Para Freud, este es el principal desencadenante de todo trastorno mental. También está, el de la *represión primaria*, antes descrita, pero éste es el principal mecanismo. Freud afirma, que lo que enferma, es la *pulsión sexual*. La que existe desde que el niño empieza a lactar. La importancia del *chupeteo*, acto fundacional de la función sexual. Desde ahí, el instinto empieza a ser una pulsión, como *algo que está en camino*, y en transformación a la vez, más si Freud señala, que el instinto no se transforma.

El instinto sexual, lógicamente, se tiene que vivir primero con la persona más querida. Pero nadie, en nuestra cultura y en su sano juicio, podría decir, "*quisiera tener una buena relación sexual con mi madre o con mi padre*". Sería una barbaridad. Los padres, han sido nuestros *objetos de amor* desde que nacemos, un amor que (inconscientemente), hemos reprimido o hemos sublimado.

La alternativa que nos queda, después de haber transitado satisfactoriamente por el *Complejo Edipo*, es la sublimación, no hay otra. Significa, '*ya pues no importa*', '*no va a ser con mi madre o con mi padre*', '*yo soy muy chiquito*', '*yo no soy como mi padre o mi madre*'. Requiere, el darse

cuenta de la realidad. Esto es un proceso doloroso a nivel infantil o juvenil, y después de esto recién decir, '*mejor me voy a jugar pelota*', '*me voy a estudiar*'.

En el supuesto caso, que no se logre sublimar y se reprima, ¿es debido a carencias de los padres o a un deficiente funcionamiento psicológico inherente al niño?

Ambas situaciones pueden darse. Lo externo influye, pero no es determinante. La patología puede ser responsabilidad, incluso de terceros. Pero está *anclada* dentro de la persona, toda vez que esté en el inconsciente, y que la persona piense que es parte de su inconsciente. La *sublimación*, es un *mecanismo de defensa*. Yo me defiendo de mi pulsión, a través de la *sublimación*. Mi instinto, tiene varios caminos: lo puedo *reprimir*, lo puedo poner en otro lugar (en los estudios, en el deporte), o sublimarlo. Freud plantea, que la sociedad, para existir, necesita que cada persona haya colocado en ella, una cuota muy dolorosa, que, para él, transcurre entre los cinco y los siete años de edad. Igual sucedió, con nuestros padres y abuelos.

No todo lo que está en el inconsciente, es reprimido, ahí también se ubica el *motor*, la energía pulsional. Aquí se sitúa el *Ello*, *lo instintivo*, *lo placentero*. Lo que enferma a la persona, solo es el material reprimido. No lo sano. Lo reprimido, que intenta salir, es lo que produce el trastorno mental. Lo que Freud plantea, es que esos fenómenos, tienen que ver con la *teoría de los sueños*, del *Complejo de Edipo*, del desarrollo psíquico, de la evolución de la persona. Y, sobre todo, con algo muy importante: con la *Teoría del narcisismo*, fundamental para entender la patología, desde el punto de vista dinámico. Para

Freud, el salto fundamental, está entre los tres y cinco años de edad. Ahí recién el bebé, empieza a tomar en cuenta al otro.

Es así, que el bebé percibe que no está solo, que existen principalmente, su madre y su padre. Muchos sostienen, que el no poder pasar bien el *Complejo de Edipo*, es debido a que no ha resuelto previamente la relación con su madre. Esta etapa diádica, de a dos, si la pasa. Sólo así pasará a la relación de a tres, con el padre. Una vez resuelta, su relación con el padre, recién se dará la posibilidad de adquirir lo que Freud denominó, el *mecanismo de la censura*. En todo este proceso edípico, hay un momento en que el niño acepta la *castración*. Es curioso saber, por qué se llama *muela del juicio*, a la muela que sale a esa edad. Hasta antes, el niño no dispone de esa capacidad, porque no se ha frustrado lo suficiente. La vida, en definitiva, es un constante *sentimiento de frustración*, del cual la pulsión tiene que salir airosa, transformándose para llegar a cometidos sociales e instintivos adecuados y trascendentes.

Veamos un caso clínico. *Se trata de una joven, golpeada por su madre. La hija se fue a vivir con la abuela y regresa luego a casa. Existe una situación violenta*. Hay cosas que se toleran a determinada edad, y otras no. Por ejemplo, el niño a cierta edad, se baja los pantalones, muestra sus genitales. La madre, al pegarle a su hija, intenta reprimir algo, que ella hubiera querido reprimir para siempre. Reprime a través de la violencia. Existe un problema no resuelto en la madre. Existe una carencia. Algo pasa en la relación *sujeto* (paciente) – *objeto* (madre). La joven, tiene una relación conflictiva con el objeto. La imagen de algo, si yo la *introyecto*, constituye un objeto. Pueden ser celos,

un sentimiento afectivo, de la hija hacia la madre, no resuelto.

La tía consulta por la sobrina. Y la "mala de la película" es la madre. ¿Qué hace el padre? La correa es un elemento masculino usado por la madre. La madre tiene un conflicto interno con ella misma. En algunos casos, durante la terapia, uno va a preguntarle al paciente, ¿por qué estás acá? En otros, simplemente, vas a escucharlos, lo que nos dicen con sus propias palabras. *La hija dice: mi problema es que tengo muchos problemas.* Se da cuenta que no puede solucionarlos. La paciente, *tiene muchos problemas*, y ya de por sí, existe una simbolización en la palabra, es decir, ella expresa un conjunto de símbolos, que intenta trans-

mitirnos, para que el terapeuta los piense. La joven, extrae contenidos que están en su preconscious, pero que provienen del inconsciente. También, percibimos, que hay otros sentimientos que el analista le transfiere a ella: es la denominada, contratransferencia. Los sentimientos de uno, que inconscientemente, depositamos en los pacientes. *La joven, odia a su madre. Le da miedo sentir tanto odio contra su madre. Ella es omnipotente. Odia su actuar, activa presencia, su personalidad dominante, de desprecio. No la soporto. Ella domina a todos.* Muy interesante caso. Concluyó, reiterando, la importancia de que el futuro analista, debe psicoanalizarse, para no transferir sus propios conflictos, ni engancharse -perjudicando-, a su paciente.

Sesión 7

Yo, Ello y Superyó: La Teoría Estructural

- ☞ *El hombre de las ratas, El hombre de los lobos, El caso de homosexualidad femenina* y otros; resultaron un total fracaso de Freud.
- ☞ La *primera tópica*, mejoró un poco al paciente, pero terminó fracasando estrepitosamente.
- ☞ Podemos estar en perfecta armonía con el mundo exterior. Pero por dentro, estamos en un permanente *conflicto inconsciente*.
- ☞ No habría genitalidad, ni sexualidad, en ausencia de *Eros* o de *Tánatos*. Ambos activan, la creación de la sexualidad, juntos son la fuerza de la procreación humana.
- ☞ La *angustia*, aparece como una respuesta del Yo frente a *Tánatos*. Cuando una persona tiene angustia, quiere decir, que se ha desprendido *Tánatos*.

La *primera tópica* freudiana, tiene vigencia hasta 1920. La *segunda tópica*, desde 1920 hasta que muere Freud. Esta última, la vamos a desarrollar de manera muy didáctica. Determinados profesionales, prefieren solo trabajar con la *primera tópica*. Es la más conocida, es la más fácil de entender. Prefieren quedarse en el *inconsciente*, la *represión*, el *conflicto entre realidad y mundo interno*, los *deseos*, el *narcisismo*, las *pulsiones* y otros interesantes constructos freudianos. La *segunda tópica*, aborda principalmente, los cambios en la idea de la *pulsión de muerte* y la tendencia a la *autodestrucción*. Al

inicio, solo un 20% de los psicoanalistas creyeron la *segunda tópica*. Luego han ido cambiando su posición. Creen en ambas tópicas. Son cambios, que, desde antes de 1920, se venían anunciando. Por ejemplo, Freud sostiene, que hay una fuerza interior que se llama *Tánatos*, que nace con nosotros y que fundamentalmente, va a servir para empujarnos a nuestra destrucción. *Tánatos* no es la agresión que tiene una persona. Es una fuerza interior, que los lleva a hacernos daño, a destruirnos, para transformar nuestro cuerpo, destruir nuestra vida biológica y convertirnos en vida inorgánica.

En 1895, Freud habla ya del dolor, no lo llama *Tánatos*, lo llama dolor. Este, tiene la propiedad, de desorganizar la mente y convertir las estructuras vitales en cero, en nada. Luego, Freud menciona, que *Tánatos* hace justamente eso: desorganizar, destruir toda la construcción psíquica. Esta *pulsión de muerte*, no es el único cambio. Freud, aporta tres cambios más. Cambia el concepto de conflicto. Antes, el conflicto era, entre los deseos inconscientes y la moral, la cultura y de ahí lo reprimido de los deseos inconscientes. Una lucha, entre el mundo exterior conformado por la realidad, y el mundo interior de los deseos. Así se trabajó durante 25 años.

Otro cambio importante, radica en el del concepto de *transferencia*. Antes de 1920, se le entendía como una repetición idéntica, tal cual, del *Yo* de la persona, repetida 20 años después con el terapeuta. Si el paciente trataba bien al terapeuta, se entendía que amaba así a su padre. Si amé de niño, ahora también amo al analista. Si odié de una determinada manera, ahora odio del mismo modo. Esto se modifica. Freud se percata, que la *transferencia* tiene aspectos infantiles, pero también, tiene otros aspectos relacionados. Es decir, si un paciente inicia su tratamiento con un determinado terapeuta, su *transferencia* va a ser diferente, si se tratara con otro terapeuta. Va a poder transferir, diferentes hechos a diferentes terapeutas. Antes, era lo mismo, el ser analizado por un terapeuta hombre o mujer, no interesaba su sexo, ni su género. Ahora la relación es otra, ya no es lo mismo. Sí importa, quién es el que está frente al paciente.

Freud, también realiza otro aporte. Si antes, se sostenía que el *conflicto* estaba afuera, y las *pulsiones* adentro. Ahora, se considera que el *conflicto* está totalmen-

te en el *inconsciente*. De esta manera, si antes se daba una lucha interna contra la realidad, ahora, ésta ocurre entre *factores yoicos inconscientes* (*Superyó*), contra *deseos inconscientes*. Nosotros, estamos aquí tranquilos en clase, mientras que los conflictos se dan en el interior de nuestro psiquismo. Esto sucede, sin darnos cuenta. Podemos estar en perfecta armonía con el mundo exterior. Pero por dentro, estamos en un permanente *conflicto inconsciente*. Y no nos damos cuenta de ello. Sintetizando, antes de 1920, la estructura del aparato psíquico, estaba conformada por el *consciente*, *preconsciente*, *inconsciente*. Y en el medio, se ubicaba, la *represión*. Luego de 1920, cuando surge la segunda tópica, Freud propone, una nueva comprensión del aparato psíquico, compuesto por el *Yo*, *Ello* y *Superyó*.

¿Por qué sucede este cambio tan profundo con la segunda tópica? ¿Cuál es la causa para que Freud modifique tan radicalmente su primera tópica?

Estos cambios se deben, a que Freud señala, que las *pulsiones* no solo son las de *conservación* y la *sexual*. Ahora son *funciones sexuales* y *Tánatos*. En el cambio existe una razón personal. En 1920, Freud desarrolla su primer brote de cáncer, y lo relaciona con una fuerza *autodestructiva*. Reflexiona sobre su enfermedad, sobre la muerte de su hijo durante la Primera Guerra Mundial, y sobre la muerte de su nieto, el hijo de su hija. Recordemos, *el juego del carretel*. Pero no nos desviemos. Lo cierto, es que los entendidos sostienen, que la razón fundamental, es que, hasta antes de 1920, los grandes pacientes de Freud, que conforman los *clásicos* de la literatura psicoanalítica, tales como, *El hombre de las ratas*, *El hombre de los lobos*, *El caso de homosexualidad femeni-*

na y otros; resultaron un total fracaso. La *primera tónica*, mejoró un poco al paciente, pero terminó fracasando estrepitosamente.

En el caso de *El hombre de las ratas*, se trata de un hombre que, si pensaba en una mujer, una rata se le iba a introducir por el ano y le iba a comer sus intestinos. Tenía una obsesión a las ratas. Freud hace un magistral estudio -para la época-, de todo lo que es la *represión*, las funciones anales, las tendencias destructivas. Hace toda una descripción maravillosa, de lo que pudiera ser el *padre ausente*. Luego de dos años de tratamiento, le da de alta, pero el paciente sigue mal. Un año después, el hombre de las ratas, muere comido por las ratas. Su enfermedad la ejecuto, murió en una trinchera infectada, y llena de ratas. Cayó, no lo auxiliaron y las ratas se lo comieron.

El caso de *El hombre de los lobos*, giraba en torno, a un hombre que tenía una psicosis. Después de cinco años de análisis con Freud, prosiguió toda su vida, inmerso como paciente, en terapias psicoanalíticas. Esto lo llevo a pensar a Freud, que las respuestas tienen que ser otras. Ve que no todo lo resuelve el *inconsciente reprimido*. Existen otros mecanismos que llevan a explicar, qué está pasando en el mundo interno de sus pacientes. Tales como la autodestrucción, el hacerse daño, la agresión hacia uno mismo, el buscarse problemas en la vida. Así, Freud, trata de entender, lo que aún, no podía explicarse.

Hoy en día sabemos, que todas estas situaciones, son expresiones de la *pulsión de muerte*. No es nada gratuito, el encontrar más de una pareja inadecuada en la vida, ni volver a involucrarse con personas inadecuadas, o asumir riesgos y proble-

mas ya vividos. El volver a repetir situaciones negativas, donde siempre hemos salimos perdiendo, perjudicando nuestra integridad, son las más contundentes consecuencias, de la vigencia y actuación de *Tánatos*. En la actualidad, una *neurosis* plagada de *Tánatos*, sí se puede solucionar, con esta posterior comprensión freudiana. Hoy sabemos, que el *Tánatos*, no aparece para pegarle al vecino. Aparece para matarnos. Es puro. Puede, en una de sus variantes, aparecer para agredir al otro, pegarle o hacerle daño. El terapeuta, tiene que saber cómo detener al *Tánatos* de un paciente. Un método, es sacarlo hacia el exterior. Sacar las cóleras y odios hacia afuera, puede salvar a muchos pacientes. Otro, consiste en manejar al *Tánatos* a través de *Eros*. Tirarse del puente o hacer *puénting*, manejar autos de carrera, son ejemplos de jugar *al suicida*, de jugar con *Tánatos*, con la *pulsión de muerte*, todo el tiempo.

¿Cómo se origina este fenómeno de *Tánatos*? ¿Cómo aparece y de dónde está *pulsión de muerte*?

De acuerdo con la teoría pulsional de la segunda tónica, en un principio, la tierra estaba plagada de una fuerza que era *Tánatos*, y que aún existe. O sea, la superficie de la tierra es *Tánatos*, un desierto que estaba plagado de *Tánatos*. Pero por acción de la luz solar, la humedad y la temperatura, un fragmento de ese desierto, se transforma, convirtiéndose en *Eros*, surge la vida y en parte, el *Tánatos* desaparece. *Eros* es la *fórmula de vida*. En cuanto a pulsiones, primero es la muerte, luego aparece la vida, pero por un periodo corto y limitado. Luego, todos terminamos de nuevo en *Tánatos*.

Una vez que surge la vida -expresa-

da en el hombre, en un animal o en una planta, planta-, ésta en su interior, va a contener una parte de *Tánatos*, va a tener grandes tendencias autodestructivas, todos de nosotros las tenemos. En el caso del ser humano, *Tánatos* siempre está presente, al igual que *Eros*, se ubica en todos los órganos de nuestro cuerpo, en el hígado, pulmones, corazón, riñones, en cada célula y neurona, de las que estamos compuestos. En el funcionamiento de nuestros órganos, va a ver *Eros*, y también, *Tánatos*. Y si nos mantenemos vivos, es porque predomina en nosotros el *Eros*, en contraposición del *Tánatos*.

Tánatos, en el interior de nuestra mente, posee unas características, cualidades y condiciones normales. Su cualidad fundamental, es que su *carga económica*, es cero. Esto quiere decir, que está presente en la mente, pero sin moverse, sin actuar. Esta ahí como una roca. A su alrededor, se están dando destrucciones, no porque *Tánatos* se mueva, ya que posee una carga cero y se encuentra inmóvil, sino porque *Tánatos*, desde su ubicación, irradia muerte y destrucción.

El psicoanálisis, postula, que las malas tendencias de autodestrucción, conviven -dentro de uno-, con las partes buenas de vida. La presencia de *Tánatos*, al tener carga cero, es muda, no se manifiesta, más que por el silencio, como en el sueño. En todo lo que es silencio, o retención del movimiento, tiene algo que ver con *Tánatos*. Otra de sus características, es que puede salir hacia el exterior, cuando es llevado *Eros*, hacia afuera.

Cuando *Tánatos* empieza a actuar -porque aumenta su volumen en el interior-, crece como si fuera un cáncer, y sus efectos destructores son mucho mayores.

La acción de *Tánatos*, sobre el cuerpo, se manifiesta en casi todas las enfermedades psicosomáticas, y en todas las otras enfermedades. Surgen muchas interrogantes al respecto: *¿Qué cosa es esto que una parte noble, orgánica del cuerpo, se vuelve piedra, algo rígido, algo inerte, muerto? ¿Quién convierte a las arterias en tubos rígidos, llenos de grasa? ¿Qué pasa con esas enfermedades en donde la piel se vuelve cartón? ¿Cómo es así que partes del organismo llamadas a defendernos, de un día a otro, se transforman y empiezan a atacar a nuestros propios órganos? ¿Qué está sucediendo en una lesión hepática, en donde los mismos glóbulos blancos destruyen nuestros órganos?*

Justamente, la segunda tópica, trata de explicar, que lo psíquico y lo somático están íntimamente ligados. Como comer cosas inadecuadas, que sabemos que nos van a ir destruyendo. Hay que integrar lo psíquico y lo somático. No solo la rigidez de las arterias, es porque comimos o no más colesterol. Mas allá del colesterol, existen otros *actores* que son cruciales, como el *distrés* (mal llamado *estrés*), la angustia, depresión, ansiedad y muchos más. Está probado, por investigaciones bioquímicas, que la depresión, disminuye el nivel de defensas del organismo. Detrás de una simple gripe, puede *camuflarse* una depresión latente, acumulada días atrás.

La muerte física del cuerpo, o parte de este, tiene que ver de alguna manera, con la muerte o enfermedad psíquica. Por poner un ejemplo, entre los animales, existen actitudes que son autodestructivas, a favor de la especie y de sus propios instintos de conservación. Esto sucede, en el vuelo del zángano antes de copular a la abeja en el aire. Todos la copulan a la reina

y caen muertos. Algo similar sucede, con las langostas, que se ofrecen de alimento a los tiburones, para que otro grupo de langostas, no sea tocada. En estos casos, es puro instinto sexual, de muerte y/o de conservación. Con el calamar, sucede algo curioso. Antes de poner sus huevos, deja de comer, se le quita el hambre y adelgaza. Luego pone los huevos, y cuando los huevos crecen, el calamar muere, porque al poner los huevos, se activa una hormona venenosa que lo mata.

¿Qué función o explicación desde Eros, tiene este complejo actuar de Tánatos?

Tánatos, nos puede resultar todo lo repulsivo posible, pero hay que aceptar, que es el complemento ideal de *Eros*. Tánatos va a servirnos para vivir, para procrear. Sirve en la conservación de la especie animal. *Tánatos*, en parte, es provida, actúa -cuando no hay excesos-, en función de la vida. Si solo actuara *Eros* en nuestro organismo, seríamos un verdadero descontrol, tendríamos mucha más capacidad de modificación, pero no, una fuerza para asegurar la vida en este mundo. Los actos más significativos de los hombres y mujeres, es cuando *Eros* y *Tánatos*, están combinados en una amalgama de funciones. Ambos activan, la creación de la sexualidad, juntos son la fuerza de la procreación humana. No habría genitalidad, ni sexualidad, en ausencia de *Eros* o de *Tánatos*.

La agresión entre los animales, les sirve, para poder asegurar la supervivencia de la especie. Un animal solo ataca por alimento, reproducción o defensa.

No es ese el criterio. Eso es agresividad. No necesariamente es Tánatos. En el acto

de amor más apasionado y sincero, puede estar *camuflado* Tánatos. Hay gente que se muere, porque al enamorarse, le dio un infarto ¿Cómo *Eros* mata? No. El que lo mató, fue *Tánatos*. Algo similar sucede, con el abuso sexual, la violación sexual, es sexualidad, pero con total predominio descontrolado, de *Tánatos*.

En un cuadro clínico, no solo hay Tánatos. Labor del analista, es llegar a develar, qué combinación ha habido. Por ejemplo, hay combinaciones de *Eros* y *Tánatos*, pero con predominio de *Tánatos*. Hay combinaciones mal armadas, *Eros* de pobre calidad y *Tánatos* de buena calidad. Y al revés. Hay múltiples combinaciones, no solo de dosificaciones, sino también, en cuanto a *cualidad* de las pulsiones.

En una violación sexual, por ejemplo, puede que exista una buena disposición al *Eros*, pero está sumamente *tanatizado*. Desarrollar un cáncer, un tumor maligno, tiene que ver con cuestiones psicósomáticas, agresiones mal manejadas, con un *Tánatos* que nunca tuvo una fijación adecuada. Son personalidades oncóticas, son personas sumamente buenas, es como si *Eros*, se hubiese comido todo el *Tánatos*, que luego aparece en la enfermedad, como tumores. Por eso en el Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera, no hay ni un solo caso de cáncer. Los trastornados mentales, mal llamados *locos*, no reprimen su agresividad.

La diferencia entre *Tánatos* y *agresividad*, es que Tánatos, es un concepto metapsicológico, con unas características propias iniciales. Por ejemplo, una *esquizofrenia simbiótica* puede deberse a *Tánatos*. La *agresividad*, por el contrario, es un concepto clínico. No están en el mismo plano. Si *Tánatos* se combina con *Eros*,

pueden producir agresión, amor, enamoramiento, vacilón, jugar un partido de vóley, fulbito, poner la *garra*, es decir, todo puede suceder. No es que *Eros* necesite a *Tánatos*, y viceversa. No se necesitan mutuamente. Por razones muy complejas es que se juntan. Una pulsión, no necesita, a la otra. Reflexionando metafóricamente, *¿qué sería la tierra si solo tuviera Polo Norte?*, para que se sostenga la tierra, debe haber también, Polo Sur. Lo mismo sucede en nuestras vidas, no podemos *funcionar* solo en estado *Eros*, también necesitamos el *Tánatos*. Y, viceversa.

Hasta para procrear un hijo, necesitamos a *Tánatos*. Necesitamos la intensidad, la fuerza y la violencia de la penetración genital en el coito. Mujeres y hombres, necesitan de *Tánatos* para mantener nuestra especie. Un hombre sin *Tánatos*, no tendría la energía para lograr una selección, erección y una penetración. Energía para complejizarse, no para actuar en la vida. Es muy cierto, que *Eros* y *Tánatos*, no están obligados a combinarse, porque uno, por sí solo, no necesita al otro para subsistir. *Tánatos*, solo necesita matar al cuerpo, para volver a lo inorgánico. Ahí ya cumpliría su función. *Tánatos*, en principio, no busca salir al mundo, busca matarnos, mientras antes, mejor. Y más rápido, mucho mejor. Nosotros, tenemos muchas manifestaciones '*normales*' de *Tánatos*, como, por ejemplo, quedarse dormido, no producir, no hacer nada o hacer cosas en contra de nuestro propio cuerpo, comer mucho, o el tener comportamientos masoquistas.

El psicoanálisis, ¿concibe a *Tánatos* como algo natural, deseable y poseedor de una función específica?

Hay muchas situaciones, en que *Tá-*

natos está al servicio de la vida. Lo que hay que hacer, es saber combinarlo bien con *Eros*, al punto, en que *Tánatos*, no se imponga, no predomine, no mande. En la clínica analítica, uno encuentra pacientes, que vienen al consultorio con sintomatología *tanática*. Una vez vino un paciente con unos *tics*. Otro, me dijo, que se le habían quitado las ganas físicas de *hacer el amor*, siendo un hombre joven de 46 años. Las personas muy calladas, que casi no se comunican y que poco hablan, son personas, que están dominadas por su propio *Tánatos*.

El instrumento fundamental, para el manejo de *Tánatos*, es *Eros*, ya que es quien neutraliza, incorpora, amalgama y saca al mundo exterior a *Tánatos*. Así se forma un ciclo completo. Cuando nosotros encontramos a una persona, que llega al consultorio lleno de *Tánatos*, y nos dice, "*doctor no puedo dormir, no tengo vida sexual, tengo calambres, dolores y mucho desánimo*", ¿qué piensan ustedes? ¿cómo tratarían terapéuticamente al paciente? ¿cuál es el cuadro y *encuadre terapéutico* más recomendable, para este paciente que es *Tánatos* puro?

Definitivamente, tenemos que reforzar su *Eros*. Sacar con las palabras, al *Tánatos*, que está *fijado* en ese paciente. Hacerlo tomar conciencia, por ejemplo, que, si se queda dormido en un micro, le pueden hacer daño gente de mal vivir. La respuesta, a todas las preguntas anteriores, radica, en que el mejor camino para neutralizar a *Tánatos*, es el amor. Hay que hacer ver al paciente, que, en su vida, le falta el amor, que, de seguro, no ama ni a su madre, padre, mujer, hijos, amigos, que tiene un déficit de amar, que, en definitiva, no se ama, ni así mismo. Algo así, como que su capacidad de amar, es cero

en cuanto a su profesión, amistades, compañeros, pasatiempos, ocio. Es un ser, que ha perdido la capacidad de amar, y que ha sido absorbido por *Tánatos*.

La psicoterapia psicoanalítica, de la segunda tópica, no está dirigida a levantar el inconsciente, para hacer ver que hay en él, sino, que su objetivo, es el saber, porque el paciente no ama. Al detectar las razones, el amor va a fluir mejor y luego se va a unir al *Tánatos*, y de ahí va a venir la cura. Aquí, se ve la importancia de la *transferencia*, porque el amor al terapeuta, ya es una primera vía de resolver el *conflicto tanático*. Luego, el paciente, irá cargando de amor sus relaciones de pareja, sexuales, expresará el amor, en las diferentes manifestaciones de la vida cotidiana. Irá recobrando, el amor a los animales, a las plantas, querrá leer libros, entre muchas otras manifestaciones de amor. Una persona, en la que está bien su capacidad de amar, no tiene problemas con *Tánatos*. Las que sí la han perdido, tienen problemas neuróticos, psicóticos y todo tipo de trastornos mentales. Freud, en esta *segunda tópica*, nos habla desde un enfoque más integral y complejo. El tratamiento, no lo limita, a solo resolver cuestiones del inconsciente, de la represión, interpretación y otras. El psicoanálisis es mucho más complejo, su práctica, es mucho más profunda. Otras técnicas psicoterapéuticas, no llegan a este nivel. El análisis, va al conflicto, a la esencia, del porque una personal no está amando. Cómo interactúan, *Eros* y *Tánatos*, y qué consecuencias le traen a la persona.

¿Cómo podemos visualizar a *Tánatos*? ¿cuál es la representación de la pulsión de vida y de la de muerte? *Eros*, ¿siempre es cambio y evolución? ¿cómo es esa energía?

Eros y *Tánatos*, son pulsiones, una de vida y la otra de muerte. Freud, define a una pulsión, con carga libre o con carga fija. Pero, ¿en qué consiste el principio del placer?, ¿en qué momento el ser humano tiene placer? Vamos a referirnos a la *primera tópica*, luego veremos el cambio. El principio de placer, está relacionado con la capacidad de descarga que tiene nuestro organismo. Algo, nos es placentero, cuando la *carga es baja*, disminuye, o llega a cero. Es displacentero, cuando la carga es alta y se mantiene en el interior de la persona, cuando está muy concentrada. Esta teoría duró muchos años. Si yo estoy tenso, cargado y no descargo, me siento en un estado displacentero. Si yo descargo, de cualquier modo, me siento relajado. Estoy en un estado placentero.

La conexión, del *principio del placer* es, *carga-descargándose*. La del displacer, es *carga-aumentando* su presencia. Esto, definió durante años, el *principio del placer-displacer*. Pero, surgió una pregunta: ¿Por qué en el juego erótico, previo al acto sexual, no existe descarga? Al contrario, es pura carga, ¿por qué? Porque todavía no se llega a un umbral. ¿Y por qué ese umbral es placentero? Porque existe una expectativa psicológica, algo así como que, “*voy a experimentar placer dentro de 10 minutos*”. Pero es una expectativa, el cuerpo tendría que estar con dolor. Algo parecido, como cuando uno tiene una piedra en el zapato, y uno dice, “*ya falta poco para llegar a mi casa*”, pero le duele, ese pensamiento no te quita el dolor.

Lo que sucede, es que no siempre toda *carga alta*, es displacentera, también las hay placenteras. Un órgano o una célula, se puede *cargar*, tanto de *Eros* como de *Tánatos*. Entonces, lo displacentero va a ser cuando un recuerdo, una parte de

nosotros, se carga de *Eros*. No interesa la cantidad, sino el tipo de carga. *Catexia*, es sinónimo de *carga*, está en toda la obra de Freud. Cuando una representación mental, o una parte del cuerpo se carga con *Eros*, se convierte en carga fija. Esta carga, puede pasar a otro órgano del cuerpo, y ahí se queda. Son cargas que se quedan, que ocupan un lugar en la mente y desde ahí pueden crecer. En cambio, *Tánatos*, no hace *catexia* con nada, y si la hiciese, luego sale. Por eso se le llaman cargas libres.

Cuando uno tiene una herida en el brazo, esa parte del cuerpo, se llena de *cargas libres*, por eso duele. Pero, poco a poco, va cicatrizando, debido a que movilizan cargas fijas, para detener a *Tánatos*. En este ejemplo de la herida, *Tánatos*, cumple con el aviso del dolor, de lo contrario, nos haríamos más daño y hasta podríamos morir. Por ejemplo, si nosotros tenemos una *huella mnémica* del padre, otra de una amiga, el recuerdo de una canción, y todas haciendo *catexia* con *Eros*, tendríamos un movimiento circular y una estabilidad del recuerdo muy marcada, expresado en un recuerdo placentero, diríamos algo así como: “*Que buen padre, que buena la amiga, que estupenda canción*”. Obtendríamos, una sensación de placer, recuerdos estables, disfrute de los recuerdos placenteros, o sea, tendríamos, en resumen, la anhelada salud mental.

Pero, si nuestra *huella mnémica*, tiene una *catexia* dominada por *Tánatos*, tendríamos una sensación de displacer, no podríamos recordar nada, porque *Tánatos*, no se fija a los recuerdos, está libre, es carga libre, que da vueltas en círculo y no se pega a nada. Freud, nos señala, como pueden manejarse, estas *cargas ta-*

náticas que, generalmente, aparecen en el *Superyó*. La idea, no es que *Tánatos* crezca más que *Eros*, o viceversa, sino, llegar a saber y determinar de qué modo se combinan. Esta es la parte problemática, difícil. Ciertas combinaciones van a desencadenar psicosis, neurosis obsesivas, otras combinaciones, por cantidad y no por calidad, van a originar diversas psicopatías.

Esto, es bien complejo, más aún, si en medio de la existencia de *Eros* y *Tánatos*, nos preguntamos, *¿qué papel cumple el narcisismo? ¿por qué las patologías narcisistas tienen más Tánatos que Eros al igual que en la esquizofrenia y la psicosis?* Las respuestas, no son nada fáciles. En esta estructura que les he planteado, se dan dos elementos: La *materia* que es la *huella mnémica* (la marca en el cerebro producto de los recuerdos), y las *energías*, que van a hacer *catexia* (carga) o no, con los recuerdos. Entonces, hay energía de *Eros* que sí hace *catexia*, y otra energía de *Tánatos*, que desorganiza, no permite recordar y crea displacer.

Si *Tánatos* es carga libre que no está fija y no se pega, ¿cómo se podría explicar el trauma psíquico?

El trauma es algo, aún más complejo. Se supone que existe ruptura. Alrededor de trauma, hay bastante *Tánatos*. No solo el trauma tiene *Tánatos*, puede tener también *Eros*. Por ejemplo, una niña, a la que un adulto le ha tocado sus genitales, nos preguntamos: ¿Qué paso en su representación mental de la niña? Su *huella mnémica*, o sea, su recuerdo, la ha marcado con las características del acto (el ambiente, la cara del abusador, las miradas, si alguien habló o gritó) Estos recuerdos, pueden haber hecho *catexia* con *Eros*

o con *Tánatos*, aunque sabemos, que este último no hace catexia.

Me explico. Existen huellas mnémicas, que están ahí, pero que no están cargadas, no han hecho *catexia*. Cuando se cargan, recién uno puede pensar en huellas mnémicas, en recuerdos. Aquí *Eros* ha hecho *catexia*. Esto no se podría hacer con *Tánatos*. Si quisiéramos hacer *catexia* con él, solo nos produciría angustia. *Tánatos* no puede hacer *catexia*, simplemente entra en ese espacio mnémico y lo desordena, lo desorganiza. *Tánatos*, genera ansiedad, angustia. No se da una *catexia*. Ya que *Tánatos* es pura *carga libre*. La *angustia*, aparece como una respuesta del Yo frente a *Tánatos*. Cuando una persona tiene angustia, quiere decir que se ha desprendido *Tánatos*. La angustia es un ‘campanazo’, de que *Tánatos*, por decirlo, “*este suelto en plaza*”, y que la muerte ronda. El Yo capta esto, y a través de las células genera ansiedad. Aparece la angustia, para ponerse al servicio de la neutralización de *Tánatos*.

No confundan, por favor, la angustia que neutraliza *Tánatos*, con el *Tánatos* que hace *catexia* con un recuerdo. Son dos cosas distintas. *Tánatos*, no puede hacer *catexia* con algún recuerdo. Él, solo puede ser controlado, por otras energías que sí tienen carga fija. *Tánatos*, tiene *carga libre* y solo se neutraliza con una *carga fija*, como la tienen, *Eros*, el amor, la angustia, la *transferencia*. Estos constructos y sentimientos (no son los únicos), sí pueden neutralizar la acción *tanática*. Se ha comprobado, por ejemplo, que el maltrato físico a un niño, es menos perjudicial para el niño, que el abandono. Es menos *tanático*, ese maltrato es menos dañino. Es mejor un padre agresivo, que uno ausente. La madre o el padre, al menos, se encuentra presente, está en contacto con el niño, funciona como una especie, de energía fija, para ese niño. Entender esto, no es nada fácil. Vamos a continuar con la angustia, y de seguro, se comprenderá mejor, cuando veamos casos clínicos.

Sesión 8

Eros y Tánatos: Pulsión de vida vs. Pulsión de muerte

- ☞ La angustia es buena, no es mala. Es una energía con carga fija, que nos protege, que neutraliza a *Tánatos*.
- ☞ El objetivo del tratamiento, consiste en levantar la *represión*, para que salga y se exprese el amor y consiga neutralizar a *Tánatos*.
- ☞ *Eros* y *Tánatos*, tienen que actuar de forma conjunta, para que exista una buena salud mental.
- ☞ La pulsión de vida, es decir *Eros*, no es igual a estar vivos. Para estar vivos, tienen que estar combinados *Eros* y *Tánatos*.
- ☞ *Eros* pone la creación y *Tánatos* la fuerza para lograrla, el empuje, la garra, la persistencia, la lucha, el soportar las adversidades.

En sesiones anteriores, hemos abordado, sobre la presencia de la *pulsión de muerte* y como ésta, se podía ubicar desde el punto de vista *económico*, o sea, qué cosa era lo que producía placer o displacer. Habíamos visto que, al principio, lo que producía placer era la descarga de la energía, lo que producía displacer era la carga, la acumulación de energía. Pero después de 1920, en que apareció la *segunda tópica*, ya no se trataba de cargas que se retenían o se descargaban, sino, lo que ahora más importaban era la cualidad

de las cargas, es decir, la cantidad, ósea una *cualidad económica*. Había cargas de *Tánatos* (*pulsión de muerte*), y que su sola presencia originaba displacer, y que la sola presencia de las cargas de vida (*Eros* y su *pulsión de vida*), producían placer, aunque estas estén altas o bajas. Lo que, si interesaba, eran estos nuevos conceptos, referidos a que las cargas libres o *cargas tanáticas*, que no servían de nada, sí producían displacer.

Esto, nos lleva a plantear un siguiente

asunto central: *¿Cómo un clínico puede darse cuenta de que está ante la presencia de Tánatos? ¿Cómo se puede dar cuenta que un paciente está ante un crecimiento exponencial de Tánatos?* Vamos a desarrollarlo. El primer síntoma es la angustia. Toda angustia que cualquiera de nosotros podamos tener, proviene de *Tánatos*. No es que la angustia es *Tánatos*. Sino que *Tánatos* es la secreción de *Yo*, que actúa como una esponja, cuando detecta que, en el interior de la mente, esta *Tánatos*, se comprime, y segrega una sustancia, que va a ir a detener a *Tánatos*. Esta sustancia, es la angustia, y es, lo que nosotros sentimos. El *Yo* lo hace, para conservar su propia existencia, su propia vida. Como que se *aprieta*, y segrega un líquido (una cantidad económica), de energía, cuyo único objetivo, es neutralizar a *Tánatos*. Esa energía segregada, es la angustia.

Entonces, como primer punto a tener en cuenta: La angustia es buena, no es mala. Es una energía con carga fija, que nos protege, que neutraliza a *Tánatos*. Cuando nosotros sentimos angustia, tenemos que pensar en dos cosas. Primero, que parte de nuestro *Yo*, está funcionando con angustia, debido a que hay *Tánatos* suelto. Y segundo, si *Tánatos* está suelto, es porque estamos amando mal. Entonces, es necesaria la angustia, para neutralizar a las *cargas tanáticas*. El que produce, esa sustancia en forma de angustia, no es Eros, es el *Yo* de la persona, él produce este tipo de *energía noble*, de *carga fija*, que va a neutralizar a *Tánatos*, y que la produce como consecuencia de la sensación de ansiedad.

Un buen terapeuta, debe darse cuenta, cuando un paciente manifiesta que tiene angustia, no es una buena idea,

darle ansiolíticos para la angustia, a fin de ayudarlo a calmarla. Lo que debe hacer, es tomar consciencia, de que la angustia está indicando un peligro severo, una alarma, porque *Tánatos* está suelto, y puede empezar a hacer daño en nuestro cuerpo. En todo momento, el analista, debe tener presente, la interacción entre estas dos pulsiones: *Eros* y *Tánatos*. *Eros*, es una energía que nace del cuerpo y que tiene una función: la de complejizar las cosas. Por ejemplo, si en mi mano hay una célula, y aparece *Eros*, esta célula se multiplicará por dos, por cuatro, seis, ocho. Si sigue actuando *Eros*, la célula crecerá mucho más, hasta llegar a convertirse, de darse el caso, en una planta. No solo hay modificación, sino también mejora de la función. Otro ejemplo, *Eros* cuando se fija en la semilla de una planta, la convierte en tronco, ramas, hojas, frutos y flores. Es como darle movimiento, va complejizando su función, esto logra *Eros*.

Tánatos, tiene por característica, todo lo contrario. Donde hay algo complejo, lo reduce, lo convierte en elemental, luego en inorgánico, después en nada, en cero. La acción de *Tánatos*, se ve en muchísimas personas, hombres y mujeres, que ven que su vida se paraliza, que sienten que no pueden ir más lejos. Empiezan a vegetar, encerrados en una habitación, en una casa, sin un crecimiento interior, criando, del modo más precario, hijos, inmersos en un matrimonio destrozado, poco motivado, caduco, pero ahí siguen. Esto, es un modo de parálisis, generada por *Tánatos*.

¿En qué otras formas se manifiesta *Tánatos* en los pacientes? Existe una *compulsión a la repetición*, ¿ésta es una característica de *Tánatos*?

El modo como *Eros* se descarga, es a través de un fluido continuo. El modo como *Tánatos* se descarga, es a través de golpes o impulsos. *Eros* es como un río, *Tánatos*, como un lago, un estanque. La compulsión a la repetición, tiene mucho de *Tánatos*. Veamos algunos ejemplos. Los niños que cantan una misma canción, y los adultos que están todo el día con una misma idea, dándole vueltas en la cabeza (que más parece una neurosis obsesiva), son situaciones, que tienen sus raíces metapsicológicas en *Tánatos*. Lo que las madres hacen, es, cantarles otra canción o cambiarles de juego. La *compulsión a la repetición*, pasa por una serie de momentos que son claves. Por ejemplo, la compulsión a la repetición, aparece en una conducta, cuando un hombre elige a una mujer que le es infiel. Lloro, sufre la deja, se involucra con otra, pero igual, también le es infiel. Ese hombre, va a la sesión terapéutica y usted le pregunta: *¿Por qué se divorció?*, porque se fue con un hombre, *¿y la segunda vez?*, porque me abandonó. *¿y la tercera vez?*, porque se fue con un diplomático. Siempre lo abandonan. Esto es, *compulsión a la repetición* en los vínculos, en las relaciones amorosas. También se da en mujeres, que se comprometen con alcohólicos, adictos, mujeriegos, por citar algunos.

Siempre estas personas, buscan a otra, para repetir constantemente su *estado tanático*, este afán de *destruibilidad de vínculos*. Lo mismo sucede, en las relaciones entre amigos, en grupos o societarias: *“Me metí a un negocio y me estafo mi socio”*, *“entré a un equipo y me quedé de suplente”* *“apoyé a una institución y me enjuiciaron, porque creían que yo había robado”*. Todas son desgracias, que finalmente, uno mismo se las crea. Uno dice: *‘yo que culpa tengo’*. Está ciego, a detectar

los aspectos patológicos, la persona, empieza a caer compulsivamente. Por eso, es que nos importa la vida conflictiva de las personas, en la medida, de que haya reparación de *Eros*: si te casas con una persona inadecuada y logras separarte, ahí si hay una mejora. Ahí si hay una reparación de *Eros*. También, si a esa persona la haces cambiar, demandándole una mejora en su comportamiento, como compromiso para seguir manteniendo el vínculo amoroso.

Algo importante, radica, en que la presencia de *Tánatos*, es contagiosa. Si uno, está al lado de una persona destructiva, o auto destructiva, ésta también, lo reflejará, transmitiéndoselo a su entorno y vínculos inmediatos. Por ejemplo, la convivencia al lado de un drogadicto, éste le puede decir a su pareja, *“a ti que te importa que yo me drogue, me meto a mi cuarto, me prendo, no molesto a nadie, luego me duermo y listo”*. Pero la cosa no queda ahí. La sola presencia de ese adicto, proyecta *Tánatos*, y eso sí afecta a su parejas, hijos y entorno. También, los va destruyendo.

En la clínica psicoanalítica, tenemos enfermedades y trastornos mentales, que nos indican de la presencia de *Tánatos*. Todas las neurosis, represiones, psicosis, son formas de expresión, de que se está impidiendo, de que el *Eros* llegue a la persona. Los trastornos mentales, nos indican la aparición de *Tánatos*, en contraposición de *Eros*, en otras palabras, el enamoramiento y la *relación objetal*, han dado paso, se han alejado ganar y han perdido fuerza debido a la presencia de *Tánatos*. Si tenemos al frente, a una persona que siente angustia, que vive medio paralizado, que no tiene vínculos amorosos, estamos en presencia de *Tánatos*.

¿Por qué esta persona no puede conectarse bien con fuentes de amor gratificantes? ¿Por qué siempre se relaciona con fuentes de dolor, de abandono, y de emociones negativas? Esto se debe, a que su *carga tanática*, está muy elevada. Levantando la *represión* (y acá es donde se integran las dos tópicas), se produce el *milagro*, el paciente mejora. Al levantar la *represión*, *Eros* se moviliza y *Tánatos*, decrece, disminuye. Podríamos decir, que el gran antídoto, el exterminador de *Tánatos*, es el amor, es *Eros*. Si tú, a un paciente (de aquellos que se quieren matar, que viven destruyendo su vida), es decir, que está lleno de *Tánatos*, ¿cómo lo curarías?, ¿cómo abordarías su tratamiento? Uno, como psicoterapeuta, tiene que comprender, lo que le está pasando con su sistema de amor. Y lo que siempre, vamos a encontrar, es que, en ese paciente, existe una desbordante tendencia a la muerte, es una persona que no ama. Pero, ¿dónde está ese amor? La respuesta es sola una: Ese amor está reprimido. Entonces, el objetivo del tratamiento, consiste en levantar la represión, para que saga y se exprese el amor y consiga neutralizar a *Tánatos*. Con esto no digo, que aparece y se dirige directamente, a neutralizar a *Tánatos*. Simplemente, la presencia del amor, hace que *Tánatos* se neutralice.

Otra enfermedad, en donde aparece fuertemente *Tánatos*, es en el *trastorno obsesivo-compulsivo*. Esta, es la enfermedad más *tanática*, que se observa en la clínica. Ejemplo. La persona que se lava las manos una y otra vez. Este ritual puede demorar 6 o 7 horas. Consumen de tres a cuatro pastillas de jabón, y se lavan las manos 200 veces al día. Conocí a un paciente, que su ritual de baño comenzaba a las 5:30 de la tarde, y acababa a las 11:00 de la noche. Tenía bronquitis, se lavaba cons-

tantemente las manos, y nunca lo hacía como quería. Vivía esclavo de sus síntomas. Se las pasaba, una y otra vez, por sus ropas. Veía un ómnibus, y él se sentía ya contaminado. En su auto hacia enormes recorridos, daba innecesarias vueltas para no toparse con un ómnibus, que, según él, lo contaminaba. Se sentaba en el consultorio de su terapeuta, sin apoyarse del todo. Se gastaba, de siete a ocho pastas de dientes, hasta las cuatro de la madrugada. No dormía. Y, ¿cómo se curó? Se enamoró, de la paciente, que llagaba a su tratamiento, finalizado el suyo. Un día, él salía y vio a la chica que entraba. Él era casado, pero se enamoró. Se quedó afuera del consultorio para volver a verla. La miró, apareció *Eros*. Se fueron a tomar café. Pensó divorciarse, pero la relación con su esposa mejoró. Ahora el matrimonio marcha bien.

La terapia psicoanalítica, busca y genera la aparición de *Eros*. Existen patologías límites, donde lo orgánico, genético y hereditario, juegan en contra de *Eros*. El trastorno del especto autista, es algo terrible, muy doloroso para todos. ¿Cómo entender a una persona desconectada con su exterior, de su realidad? ¿Cómo poder compartir, socializar y relacionarse con una persona, para quien solo existe su mundo interior? En la *esquizofrenia* y en las *psicosis*, es como si la libido, estuviese metida al interior de la persona (no como en el *autismo*), y puesta en cosas y objetos inanimados. Por ejemplo, hablar con las nubes, creer que por la radio envían mensajes en su contra, por citar a dos.

La *simbiosis*, es un momento inicial del desarrollo infantil, en donde madre e hijo, son como una sola persona, están conectados en cuerpo y alma. También hay, *matrimonios simbióticos*. Parejas constituidas por personas, que no pueden sepa-

rarse, y unidas por fenómenos negativos, por lo malo. Por ejemplo, el matrimonio del alcohólico con la cónyuge que todo le justifica, lo atiende, lo ayuda a mentir. Veamos un caso: Un hombre casado, que por las noches se va a una discoteca, su mujer sale a buscarlo, ve que el marido sale a un hostel con una prostituta. Ella lo sigue. lo espera. Él regresa a la casa, ella se hace la que nada ha visto. Se acuestan, y los dos tienen sexo. Luego ella le dice: 'sé algo, pero que no te va a gustar, si te lo digo'. El marido, acepta que le cuente. Su esposa, al final lo perdona. No pasó nada.

Son, *parejas simbióticas*, hagan lo que hagan, se perdonan, aceptan seguir unidas por Tánatos (sin saberlo). En todo *vinculo simbiótico*, convive Tánatos, a pesar, que siempre existe el crecimiento desigual, un miembro de la pareja, crece emocionalmente, más que el otro, pero como están unidos (*simbiotizados*), resulta, que es un de crecimiento de los dos. Porque uno puede tener dinero, empresas, éxito, familia; pero va cargando al hombro, a una mujer cada vez más enferma, deteriorada, *psicotizada*, que pro nada cura. Esto es muy temible. Algunas personas, que paran durmiendo todo el día, o que tienen excesivo sueño, son indicadores de la presencia de Tánatos. Algunos dicen: 'tengo sueño, seguro estoy deprimido'. Claro que está deprimido, pero debajo, existe una represión, está actuando Tánatos. Meterse -como en el sueño-, al interior de uno, es algo que rehúye la complejidad, del crecimiento personal.

Eros y Tánatos, tienen que actuar de forma conjunta, para que exista una buena salud mental. Cuando dormimos, tenemos un poco de Tánatos, al despertar, nos reencontramos con *Eros*. La pulsión de vida, es decir *Eros*, no es igual a estar

vivos. Para estar vivos, tienen que estar combinados *Eros y Tánatos*. *Eros* pone la creación y Tánatos la fuerza para lograrla, el empuje, la garra, la persistencia, la lucha, soportar las adversidades. Una persona solo con *Eros*, es muy débil, excesivamente benevolente, no tendría ganas de luchar, salir adelante. Buscar el equilibrio entre *Eros y Tánatos*, es el equivalente a estar vivos. Por eso, nosotros, no podemos desestimar las *fuerzas tanáticas*. Si eliminamos a Tánatos, la persona no va a vivir bien. Lo convertimos en un ser manso, sin garra. Además, así lo quisiéramos, no podríamos eliminar a Tánatos.

La actitud del terapeuta frente a Tánatos, no es eliminarlo, sino, integrarlo con *Eros*. Tánatos, está presente en el distrés, en la anorexia, bulimia, en los problemas cardiacos y siempre, en los infartos y suicidios. Tánatos, se manifiesta en el cuerpo, en diferentes formas, por ejemplo, cuando la persona tiene piedras en los riñones, problemas en el hígado o en la vesícula biliar, en las úlceras gastrointestinales. La armonía biológica, tiene que ver con *Eros*. El equilibrio, de nuestro *amor objetal*, tiene relación con el nivel de cómo nos amamos a nosotros mismos. Cuando el amor decrece, y aparece Tánatos, en su forma más pura, se va al cuerpo, y convierte un órgano noble en inorgánico. También se da en la arteriosclerosis, convirtiendo una arteria flexible, en un órgano con sarro, rígido.

Tánatos, también altera el sistema inmunológico, en vez de que éste se dedique a detener, englobar y eliminar las partículas tóxicas, de repente, se convierte y actúa, como si fuera un enemigo. Aparecen las alergias, hepatitis. Es algo así como, si el policía de la ciudad, dejara de detener a los delincuentes, y solo se avoca-

rá en capturar a personas obesas. Sería un contrasentido. Una de las explicaciones, para comprender al cáncer, en ese crecimiento no armónico y desordenado de las células, también la podríamos encontrar, en este proceso de *tanatización de las células*. Nada pasa en nuestro cuerpo, que nuestra mente no lo sepa. En la locura, el cáncer es mínimo. A más cordura, más cáncer. *Tánatos*, actúa sobre la mente o sobre el cuerpo, puede liberar la mente, pero afectar al cuerpo. Aunque, lo cierto, es que somos una unidad mente-cuerpo, y es casi imposible poder separar los efectos *tanáticos*.

En relación, con la alimentación y lo hereditario, nosotros sabemos qué cosas nos hace bien y otras mal. Pero ahí actúa *Tánatos*, en la elección del alimento él también está presente. Los especialistas en enfermedades psicosomáticas, señalan que éstas se podrían agrupar en niveles: En un nivel, estarían el cáncer, las úlceras y otras enfermedades. El otro nivel, se manifestaría, cuando lo psicosomático afecta los genes, cuando lo psíquico, altera lo genético y repercute en lo hereditario, de modo, que, por ejemplo, que un hijo sale nace con labio leporino. *¿Cómo explicarlo?*, si la madre y el padre no lo tienen. Son grandes enigmas, de la ingeniería genética, como psicoanalistas, nuestra labor es tratar de encontrar explicaciones desde la clínica, y sobre todo, abrir interrogantes.

Tánatos, de por sí, no tiene representación mental, *Eros*, sí. Y esto se expresa, cuando dos personas se aman, en el acto sexual, en el juego del hijo con su padre, en el amor a los libros, todas estas manifestaciones humanas, son representaciones de *Eros*. Debido a que tiene carga libre, *Tánatos*, no puede representar

una vivencia. No hay evocación, ni representación. Nosotros, solo podemos representar imaginariamente, nuestra muerte (vernos, por ejemplo, dentro de un ataúd), pero no podemos saber, cómo es la muerte. Pero, sí existen unos signos de que *Tánatos*, tiene un cierto nivel de representación. Esto se da, con personas, que, al mirar a un muerto, movilizan a *Tánatos*. También sucede, cuando se sueña con cuerpos mutilados, animales descuartizados, esto nos indica, no solo la inminencia de una psicosis, debido a un *Tánatos* desbordado.

Los instintos, son movilizados, por lo que uno ve. Por eso tiene éxito la pornografía, así como se moviliza a *Eros*, también se puede movilizar a *Tánatos*: estando frente a un cadáver, jugar con fuego, al ver una película sangrienta. Ambas pulsiones, tienen cuatro características o propiedades. En cuanto a *Eros*, la primera se refiere a la *fuerza*, de dónde sale, sale del cuerpo; la segunda, su *dirección*, hacia donde se dirige, a un objeto exterior; la tercera, con respecto al *fin*, la descarga sexual; y la cuarta, referida a su *perentoriedad*, a la fuerza con la que empuja la sexualidad. En cuanto a *Tánatos*, éstas cuatro propiedades, corresponden, según la *fuerza*, al ano o el recto. Debido a esto, en la etapa anal, se originan enfermedades mentales tan crueles, fijaciones gravemente autodestructivas. Según la *dirección*, la *fuerza tanática* se dirige al propio cuerpo, mientras que, en la *fuerza erótica*, está en el afuera, en el exterior y no en el interior de la persona. El *fin*, es la destrucción y la simplificación, y la *perentoriedad*, corresponde, a la fuerza con que se reduce o tiende a reducir a la persona.

En psicoanálisis, se utiliza el concepto de *Nirvana*, como un estado de libera-

ción, en donde el *Eros* aplasta al *Tánatos*. Lo logra, pero no como una energía que neutraliza y aplasta a la otra, sino, como una energía que se combina (como una mezcla química), y el producto resultante, es un *Eros-Tánatos*, que es la fuente de nuestra vida. Ejemplificando, podríamos decir, que es como la leche (*Eros*) y el café (*Tánatos*), que, al combinarse, se convierte en otra cosa, es decir, el café con leche. Este producto o sustancia combinada, sirve para la vida, es la fuerza de creación, y con los años acumulados, llega la muerte, que la podríamos interpretar, como el triunfo de *Tánatos* sobre *Eros*.

Esta combinación, no así de simple, tiene sus matices. Al menos no sé si luego el café se pueda separar de la leche. *Eros* y *Tánatos* combinado, los cuales forman un producto diferente, tienen la capacidad de salir al mundo y buscar un objeto de amor. Cuando *Eros* se moviliza, va silenciando a *Tánatos*. Pero si un buen día, ese amor acaba, ¿qué hace la persona con sus afectos? Lo que sucederá, es que la *libido* se *retraerá* al interior de la persona. El café con leche, se volverá leche, por un lado, y café por otro lado. Pero, cuando aparezca, un nuevo objeto de amor, se volverán a combinar, estas dos pulsiones o fuerzas, y se dirigirán, hacia el objeto deseado. Cuando la persona, lo vuelva a perder, la *libido* regresará, *Eros* y *Tánatos* se separarán, volviéndose, nuevamente, a ser puros.

A esto se debe, que determinadas personas, cuando pierden sus *objetos amados*, muchas veces se llenan de muerte, porque *Tánatos*, vuelve a ponerse puro y puede quedarse largo tiempo. Freud dijo: en los duelos, en las melancolías, en los estados depresivos, en donde el sujeto ha retirado su *libido* de los amores externos, *Tánatos*

se convierte, en un puro cultivo de *pulsión de muerte*, que esclaviza al *Superyó*. Éste, empieza a actuar sádicamente, con los otros vínculos: Los maltrata, elegimos mal, dejamos de comer, tomamos en exceso, fumamos demasiado para calmarnos; éstas, son solo algunas de las manifestaciones, que nos indican, que *Tánatos* se ha separado de *Eros*. Si los volvemos a combinar, el paciente, recuperará su deseo de amar.

Los terapeutas, debemos saber movilizar a *Eros*, haciendo uso de constructos, que nos permitan hacer frente, a la pulsión de muerte de una persona. Uno de estos, consiste en utilizar el *amor objetal*, no el *amor narcisista*, controlador y posesivo. Otro constructo a emplear, es, la *transferencia*. Cuando un paciente, no entra en transferencia, hay problemas. A través de la *transferencia*, el paciente, transmite *Eros* a su terapeuta. Si es adecuado, lo sostiene y no rechaza a *Eros*, pero, si el paciente lo reprime y se asusta, ese *Eros* regresa (algo así como que rebota), y el paciente, se vuelve incontrolable, porque *Tánatos* vuelve a dominarlo. La transferencia, no surge espontáneamente, el paciente, va a tender a reprimirla o negarla.

Por ejemplo, si una paciente le cuenta un sueño a su terapeuta, donde le insinúa el deseo de “*acostarse con él*”, en vez de responderle cualquier cosa (debido a que está “*asustado*” y mal entrenado), debería ser capaz, de utilizarlo dentro del proceso de la *transferencia*, hasta podría convertirse, en un *activador transferencial*. Para poder llegar a la *transferencia*, hay que trabajar, paulatinamente, aspectos como la simpatía, el compromiso, el bien que se hace uno al otro. Desde que un paciente elige a su terapeuta, ya ha dado inicio, a la *transferencia*.

Capítulo III

Neurosis, Psicosis, Libido y Narcisismo

- Sesión 9.** Estamos entre el síntoma y el conflicto:
Las neurosis
- Sesión 10.** Transferencia, interpretación y reelaboración
psicoanalítica
- Sesión 11.** La mal llamada “locura”: Las psicosis
- Sesión 12.** Oralidad, analidad, falocidad y genitalidad
- Sesión 13.** Narcisismo: Cuando el “objeto amado” es uno
mismo

Sesión 9

Estamos entre el *síntoma* y el *conflicto*: Las *neurosis*

- ☞ El organismo, necesita mantener un equilibrio, una *homeostasis*.
- ☞ Frente a un *trauma*, no todas las personas reaccionan igual, mucho tiene que ver, la constitución psíquica de la persona, los recursos que posee para *reelaborar* sus vivencias y, sobre todo, la *fortaleza yoica* formada a edades tempranas.
- ☞ En el neurótico, el *conflicto* es fundamentalmente estructural, se da, sobre todo, entre la lucha del *Yo* y las exigencias de satisfacción que fija el *Ello*.
- ☞ El terapeuta, tiene no solo que abordar con el paciente, aspectos referidos al *consciente, inconsciente y preconscious*; también debe analizar el funcionamiento del *Yo, Ello* y *Superyó*

Las neurosis, desde el punto de vista psicoanalítico, siempre están presentes, en las hipocondrías, en las enfermedades psicosomáticas y en los trastornos neurológicos. A Freud, le interesaba saber, por qué se producían las neurosis, su etiología y cuál era su proceso de evolución, desde el punto de vista psíquico. Los primeros historiales de Freud, dan un cuadro bastante complicado. Presentaban, una clínica, con predominio de casos de parálisis, síntomas orgánicos, desmayos y patologías neurológicas. Poco a poco, él va descubriendo -y a raíz que

una paciente le exhorto, a que la deje hablar-, el poder de la palabra, algo así, como una cura a través de la palabra. Freud, comienza a tomar más atención, a la descripción y al deseo que tenían sus pacientes, de expresar sus síntomas, de contar cómo los vivían.

Como bien sabemos, Freud no era un buen hipnotizador, tenía que encontrar otro método para curar a sus pacientes. Los psiquiatras, siempre han recetado medicamentos, mientras los psicoanalistas, solo contaban (y contamos) con la

palabra. Freud, describe las características de la histeria. Comienza a hablar, que el trauma psíquico, es una pérdida de la situación de continuidad, una ruptura, un exceso de carga no asimilada. Freud, le da suma importancia, al estado en que se encontraba la persona, en el momento en que recibe dicha carga y sus posibilidades de responder a dicha carga. A esto, Freud le sumaba, el interés de saber, si existían o no, posibilidades de descarga, a fin de que ésta no quede reprimida. Es así, que lo importante, para Freud, es conocer la carga, su influencia, la acción, el momento, la situación y la intensidad en que se presenta a la persona.

El organismo, necesita mantener un equilibrio, una homeostasis. Freud, evidenció, que los síntomas tenían una estrecha relación, con determinadas experiencias infantiles, cuyas cargas, no tuvieron una asimilación o salida adecuada en la persona. Freud, señala, que, en las neurosis obsesivas, y en las fobias, siempre existe una experiencia sexual infantil, que no se asimila, y cuya representación, queda acumulada en el inconsciente. En otros trastornos, esta carga afectiva, se dirige al cuerpo, y adquiere otra forma, mediante mecanismos de *conversión*; en cambio, en la neurosis obsesiva, esta carga queda dentro del mismo cuerpo. Freud, también incluye, a las *neurosis traumáticas* (accidentes, violaciones, torturas, sadoomasoquismo y otras), al encontrar, en ellas, relaciones con la sexualidad infantil. Con el transcurrir de los años, estas experiencias van adquiriendo nuevos significados, ya que se conecta lo presente, con esa representación del pasado que quedó fijada en el inconsciente. Es así, que se vuelve a cargar, pero de forma disfrazada, fluyendo a través del síntoma.

En el caso de las neurosis por conversión, ¿podríamos estar hablando de la psicomatización? ¿son lo mismo?

Sí, son lo mismo. En la conversión, no existe lesión orgánica. En la somatización, sí la hay, y es debido a factores psíquicos. En una histeria, el paciente relata con lujos y detalles sus síntomas, sin embargo, no está acorde con el sufrimiento de este relato. En la enfermedad psicósomática, si hay lesión orgánica, mediante una terapia psicoanalítica, el paciente puede mejorar, pero la lesión no va a desaparecer. Es algo así como, que la cicatriz de la úlcera, no va a desaparecer con psicoterapia. También, se ve en la clínica, que trauma puede ser formado por la misma imaginación infantil. El poder de la sugestión es tremendo, recordemos, que los samuráis, se preparan psicológicamente para vencer el miedo a la muerte. Mediante la sugestión, imaginan actos que, en forma analítica, no podrían hacer.

¿Influye en el trauma la relación madre-hijo?

Muchas veces, la imaginación es más fuerte que el hecho mismo, sobre todo, en situaciones donde el niño espera el castigo, cuando piensa lo que le puede suceder. No siempre, la dependencia de los padres, es negativa. El niño, no tiene una fortaleza del *Yo*, necesaria para contrarrestar determinadas situaciones. Es más, esta situación de indefensión, puede producir neurosis. Frente a un trauma, no todas las personas reaccionan igual. Una violación sexual puede o no ser olvidada, puede o no romper un matrimonio. Mucho tiene que ver -al igual que en el niño-, su propia historia, su riqueza, madurez y estructura de la personalidad. Psicoanalíticamente hablando, tiene que ver mucho con la

constitución psíquica, con los recursos que posee para reelaborar sus vivencias y, sobre todo, con la fortaleza yoica formada a edades tempranas. Freud, mencionaba, que la fantasía, era la elaboración que uno hace de sus experiencias vividas, de sus deseos y frustraciones.

El *incesto espiritual*, ese silencioso enamoramiento del padre con la hija. No es algo solo físico, sino más bien psicológico. Cuando la hija crezca, va a buscar siempre enamorarse de alguien parecido a su padre. Es, a veces, un *abuso inconsciente*, el padre no lo sabía, lo ignoraba. Esta seducción, este juego, esta erotización, no solo se da entre padre e hija, también entre hijo y madre. En la *neuro psicosis histérica*, se da una defensa frente a conflictos, que son la expresión de la lucha entre el deseo y la represión. Son fuerzas, que ocasionan el desequilibrio del *Yo*, cuya función es armonizar las instancias del *Ello*, del *Superyó*, y del mundo externo. Si fracasan los *mecanismos de defensa*, se producirá el síntoma, expresión, de una transacción entre las fuerzas reprimidas y las fuerzas represivas.

El *síntoma*, es una expresión simbólica del *conflicto*. En el neurótico, el *conflicto* es fundamentalmente estructural, se da, sobre todo, entre la lucha del *Yo* y las exigencias de satisfacción que fija el *Ello*. Esencialmente, el *conflicto*, es una reactualización, del *Complejo de Edipo*. Este consiste, según Freud, en que el hijo, desea tener relaciones sexuales con su madre, pero es consciente del riesgo, que traería la angustia de castración, que le alerta, que no es posible que se acueste con su madre. De esta forma, surge un *conflicto* entre el *deseo (Ello)* contra la prohibición del *Yo* del padre. Todo esto se da a nivel *inconsciente*.

El analista, primero tiene que saber, si el síntoma es *egodistónico* o *egosintónico*, es decir, si el paciente no está bien consigo mismo y sus síntomas, o es que se encuentra adaptado a ellos, respectivamente. Hay que preguntarle al paciente, cómo se siente, y a qué él cree que se deba su trastorno. En una *neurosis obsesiva*, el nivel de regresión de la libido es alta. En la *etapa anal*, si es en su primera etapa, va a estar más cercana a una psicosis; si ocurre en la segunda etapa anal (en la *retentiva*), podría tratarse de un *trastorno límite de la personalidad*, un *borderline*. En las *neurosis obsesivas*, llega un momento de regresión y delirio en el paciente, con *ideas persecutorias*, como que “*todos mis amigos lo saben*”. Existe un ‘*Yo angustiado*’. El terapeuta, tiene no solo que abordar con el paciente, aspectos referidos al *consciente, inconsciente y preconsciente*; también debe analizar el funcionamiento del *Yo, Ello y Superyó*. Así como sus *relaciones objetales, mecanismos de defensa y etapa de desarrollo*.

En todo trastorno mental, sea *neurosis* o *psicosis*, hay que analizar el conflicto, los *mecanismos de defensa*, y caracterizar los síntomas. La *represión*, surge para alejar todo aquello que incomoda al *Yo*, impidiéndole que cumpla su función. Al inicio, Freud consideraba a la *represión*, como un *mecanismo de defensa* más. Luego señala, que la *fijación* y la *represión* son aspectos fundamentales. Freud, señala, que la *represión*, no es un mecanismo de defensa. Afirma, que en toda enfermedad -al igual en las psíquicas-, existen factores que predisponen, y otros, que desencadenan la reacción de la persona frente al estímulo. Freud, primero se refiere a los dos tipos de neurosis: las *actuales* y las *psiconeurosis*. Para él, en las primeras, la

etiología no está, en la historia infantil del paciente, es tan solo una reacción de momento. Mientas en las *psiconeurosis*, Freud, busca su etiología, no el

momento, sino en su etapa infantil. A estas, añádanle, las *neurosis de transferencia*, aquellas que se llevan a cabo, en el consultorio del analista.

Sesión 10

Transferencia, Interpretación y Reelaboración psicoanalítica

- ☞ El psicoanálisis, tiene como característica, la *resignificación* del pasado a la luz del presente. No es solo pasado, es un pasado puesto y analizado en el presente.
- ☞ Vía la *interpretación psicoanalítica*, se pasa de la situación actual a la situación pasada. Es un tránsito, a través de la *interpretación* del analista, que es posible, gracias a la *transferencia*, que realiza el paciente al analista.
- ☞ Se denomina *elaboración*, a aquella vivencia que uno ha tenido alguna vez (en el pasado), pero que ahora la ve, la *reconstruye*, de manera diferente.
- ☞ La *neurosis*, es todo un constructo freudiano, que está sustentado, en una sólida base teórica, donde se incluyen el *Complejo de Edipo*, la *represión*, y los *mecanismos de defensa*.

Vamos a abordar, algunos de los principales conceptos clásicos freudianos, como son, la regresión, la fijación y su relación con la neurosis. Nos surgen, algunas interrogantes: ¿De qué neurosis estamos hablando? ¿Estamos hablando de la neurosis del caso de *Anna O.* de 1895? ¿Están vigentes hoy en día estas *neurosis*, a pesar que su denominación clínica haya cambiado? Son pre-

guntas, que rondan los actuales estudios teóricos. Lo cierto, es que no puede dejar de desconocerse una verdad consensual, cual es, la experiencia a través de la clínica analítica, el trato cotidiano con el paciente. Hay casos de *neurosis*, *psicosis* y *perversiones*, cuyas categorías de nombre han variado, pero que, en su esencia, presentan síntomas y conflictos, descritos desde décadas atrás. Cada uno de estos -hoy

llamados *trastornos mentales*-, presentan estructuras diferentes, y pueden aparecer en momentos no previstos, inclusive en plena sesión de tratamiento. Pero, hay que saber diferenciar, que una cosa es el momento (producto de la regresión), y otra, es la estructura.

Es así como los *fronterizos (borderline)*, pueden, en algún momento, presentar una fachada neurótica, u otra psicótico. No tienen una estructura psicótica, pero sí pueden presentarla como fachada. Una cosa, es la estructura que soporta ese cuadro, y otra, el momento en que ocurre el acto, producto de una *regresión*. Esto es importante, porque de estas características, depende el diagnóstico diferencial, la indicación a seguir un tipo de terapia, sea un *psicoanálisis ortodoxo* o una *psicoanalíticamente orientado*.

Desde el punto de vista clínico, es posible hacer esta definición. Por un lado, las *neurosis*, el acento puesto en el conflicto, alrededor de la tragedia. Y, por otro lado, la *patología narcisista*, en donde el acento no está en el conflicto, sino que está puesto en la carencia, falla en el desarrollo temprano, *pre-edípico*. Este va a originar deficiencias estructurales. Mientras que, en las neurosis, tenemos un conflicto determinado, claro y consciente; en el narcisismo, son fallas estructurales difusas, inconscientes y *pre-edípicas*. Esto es más complejo, porque en las neurosis, también existen fallas de inicio, fallas estructurales. Lo estructural, se refiere, a fallas que se dan en momentos muy tempranos del desarrollo infantil, generalmente, antes de los tres años de edad, en otros casos, fallas que surgen desde el nacimiento. Son estructurales, en relación con un modelo de aparato psíquico de personalidad, situación que va a originar, una mayor o

menor dificultad para acceder al *Complejo de Edipo*, elaborar su tránsito y poder resolverlo.

Al respecto, existe un primer problema teórico, muy importante, que tiene que ver con fallas estructurales. La psicología, observa la génesis del infante. Así aparecen los conceptos de *maduración y desarrollo*, que se observan desde el vientre de la madre, son indicadores muy valiosos. Por ejemplo, cuantas veces el niño se succiona el dedo pulgar por primera vez. Datos que aluden a un *tiempo cronológico*, hallazgos que no son del psicoanálisis, sino de la clínica pediátrica y obstetra, pero que le sirven al psicoanalista. Sin embargo, el tiempo del psicoanálisis, es distinto y no es el mismo tiempo, que el cronológico. El psicoanálisis, tiene como característica, la resignificación del pasado a la luz del presente. No es solo pasado, es un pasado puesto y analizado en el presente. Son dos tiempos distintos, y el problema está, en saber articularlos en la clínica y en la conceptualización teórica.

Esto nos lleva a interrogarnos, *¿cómo es que surge este tiempo a posteriori?* Surge en la sesión, a la luz de los *fenómenos transferenciales y contra transferenciales*. Vía la *interpretación psicoanalítica*, se pasa de la situación actual a la situación pasada. Es un tránsito, a través de la interpretación del analista, que es posible, gracias a la *transferencia*, que realiza el paciente al analista. Así, lo pasado, adquiere un nuevo significado, a partir del presente. Es, algo así, como un proceso de resignificación de contenidos pasados, analizados, no inmersos, en un tiempo cronológico, ni lineal. *¿Adónde nos lleva esta resignificación del pasado a la luz del presente?* Nos lleva a construir, una historia permanente. No corresponde a una

verdad literal, responde a una verdad del sentir del paciente, construida con su análista, durante las sesiones de tratamiento. Es *su verdad* del paciente, la verdad *entre paréntesis*, todo lo contrario, a la *verdad objetiva*, a una *única verdad*, a una *verdad literal*.

Freud, al principio, creía que levantando la amnesia infantil (producto de la represión), iba a encontrar una *verdad literal*, algo similar a la labor del arqueólogo, que, tras develar capa por capa, llega a encontrar el objeto deseado. El creía que esto era posible. Freud, al final de su vida, reformula esto a la luz de lo actual. Esto sucede, porque los acontecimientos actuales siempre van a cambiar, modificar, alterar y transformar, la manera como la persona, vivió ese acontecimiento del pasado. Igual sucede, con los nuevos conocimientos de toda ciencia. La información actual, siempre va a modificar nuestra manera de entendimiento del pasado. Y, no solo, el nuevo conocimiento influye, sino también, gran peso tiene, la memoria, los recuerdos y los mecanismos de recuperación y represión de *contenidos mnémicos*.

¿A qué tipo de memoria está refiriéndose el psicoanálisis?

A una memoria, muy especial, que tiene que ser dicha y puesta en palabras. Para ello, tiene que pertenecer a un nivel de adquisición del lenguaje, de capacidad de *simbolización*. Todo aquello no verbal, no puede ser dicho. Es como si no existiera. Pero sí existe. La *memoria psicoanalítica*, es aquella que se organiza, bajo diversos signos ordenados en el tiempo.

¿Y los sueños?

Si tú sueñas algo, logras recordarlo, y me lo dices, ya hay un avance desde el punto de vista psicoanalítico, no lo olvidaste, ni reprimiste. Lo verbalizaste, lo pusiste en palabras, por medio del lenguaje. *¿Cuándo se puede decir que una persona sufre de neurosis? ¿Qué es ser un neurótico?* Hay diversos criterios, pero en toda neurosis, siempre coexisten tres procesos: Represión, como dato clave y fundamental. Una fuerte diferencia, entre *consciente* e *inconsciente*, lo que supone dos modos de funcionamiento mental. Y, por último, tiene que haber una capacidad para simbolizar.

¿Existen animales neuróticos?

Desde este punto de vista, no existen, ya que, en los animales, no hay historia acumulada, deseo. Es una conducta semejante, parecida a la de las personas, seguramente también sufren. Para, diagnosticar un cuadro clínico, hay que analizar la naturaleza del *fenómeno transferencial*, si es predominante neurótico o no lo es. En el psicoanálisis, la *transferencia neurótica* permite la cura. Todos los procesos técnicos, que rodean la situación analítica, tales como la neutralidad, la inhibición de los estímulos externos, la objetividad, la atención flotante y otros; tienen el único objetivo, el observar -en situación óptima-, los *síntomas neuróticos* del paciente, a fin de descubrir, analizar y comprender su sufrimiento. Para conseguir está *transferencia*, el analista debe favorecer la *regresión* del paciente, según un adecuado *encuadre (setting)*.

También, se trata de una repetición de actitudes, afectos y comportamientos infantiles inconscientes del paciente. que son en el presente, interpretados bajo un encuadre psicoanalítico. A tra-

vés, de está *compulsión a la repetición*, es decir, por medio de la repetición, vía la transferencia, estas situaciones infantiles, son posibles de cambiar, de resignificar, algo así como de liberarse. Cuando se rememora, es posible resignificar, si no logro ponerla en palabras se repite. Repito en conducta, lo que no puedo poner en palabras. Por eso, el psicoanálisis favorece este paso a la palabra, a fin de poder ser interpretada por el analista.

A veces uno recuerda, pero, sin embargo, tiene esa *compulsión a repetir*, ¿por qué sucede esto?

Porque el recuerdo puede ser racional, pero sin haber producido un *insight*. Todos tenemos la idea, que llegamos a un punto, donde se produce un *insight*. Algo mágico e infantil, pero esto solo sucede en las películas. La cosa es más complicada, lo que falta es la *elaboración*. Al respecto, es recomendable, tener bien cimentada la teorización, en torno al *recuerdo*, *repetición* y *elaboración*. Primero, se produce la repetición, luego viene la interpretación, que rompe esta repetición por la analgesia del recuerdo, por la remembranza y por la resignificación, lo que origina un *insight* en el paciente. Pero, para que esto suceda, tiene que *elaborarse* una vez, y otra vez, esa manifestación del paciente. Tan importante como la *interpretación*, es la *elaboración*, pero muchos analistas la ignoran.

¿A qué se llama *elaboración*?

Es, ante todo, una construcción freudiana. Se denomina *elaboración*, a aquella vivencia que uno ha tenido alguna vez (en el pasado), pero que ahora la ve, la *reconstruye* de manera diferente. Me parece, que

no es la mejor palabra, creo que es muy pobre. Otros la llaman, *tras elaboración*, o *per elaboración*. Lo cierto, es, que la *elaboración* ocurre, cuando en el paciente vuelve a surgir la misma complejidad, el mismo problema. La *elaboración* es tanto, o más importante, que la *interpretación*. Esto se comprueba, por ejemplo, cuando vemos que las patologías, más cercanas a las *neurosis*, tienen a la *represión* como defensa principal. En cambio, si más nos acercamos a *patologías narcisistas* (hoy muy en boga), cede más la *represión* y aparece la *escisión*. Es decir, una patología narcisista, puede modificarse a fin que la escisión no predomine, y sí la *represión*. aquí hay un cambio sumamente importante.

Todo esto, es, más o menos, la teoría clásica. Luego de Freud, se han ido modificando sus teorías. Cada autor, ha enfatizado algo de este modelo inicial. Por ejemplo, en lo que concierne, al vínculo con el analista, éste se ha diferenciado, a nivel de la *transferencia*, modificando conceptos, como el de la *alianza terapéutica*, el *área sana*, el *Yo racional*, la *alianza de trabajo*, la *parte adulta*, por citar algunos. Ahora, se sostiene, que una parte del vínculo, que se origina en la neurosis transferencial, se debe, a repeticiones de vivencias infantiles. También, se viene teorizando, acerca de la diada, de la pareja, de la relación interpersonal subjetiva entre el paciente y su analista. Se ha analizado mucho, el papel de la *contratransferencia*.

¿Por qué algunos afirman que todos somos "*sanamente neuróticos*"?

Nadie puede afirmar, que es perfectamente sano. Los deseos de Edipo, están siempre presentes, en esa etapa infantil. Alguien que tenga, por ejemplo, una

neurosis obsesivo-compulsiva, es alguien que dice tener una demanda, como que le transfiere al analista, ese poder de resolverle su demanda, que le origina sufrimiento. Pero, ésta es la demanda del paciente neurótico, pero *¿qué pasa con el perverso?* Éste no tiene alguna demanda, cree saber todo acerca de la sexualidad, y si va a la terapia, es para reafirmar su verdad, para desafiar a su terapeuta, con su verdad. No acepta nada, reniega lo que le dicen. El paciente perverso, no se reconoce como carente.

En las *estructuras narcisistas*, se constituye un estilo transferencial, que se podría llamar *transferencia narcisista*. O rechaza la presencia del analista, porque se le ve como un objeto intrusivo (*tú te quieres meter dentro de mí y yo no quiero*), o lo *idealiza* como una parte de él. Existen, diferentes estilos de transferencias, en la *transferencia narcisista*. Esto se comprueba, leyendo autores que reformulan algunos casos freudianos. Por ejemplo, en el *Caso de Anna O.* (1895), estos autores sostienen, que el hombre actual no se puede entenderse, a la luz de un *conflicto inconsciente*, ni de la dramática edípica. Afirman, que el hombre actual, no tiene una identidad propia, posee una cohesión precaria, y que está a la búsqueda de sí mismo.

Posteriores investigadores de la obra freudiana, consideran, que la *angustia de castración*, si la hay, es secundaria, y que es síntoma de una falla estructural, de base, a niveles tempranos, y *pre-edípicos*. La verdadera angustia, su esencia, está en la amenaza de la *desintegración del Yo*. Algo, similar a la muerte, a la locura. Algunos de estos modelos, suponen discrepancias con la conceptualización freudiana, con toda o parte, de la metapsicología pro-

puesta por Freud. Esto tiene, naturalmente, consecuencias en la aproximación teórica al paciente, en la definición de las técnicas, principalmente. Los modelos de Lacan son diferentes al Freudiano o al de Melanie Klein. En la clínica diaria, las diferencias son mucho menores, a pesar de toda esta teorización. Son diferencias que, durante el tratamiento, desaparecen. Sin embargo, por poner un ejemplo, sí se mantiene el valor del *Complejo de Edipo*, como figura que estructura y define, la personalidad del ser humano, en un tránsito, que, a nivel infantil, le es ineludible.

Es innegable, dentro del tratamiento contra la *neurosis*, la importancia de la palabra (y también de los silencios), esa capacidad de lenguaje, que puede otorgar al analista, el reconocimiento de insalvables (o no), fallas estructurales, a edades tempranas. Esto, no ocurre de la misma forma, cuando, nos enfrentamos a la *psicosis*. En ella, el paciente, ha *pateado el tablero*, el lenguaje esta destruido, puede haber una coherencia aparente, asociativa; pero no una coherencia temática. El mecanismo de defensa principal, va a ser el repudio, que toma la representación de la realidad y el afecto, y lo rechaza.

Otto Kernberg, propone, para la organización de la personalidad, tomar en cuenta cuatro puntos: El *desarrollo instintivo*, el *desarrollo del Superyó*, las *operaciones defensivas del Yo* y las *relaciones objetales interpersonales*. Según sus parámetros, el nivel superior, corresponde al carácter neurótico (*histéricos, obsesivo-compulsivo-depresivos, masoquista*), con esta tipología, se da un *Superyó* rígido, punitivo, exigente. Un *Yo* bien definido, integrado, y con una identidad bien estructurada. La represión como defensa central. La capacidad de *vínculos*

objetales fuertes, importantes, profundos, estables y la capacidad de experimentar dolor, culpa y otros sentimientos.

En el nivel intermedio o segundo, se encuentran los pacientes *narcisistas*. Todavía, la represión es lo más importante. En la clínica, van a aparecer manifestaciones pregenitales, (a nivel temprano del psiquismo y en la fase oral y anal), pero con una característica importante: son consecutivas a una regresión desde el *Complejo de Edipo*. El tercer nivel inferior, es característico de los *estados fronterizos (borderline)*. Aquí, los límites entre el *Yo* y el *Superyó*, están desvanecidos. La función sintética del *Yo* está perturbada. La escisión, como *mecanismo de defensa*, desplaza a la represión. Hay contacto con la realidad, no se ha perdido el *juicio de la realidad*. Ya, en el último o cuarto nivel, estamos frente a patologías psicóticas, donde no existe un proceso simbólico, ni *principio de realidad*.

Existe una corriente psicoanalítica, que está orientada a situar al psicoanálisis, al lado de la historia, aunque, si bien es cierto, en ambas se da la interpretación y la resignificación de los acontecimientos, el psicoanálisis, a diferencia de la historia, se nutre de fantasías, deseos, dolor y placer, a nivel inconsciente. En ambas, se da la verificación de datos, la confrontación. El psicoanálisis, tiene mucho, de historia reconstruida, de ahí que muchos analistas, se consideran historiadores de la psique, o de la mente.

Existe una corriente en la psiquiatría, que viene especulando sobre la validez del término *neurosis*, ¿tienes alguna opinión al respecto?

Claro, evidentemente, hay un de-

safío. La *neurosis*, existe y existirá, así logren cambiarle de nombre, creándole nuevas categorías diagnósticas. La *neurosis*, es todo un constructo freudiano, que está sustentada, en toda una base teórica sólida, donde se incluyen el *Complejo de Edipo*, la *represión*, los *mecanismos de defensa*, y muchísimos constructos psicoanalíticos. La psiquiatría, está en el otro extremo, de donde se encuentra el psicoanálisis, su campo, no es precisamente, el *análisis*. Los criterios del psicoanálisis, no son descriptivos. El criterio en psiquiatría, es netamente, descriptivo.

El lenguaje está muy asociado, según tu exposición, a la etapa edípica. El lenguaje tiene una carga afectiva, ¿qué nos podrías decir al respecto?

Toda palabra es investida, es decir, ocupada, es *cargada de libido*. El lenguaje se forma, cuando se une, la *representación de cosas* con la *representación de palabras*, para la *representación de un objeto*. Las palabras de la madre, tienen un gran poder afectivo, durante todo el desarrollo de su hijo, inclusive, desde la etapa de gestación. Imagínense, que, en vez de una buena madre, hay un repulsivo sargento de caballería. Los sonidos que el niño escuche, van a ser otros, aunque digan la misma cosa. El objeto es otro, lo que se registra es otra cosa. Todos nosotros, percibimos palabras cargadas de afecto, de nuestra madre, en primer lugar, o de cualquier otra persona *sustituta*. Pongamos un ejemplo, una madre violada, o que tuvo el deseo que su hijo sea varón y no mujer. Entonces, la *representación de palabra*, junto con la *representación de cosa*, es lo que va a formar la *representación de objeto*. La voz fría, de una madre que sufre de *esquizofrenia*, es diferente, a la voz cálida.

da de otra madre empática y sostenedora emocionalmente.

Freud introduce la *pulsión de muerte* en sus escritos, específicamente en, *Más allá del principio del placer* (1920). Esta obra, es considerada fundamental para la comprensión freudiana. En ella, explica, que la muerte no tiene *representación* en el inconsciente. Algunos posfreudianos, sostienen, que el aparato psíquico se caracteriza por la actividad de representación. Si no *representamos*, no existimos. Aunque la persona sea ciega y sorda, se va a guiar por el tacto, por el olfato, por el gusto. Siempre va a lograr un nivel de *representación*, a través de cualquiera de sus sentidos. Si no hay *representación*, hay muerte del aparato psíquico.

Lo que un niño escucha, lo va a procesar en forma primaria: “*me quiere, no me quiere, si no me quiere estoy muerto*”.

Aún fuese, la conducta más destructiva, el niño la va a tener que representar para sobrevivir. Al igual, que una conducta cariñosa. Un ejemplo, ‘veo que sonrío cuando yo lloro’. O sea, mi llanto no es importante para ella. Es una perversión, pero que brotará de la joven. Perversión como conducta, no como estructura. Hay madres, que disfrutan cuando le pegan a su hija, que sonrío mientras la golpea. Estas incoherencias suceden, porque existe esa necesidad -en la hija-, de representar, que “*me quiere*” y “*a cualquier precio*”. De no suceder esto, la hija sucumbiría en un trastorno mental. Otras investigaciones, han concluido, que niños internados en un hospital, que tiene todas las facilidades en cuanto a su atención, pero que carecen de la presencia de la madre, empeoran su estado, llegando a morir. Si no puedo representar que soy querido, me muero, o si no, me vuelvo loco.

Sesión 11

La mal llamada “locura”: Las *Psicosis*

- ☞ No nos dejemos impresionar por la *pastillita*, como única solución, a los múltiples problemas de los seres humanos.
- ☞ Encerrado en un navío, de donde no se puede escapar, el *loco* era abandonado en alta mar o recluso, en condiciones miserables, en un encierro perpetuo.
- ☞ El psicoanálisis, no solo busca la causa, busca el entendimiento, la comprensión del fenómeno. Es una labor totalmente *hermenéutica*, interpretativa.
- ☞ La psicosis es un deterioro de la función mental, su alteración interfiere groseramente, con el *insight*.

Vamos a desarrollar la psicosis, y su importancia en el ejercicio de la psicoterapia. Es un tema trascendental en la obra freudiana, en la formación de futuros analistas y en el contexto de los problemas de salud mental, en nuestra realidad. Haremos un vuelo panorámico, de todo lo que hay acerca de la psicosis, esto con el fin, de ubicar, donde está la psicoterapia de orientación psicoanalítica, en relación a los trastornos psicóticos.

Actualmente, se ha dado un *boom*, de la visión *biologicista*, *hereditaria* y con

gran *carga genética*, que explicaría la aparición de la psicosis. Esto va de la mano, con todo lo que significan los psicofármacos como modificadores y estabilizadores de la conducta. La psiquiatría, está en un péndulo oscilante, que va de un lado biológico a otro psicológico. Los que tenemos una perspectiva histórica, no nos dejamos impresionar por la *pastillita*, como única solución, a los múltiples problemas de los seres humanos. Porque obviamente, no es así, para nosotros, los analistas, es el *Yo*, quien maneja estas situaciones, colocándose en una posición *neurótica*, *límitrofe* (*borderline*) o *psicótica*. Y, mu-

chas veces, transitando, de una neurosis a una psicosis, previo paso por un estado limítrofe.

La denominada *locura*, es uno de los temas, que siempre ha apasionado al ser humano. La psicosis, el modo de enloquecer, de pensar diferente o de ser diferente, nos atrae. El tener comportamientos que las demás personas no tienen, el ver la realidad de una manera tan distinta y peculiar y, sobre todo, el no poder comprender como la persona enloquece, siempre nos ha apasionado. Pero también, la psicosis, trae miedo y recelo, en quien comprueba (sin entender), como un chico brillante y estudioso, en un momento de su existencia, sufre un *quiebre* en su personalidad, del cual nunca más sale. Convirtiéndose, de la noche a la mañana, en un ser totalmente diferente, al que fue.

La concepción de la (mal llamada) *locura*, ha variado en la historia. En la Edad Media, el oscurantismo, las ideas religiosas primaban. A la locura, se le daba una explicación religiosa, la posesión por el demonio, el mal de los dioses. Esta cita, que les voy a leer, es interesante, ya que trata sobre la historia de la locura en la época clásica. Nos gráfica, como en esa época, se manejaba el problema de la locura: *“Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos. Al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo lo imaginable. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas. Está sólidamente encadenado a una encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe cuándo desembarcará, de que tierra viene, a dónde va. Solo tiene verdad y patria, en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no puede comprender”*. Era una época, en

donde embarcaban a todos los que la religión catalogaba de *locos*, en una especie de naves, los llevaban a alta mar y los dejaban al garete encadenados al navío. Era una época, en donde la sociedad, se libraba de los *locos* de esta manera. Esta cita, expresa, lo de la época y también, la situación actual, del *loco prisionero* en su mundo interno, de su escasa libertad.

Actualmente, la concepción de locura ha cambiado. Después de las naves, los locos fueron a ocupar el espacio que habían ocupado los leprosos en las ciudades, luego que éstas se urbanizaron. Estaban fuera de las ciudades, el *loco* aún no tenía un estrato social significativo. La lepra dejó de ser un problema social, y grandes espacios quedaron desocupados. Había que señalar a *otro*, y discriminarlo, para que toda la sociedad se sienta protegida, esté tranquila. Es así, como estos leproso-rios se convirtieron después, en grandes manicomios de la Edad Media y en casi toda Europa.

En la primera década de este siglo, paralelamente a los descubrimientos de Freud, en torno al inconsciente y a la transferencia, se fueron también organizando sistemas de pensamiento, en torno a la *locura*, teniendo como único paradigma, a la psiquiatría de esa época. Las neurosis, las histerias eran terreno de la neurología. No había aun una unidad del cuerpo. El psicoanálisis, se interesa luego, por la psicosis, *¿De qué manera el loco presenta su desorganización, imagen y caos?* El modelo médico, es naturalista, busca un modo de saber científico en función de la causa. Pero, las cuestiones que tienen que ver con el psicoanálisis, son de otra naturaleza, tienen una forma diferente de pensar y de sistematizar el pensamiento. La cuestión no es, encontrar la

causa de la *locura*, sino el de comprender el significado, de encontrar interpretaciones que expliquen la *locura*. Igual sucede con la neurosis y otros sufrimientos del ser humano. El psicoanálisis, no solo busca la causa, busca el entendimiento, la comprensión del fenómeno. Es una labor totalmente *hermenéutica*, interpretativa, que remite, para la comprensión del síntoma, al origen histórico, genético, hereditario, de historia de vida, de traumas y vivencias desde etapas infantiles.

¿Cómo definiríamos la psicosis? Es un trastorno mental, no es una enfermedad mental. La psicosis es un deterioro de la función mental, su alteración interfiere groseramente, con el *insight*. Este es, un término psicoanalítico, que significa “*un darse cuenta, descubrir algo en nosotros que desconocíamos*”. Contribuye, a tener *consciencia de enfermedad*, es decir, en qué medida la persona que está enferma, y sabe lo que le está pasando, lo atribuye a su locura, o piensa que los demás están mal. La psicosis, compromete la capacidad para satisfacer algunas demandas ordinarias de la vida, como, por ejemplo, la comunicación interpersonal, compartir en familia, trabajar, y, sobre todo, mantener un adecuado contacto con la realidad. Esta es una definición clínica. Las categorías psicoanalíticas de psicosis, tienen que ver con otros elementos, dentro de los cuales, uno corresponde a las funciones del Yo, cuál es: La prueba de realidad, que significa, el darse cuenta de la realidad, el estar en el presente, y en la psicosis, esta importantísima función, está seriamente anulada. Esto no solo sucede en la psicosis, también cuando estamos demasiados enamorados, entusiasmados, apasionados, nos pasa; es como estar en otro lugar, menos en el presente, como que “*no vemos*” la realidad.

Muchos de los problemas mentales, están dentro de la neurosis o la psicosis. Hay cientos de clasificaciones. Dentro de las *psicosis orgánicas*, tenemos, a demencia senil, psicosis alcohólica, es la intoxicación patológica; psicosis debido a drogas, cocaína o sustancias alucinógenas. También, existen condiciones psicóticas orgánicas transitorias, que originan tiroides, las psicosis esquizofrénicas, afectivas y de estados paranoides. Luego, se ubica el grupo de *psicosis no orgánicas*, donde se incluyen los episodios psicóticos breves. Esta fue, en un inicio, la organización de las psicosis en los manuales de psiquiatría. Luego varió, incluyendo nuevos trastornos, como la demencia, el delirio (que puede ser por alcoholismo y otras drogas), y el trastorno mental orgánico no específico.

Dentro de la psicosis, están los trastornos mentales y del comportamiento, debido a sustancias psicotrópicas, tal como el trastorno psicótico por alcohol o por drogas. También está, la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y por ideas delirantes, que antes se llamaba psicosis paranoide o paranoica. El *trastorno de la personalidad esquizotípica*, es una nueva categoría que los investigadores han reformulado. No es una psicosis, en términos de enfermedad, que aparece y desaparece, sino un tipo de personalidad, cuyos rasgos son psicóticos, pero cuyo funcionamiento es permanente, con forma, muy peculiares y hasta extrañas, como, por ejemplo, el vestir de manera muy singular, tener un comportamiento raro, extraño o extravagante, dirían algunos. A esto, se le suma, tener pensamientos poco estructurados, vivir de manera solitaria y otras. Personas, cuyo comportamiento, no compromete, ni alucinaciones ni delirios específicos. Son tipos muy excéntricos, que a veces,

pueden diferenciarse de otros trastornos de la personalidad, como pudiesen ser las *personalidades esquizoides*.

Dentro de la psiquiatría norteamericana, también están categorizados, otros trastornos psicóticos agudos y transitorios, tales como: Trastornos de ideas delirantes inducidas (típico de las sectas religiosas), también, la psicosis de a dos, que se activa, cuando en una pareja uno enloquece y el otro entra al sistema, y comienza a enloquecer exactamente igual que su pareja. Aquí no hay nada orgánico, o falla de algún neurotransmisor. Dentro de los trastornos del humor, que antes se llamaban *maniaco-depresivos*, hay algunos que tienen categoría psicótica. Se incluyen, la manía con síntomas psicóticos, el trastorno bipolar, la depresión con síntomas psicóticos, y el trastorno depresivo-recurrente con síntomas psicóticos. También, están, las depresiones tan profundas que, por ser tan graves, el compromiso con la realidad se torna psicótico, donde adicionalmente pueden darse, alucinaciones y delusiones, que antes se clasificaban como esquizofrenia. El avance es bien importante, porque los psiquiatras antiguos, sobre diagnosticaban en exceso, el trastorno de esquizofrenia, y ahora, estos pacientes son depresivos psicóticos, y mejoran muchísimo con la psicoterapia. Esto es un resumen desde lo descriptivo, los americanos, tienen su propia forma de organizar los trastornos mentales. Todos los demás, son casi compatibles con la definición internacional, pero con otros nombres, por ejemplo, el trastorno de ideas delirantes, es denominado por los norteamericanos, *trastorno delusional*; la depresión mayor, es llamada depresión psicótica; el trastorno bipolar, para ellos, tiene una subclasificación, en manía y depresión.

Estas son definiciones descriptivas, desde el paradigma de la psiquiatría, enmarcadas en una forma de pensar positivista, naturalista, científicista, que trata de encontrar las causas de la locura, de la psicosis. Bajo esta óptica, diversas investigaciones, priorizan los factores que contribuyen a la psicosis desde el punto de vista hereditario, genético, bioquímico y hormonal. Las hipótesis psicológicas, van desde el déficit intelectual sui-génensis (una forma de retardo mental), que antes se les llamaba, demencias precoces, hasta un déficit intelectual sistemático y progresivo. Hay hipótesis, que plantean la función psicomotora, la percepción, la alteración de la génesis simbólica, en la función del *Yo*, el aprendizaje, el manejo de la ansiedad por el *Yo*. Todas estas, son otras formas (un poco complicadas), que tratan de explicar la *locura*.

La teoría psicoanalítica, es un modo de pensar, de interpretar, que también tiene postulados específicos sobre la psicosis. Quizás, es el sistema mejor organizado, que no solo da cuenta de la psicosis, sino, de todo el funcionamiento mental. La teoría psicoanalítica, tiene una estructura doctrinaria, totalmente organizada y universal, en el sentido que explica otros fenómenos de la mente humana. En este sentido, dentro de la sólida teoría psicoanalítica, para explicar la psicosis, se encuentran, los modelos del doble vínculo, que consiste, en que el niño desde su nacimiento, es sometido a un vínculo estrecho que lo enloquece, con mensajes simultáneos y contradictorios. Un modelo, que está entre lo familiar y lo comunicacional. Hay también, teorías sociológicas que están prácticamente en desuso. La antipsiquiatría de la época, postulaba que la psicosis era una invención del ser humano, de la sociedad. Decía que no

eran *locos*, y que se trataba de un modo de funcionamiento diferente y normal. Llegaron hasta afirmar, que la esquizofrenia era una invención de las sociedades científicas, para discriminar sujetos, marginarlos. Muchas veces, el poder, se aprovechó de esto, para encerrar en manicomios, a todo aquel crítico o rival político.

Dentro de las causas hereditarias, existen pruebas genéticas realizadas en gemelos. Algunos hallazgos, sí que son categóricos. Por ejemplo, hay más posibilidades de trastornos psicóticos, en hijos de psicóticos que en hijos de no psicóticos. Mayor riesgo en hijos, cuyos dos padres son psicóticos, que si solo uno es psicótico. Lo cierto es, que tampoco es algo categórico, ya que se han dado casos, en donde dos gemelos separados y criados en hogares diferentes, uno hace psicosis y el otro no. Algunas investigaciones en genética, apoyan la hipótesis de carga hereditaria, otras no.

Los bioquímicos, son los más interesantes, porque conceptualizan la etiología. Están los estudios de enzimas, hormonas, LSD (este *vuelo* se parece mucho a la *locura*). En estas investigaciones, los neuro-transmisores, tienen una enorme importancia. Entre neurona y neurona hay un espacio, denominado sinapsis, no hay contacto físico entre neuronas, no solo ahí, se producen procesos eléctricos, que son expresión de la comunicación, entre neurotransmisores. Muchas veces, se comprueba, que están alterados en su producción o en su recaptación, porque estos líquidos, son los que transmiten la información entre neurona y neurona. Existen, estudios realizados con animales pequeños, como investigaciones hechas con arañas, donde se observó, que algunas no tejen sus telas como las demás,

sino que las tejen de una manera desordenada. A un investigador, se le ocurrió dar determinado tipo de secreciones a la araña sana, y como resultado obtuvo, que ésta, cambió para mal, su forma de tejer, haciéndola de manera también caótica y con falta de simetría.

Algunos investigadores, explican la psicosis por deprivación sensorial, no siempre de manera unánime, ¿qué y cómo sería la etiología de este trastorno mental?

Es algo muy interesante. Al sujeto se le priva sensorialmente de todos los estímulos externos, sonido, tacto, olfato y vista; y progresivamente, éste va entrando en un estado de psicosis. Los estímulos externos, son reemplazados por estímulos internos químicamente (bio) producidos. Son, una especie de neurotransmisores, que producen estados similares a lo externo. Esto, solo es una visión panorámica, de la definición y etiología. A nosotros, nos interesa entrar más, en las ideas psicoanalíticas sobre la psicosis. Esto es más interesante. No es un neurotransmisor, sino el saber cómo se estructura la mente del psicótico, cómo se desorganiza y de qué manera va perdiendo, esa organización jerárquica en su personalidad. Hay un síndrome, denominado, de la *ruina de la configuración*, al entrar el sujeto, su personalidad se hace ruinoso, esto explicaría, por qué algunos psicóticos alucinan con su madre, otros con la abuela, por qué uno es pasivo, activo, u homosexual.

Freud no analizó nunca a un psicótico. En ese tiempo, solo existía la histeria. En el conocido caso *Schreber*, analizó a un paciente, que tuvo -durante su tratamiento-, dos o tres episodios psicóticos y luego fue hospitalizado. Este paciente,

que era magistrado de una corte de justicia, escribió su autobiografía, que Freud leyó. Éste concluye, luego de muchas interpretaciones, que su paciente había creado, toda una estructura paranoide, como un mecanismo defensivo, del tipo proyectivo (inherente a los seres humanos), por medio del cual, expulsaría hacia al exterior, todo aquello que le impedía el reconocer su propia homosexualidad. Hipótesis no rebatida, y que día a día, clínicamente la comprobamos. Freud mencionaba, que si la homosexualidad latente e inconsciente, es el origen de la paranoia, (porque al ser inconsciente las tendencias sexuales se proyectan), *¿cómo es que algunos homosexuales sí tienen ideas paranoides?* Como explicar este fenómeno, que es algo complejo. Melanie Klein, fue la primera psicoanalista, que describe el tratamiento psicoanalítico de un joven, y que la llevó a plantear su *teoría de las relaciones objetales*. Ella consideró, que la psicosis se constituye en la etapa de la *identificación proyectiva*.

Hanna Segal, psiquiatra y psicoanalista británica, analizó un niño psicótico, y describió magistralmente, como es el proceso en que ocurre, el problema del simbolismo en la psicosis. Planteó, que el narcisismo primario, es lo esencial en la regresión psicoanalítica; que, en la psicosis, no hay una diferenciación sujeto-objeto, sino, una fusión entre el sujeto y sus objetos. Algo así, como una pérdida de los límites del *Yo*. Son algunas de las contribuciones, que desarrollan el concepto psicoanalítico de psicosis. Otra psicoanalista y pediatra, Margaret Mahler, planteó, que la psicosis es una fijación, en una *fase simbiótica* del desarrollo del niño. Argumentó, que inicialmente el niño está fusionado simbióticamente con la madre, y que, en la psicosis, justamente, nunca

se da ese desprendimiento (que debería suceder), entre madre e hijo. El psicótico, está permanentemente, buscando una madre para *simbolizarse*, con la cual perder sus límites, enajenarse, es decir, que el *Yo* deje de ser uno, y pase a ser de otra persona. Se pierden los límites, entre el *Yo* y el *no Yo*, entre el *Yo* y el objeto que otorga la enajenación del *Yo*. Esto, tiende a ocurrir, en la simbiosis, en la fase inicial del desarrollo infantil.

Muchos psicoanalistas e investigadores, han descrito los procesos que están íntimamente ligados con la psicosis. La idea, es conocer y saber ubicarse bien, entre lo técnico, lo metapsicológico y lo psicopatológico. Con un buen entrenamiento de la técnica, hay que interpretar el sentir y la transferencia psicótica, la contra transferencia, y, sobre todo, los aspectos de la estructura de la personalidad psicótica, que es un concepto no clínico, sino dinámico. Este, describe las transformaciones y alucinaciones, por las cuales el sujeto, proyecta una serie de deseos y contenidos personales inconscientes hacia afuera, incluyendo a su analista. Es todo un reto, el analizar el cambio catastrófico, es decir, el tránsito entre el sujeto en su funcionamiento normal y su funcionamiento psicótico, tanto el lenguaje como el pensamiento, son indicadores de la forma, de cómo se está organizado el *pensamiento psicótico*.

Lacan, en sus escritos, estudia en profundidad la psicosis. Trata brillantemente sobre el desconocimiento del otro, del objeto, de la realidad, de la transformación de la realidad, en función de los contenidos inconscientes propios del sujeto. Asimismo, aborda la importancia de los significados, como eje conductor, a través del cual, se organiza la psicosis. Estos con-

tenidos inconscientes, se articulan de una manera caótica, pero que, en la realidad, tienen un significado en la historia del sujeto. Otra, es la postura, de Otto Kernberg, quien propone, otro modelo de organización estructural de la personalidad, planteando, que la psicosis forma parte de esa estructura. Algo similar, a lo señalado por Freud -no en su *primera tópica* denominada topográfica-, sino, en su *segunda tópica*, llamada también estructural.

Kernberg, plantea en las psicosis, dificultades a nivel de identidad, de defensas y prueba de realidad. A nivel de identidad, el psicótico ha perdido las posibilidades de identificarse con otro y de construir su singularidad, a partir de esas identificaciones. Ha perdido la posibilidad, de acceder a la conducción propia de esa identidad, de distinguirse de los demás. A nivel de la organización defensiva, para el psicótico, son las defensas predominantemente arcaicas, del primer año de vida, las denominadas primarias, defensas masivas como la *proyección, identificación proyectiva, negación, escisión*. Estas defensas psicóticas primarias, son muy diferentes, a las defensas del histérico, que son la *intelectualización, las represiones*, y el otro elemento, la *prueba de la realidad*, es decir, de qué manera el *Yo* puede diferenciar sus contenidos interiores, de la realidad externa. Diferenciar el *Yo* del no *Yo*, el *Yo*, del objeto.

A todas estas contribuciones psicoanalíticas, que he reseñado muy brevemente, habría que integrarlas, con una serie de conceptos freudianos, que tratan de explicar la psicosis. Por ejemplo, el concepto de *regresión narcisista*, por el cual las cargas libidinales, que están puestas en el exterior, mediante la psicosis, se repliegan hacia el sí mismo, hacia el núcleo de la

identidad, dejando al sujeto sin cargas libidinosas que lo conecten con la realidad, y, por lo tanto, negándole la percepción de la realidad, y sumiéndolo a la percepción de su propio inconsciente. Esto es en parte, la *pérdida objetal*, el sujeto ya no coloca la proyección de sus objetos en la realidad, sino, simplemente está funcionando con la proyección de esos objetos, como si fueran reales. Hecho que origina, que el paciente se aparte y aisle paulatinamente, de la realidad, dando lugar, al colapso del *juicio de realidad* y a la *desintegración del Yo*.

Nosotros, los (supuestamente), no psicóticos, tendríamos una organización de nuestra personalidad, más o menos armada, organizada en función de fuerzas, que unen determinados elementos con otros. No sería un cúmulo de piezas de un rompecabezas, sino algo dinámico, integrado, donde una parte del *Yo* funciona armónicamente, con otra parte del *Yo*. En las psicosis, habría una desintegración, una ruptura, donde cada función está totalmente aislada de la otra, esta desconectada, sin orden ni concierto. Es así, que el *proceso primario*, también denominado *pensamiento arcaico o pensamiento primario*, que está íntimamente vinculado, al *inconsciente*, en la psicosis, no tiene una organización racional, voluntaria o *yoica*. A esto se debe, la forma de pensar del psicótico. En los no psicóticos estaría la razón, la voluntad, el proceso organizativo del *pensamiento secundario*.

Bajo estas premisas anteriores, surgen algunas interrogantes: ¿Cuál es la eficacia terapéutica del psicoanálisis ortodoxo en trastornos tan estructurales como la psicosis? ¿Cuál es el rol de la psicoterapia psicoanalítica en el paciente esquizofrénico, en el psicótico, o en las psicosis

en general? Son preguntas, complejas y difíciles de responder. Hay pacientes, que no tienen la severidad del paciente psicótico. Claro que es mucho mejor, trabajar con otros tipos de psicopatologías más tratables y menos demandantes para el terapeuta, como lo son las *ansiedades* y *depresiones*. Los *psicóticos*, *limitrofes* o *borderline*, *esquizofrénicos* y otros, a pesar de que es necesaria su medicación por un psiquiatra, es imprescindible, un tratamiento psicoanalítico en paralelo. Los psiquiatras, que sólo recetan psicofármacos, hacen muy poco por el paciente. Él, necesita un acercamiento psicoterapéutico, alguien que sienta su sufrimiento, que comprenda su desestructuración psíquica, necesita a una persona (el analista), para que se sienta escuchado y comprendido, alguien que le devuelva, sus contenidos internos, pero de una manera más comprensible, para ser digeridos por el paciente.

El paciente psicótico, necesita tener un espacio, donde pueda colocar esas piezas del rompecabezas, producto de su trastorno mental, donde poder integrarse en una historia nueva. Necesita una persona, que vaya organizando su discurso, sirviendo como puente entre el paciente, su inconsciente y la realidad. El analista, cumple la función, de organizador de las percepciones de su paciente, que organice lo caótico, y que, en el intercambio, el paciente se reestructure, con la parte psicótica del terapeuta sano. En la mayor parte de las personas sanas, existe un funcionamiento psicótico, algo así como que, *de loco, músico y poeta todos tenemos un poco*. Justamente, nuestro lado psicótico, aparece, en algún momento de la terapia con nuestro paciente. Elementos psicóticos, que son nuestros, que hay que saber manejarlos, recibirlos e interpretarlos de la

forma más adecuada, honesta y correcta.

¿Podrías ampliarnos más en torno al concepto de *pensamiento primario*?

El *pensamiento primario*, es un concepto *metapsicológico*, que tiene que ver, con la forma de organización del pensamiento, aún en los adultos. El pensamiento arcaico, remite a una forma de pensamiento totalmente primitivo, donde lo mágico y místico, también está presente. Esto no solo sucede, con las personas que padecen algún trastorno mental. Hay un caso, de una mujer joven, que está venciendo un temor al hombre, pero que luego se desplazó, como temor al padre, y después, temor a cualquier otra persona, independientemente que sea hombre o mujer. En ese proceso, que le impide acercarse, con seguridad y aplomo, a otra persona, ve una luz encendida, y la joven piensa, “todo me va a salir bien con esa persona”, aquí está el pensamiento arcaico y mágico, expresado en la luz que vio la joven. Otro ejemplo similar, lo vemos con el niño y su relación con el títere. Algo inanimado, que va cobrando vida y que, en la percepción del niño, tiene vida. O, por ejemplo, el hombre primitivo, que dotaba de vida a un elemento de la naturaleza. Hay tribus, que, en su concepción del mundo y creencias mitológicas, dan vida a objetos inanimados, esto es, el pensamiento arcaico. El pensamiento primario, es dinámico, en él existe un predominio del principio del placer sobre el de la realidad.

La joven, al ver la luz encendida, la relaciona con que no hay nada escondido, todo está claro. Pero, de haber estado apagada, de seguro, ese temor a las personas, se hubiese activado, ¿está lectura es correcta?

En lo primero, está la representación simbólica de la luz, como elemento esclarecedor, que otorga seguridad a la joven mujer. Lo segundo, no tiene nada lógico, es ilógico. Algo así, como que un grito da fuerzas a la persona, para que quiebre más ladrillos. Es el poder mental o la fuerza psíquica de sugestión. No hay explicación lógica. Los seres humanos, no somos cuerpo y alma separados, somos una unidad e integridad. No es lo bioquímico, ni lo psicológico o lo biológico, es todo. Así lo postula el psicoanálisis, el *Yo*, es la unidad mente-cuerpo. La idea, es unificar la energía, tanto física como mental. Todo viene de una preparación previa. Armonizar el *inconsciente* con el *consciente*. El grito contribuye a la concentración, juega un papel determinante la respiración, es un grito de presión abdominal y tensión muscular simétrica. Es la contracción de una unidad del cuerpo, en un momento mental dado.

Veamos un caso: La esposa, de un exitoso comerciante árabe, viene a consulta, porque su hijo falleció, en un accidente automovilístico, a los 18 años. Durante este tiempo, se ha sentido muy triste, y cada día experimenta una creciente pena. Debido a esto, llega a solicitar ayuda. Ella, relata, que un año antes que muera su hijo, viajó al extranjero con su marido. Recuerda dos elementos muy significativos para ella: “*Había muchos carteles sobre prevención del Sida, y recuerda, un encuentro sexual que tuvo, pero no con su esposo. No sé, si estos elementos, tienen importancia en la historia final*”, concluye la paciente. Para todo analista, es necesaria tener la visión hermenéutica, que nos permita reconstruir la historia, pero de una manera diferente a como fue vivida. La paciente, tenía tres hijos, una mujer y dos hombres.

Pasadas siete sesiones, comienza a contarle a su terapeuta, otra historia, que difiere de la que vivió, cuando regresó del extranjero. Ella, empieza a pensar, que tenía Sida. Sufre resfríos. Se somete a una prueba: sale negativo. Piensa que recién se incubaba en ella el Sida. Su resfrío, se acentúa. Empieza a generar, todo un *discurso psicótico*. Hierve los cubiertos todos los días, lava sus trusas y ropa interior, con agua hervida. Notaba, que sus hijos se iban poniendo pálidos, y que se estaban contagiando del Sida. Ella, les había quitado el beso, a lo que, por años, los había acostumbrado como saludo cotidiano. Estas dudas, y todos sus pensamientos, no se los decía a nadie. Echaba, gran cantidad de cloro en el agua, y nadie sabía. Jugaba tenis, pero se cansaba muy rápido, y pensaba, que seguro era debido a su contagio con el Sida.

Repetía la prueba, para descartar el contagio del Sida, pero volvía a salir negativo. Creía, que todos los médicos se habían confabulado, para no decirle la verdad. Salió embarazada, luego que murió su hijo de 18 años, pero decidió realizarse un aborto. Vemos que la paciente, experimenta una delusión psicótica, el Sida como castigo a un acto sexual extramatrimonial. En el supuesto caso, que un psiquiatra-analista, le recetara un fármaco, ella no lo va a tomar. Primero, lo que uno debe de hacer, es formar el vínculo con la paciente, construir la alianza terapéutica, saber escucharla, aún no confrontarla e ir muy tangencialmente, interpretando -muchas veces en silencio-, los contenidos que trae a la sesión. La idea, es que primero, el analista vaya preparando el *armazón yoico* de la paciente, para que tolere el dolor de perder a un hijo de 18 años, y no ser destruida por una *culpa persecutoria*. Solo así, podrá entender, que la muerte de

su hijo fue un asunto accidental, pero que no fue, un castigo divino.

Otro paciente, en su cuarto año de terapia, deseaba que se cayera el avión en el que regresaba su madre de Miami. ¿Qué pasaría si se cae el avión? Si su fantasía se convierte en realidad. A veces, estos pensamientos o ideas de nuestro *preconsciente*, se convierten en realidad, producto de algún accidente o hecho fortuito, y cuando esto ocurre, hay una *ligazón*, que origina *delusiones* en la persona. El paciente, piensa, que es el causante de la muerte de su madre, se siente como el autor, a nivel inconsciente, aumentando su culpa, hasta llegar a producirle ansiedad, depresión y hasta psicosis. El tratamiento psicoterapéutico, lo que buscará en él, es desligar ese pensamiento vinculante, que le origina una culpa persecutoria, para lograrlo, el conocimiento, experiencia, sensibilidad y empatía del analista, son imprescindibles.

Abordemos, algunas ideas, en torno al autismo. Es un trastorno específico de la infancia, en el que el niño con inteligencia normal o retrasada (con retardo), posee un funcionamiento mental, físico, emocional y conductual, totalmente alejado de la realidad, sin que existan las alucinaciones y delusiones -características de las psicosis-, sino, un funcionamiento

corporal e intelectual aislado. Psicoanalíticamente, el concepto de autismo, va más allá, tiene estrecha similitud, con el constructo de el narcisismo: Ausencia del sujeto, en su relación vincular, con el objeto. Esto, debido, a que el sujeto se repliega en sí mismo, no estableciendo vínculo con el objeto. El sujeto no se relaciona con el otro como objeto, sino como prolongación de sí mismo. Existe un *encierro autista*, un repliegue de su funcionamiento, en total aislamiento de los demás. Algo, también, característico y elemento nuclear, en las psicosis.

Una viñeta final. Una paciente llegó al consultorio, el analista le dijo, “síntese”, y ella comenzó a vaciar su bolsillo y se sentó. Su hermano, le dijo al analista, que años atrás, funcionaba bien, y que estaba cumpliendo su medicación. Pero, resulta, que desde hace tres meses en que fue asaltada, lleva una hoja de afeitar, en el bolsillo izquierdo, y su dinero, en el derecho. Esto, nos lleva a comprender -como psicoterapeutas que somos-, que el entendimiento del lenguaje, está en función de la historia del paciente. Es decir, el paciente nos entrega su contenido psíquico, a través de su lenguaje actitudinal. En el lenguaje verbal, la cosa cambia. Su conversación puede ser coherente dentro de su sistema de delusiones, con fugas de ideas y lenguaje incoherente.

Sesión 12

Oralidad, Analidad, Falocidad y Genitalidad

- ☞ Si tiene una madre comprensiva, atenta o con un buen cuidado a su alrededor, el niño tendrá un mayor soporte emocional.
- ☞ Durante el desarrollo del niño, lo que vamos a ver, son manifestaciones parciales de la sexualidad, destinadas a integrarse con el tiempo.
- ☞ Ya de adulto, no usará pañales, pero será obsesivo, cuidadoso, super ordenado, exageradamente limpio, algo que colinda con lo patológico.
- ☞ El niño tiene la fantasía, que le pueden cortar el pene, como castigo, por desear a su propia madre.

La *libido*, es el caudal de energía sexual, que tiene una persona desde su nacimiento. En principio, estamos hablando de una energía que proviene del instinto sexual. Posee *desplazamiento* y se puede *sublimar*. Posee una trayectoria y una evolución, que vamos a examinar. Ante todo, la *libido* es una manifestación cuantitativa y energética de la función sexual. Algo sumamente importante, en el tratamiento freudiano de la psicosis. Han aparecido, una serie de estudios, que complementan y amplían su conceptualización. Freud, intenta definir esta *carga energética psicosomática*, no solo en el plano somático, sino, que la

define, como una *carga energética simple*, proveniente de la *energía sexual*. Es una energía que no accede al campo psíquico, se descarga automáticamente, y según Freud, de agotarse la *libido*, se produciría la *histeria* en la persona.

Vamos a hablar de la evolución de la *libido*, de su desarrollo. Freud, teoriza su evolución, en términos de la *oralidad, analidad, falocidad y genitalidad*. Se inicia, en la etapa fetal y posee un continuo de evolución hasta etapas más desarrolladas en la pubertad, siendo su desenlace, a finales de la adolescencia. En todo momento, la *libido* va a tener

manifestaciones en la persona, en todas las etapas del desarrollo psicosexual: *oral*, *anal*, *fálico-genital*, en la pubertad, en la adolescencia, y en la *etapa de latencia*. También, la *libido* está presente, en la *etapa fálico-genital*, donde se da, el predominio de lo fálico y luego, lo genital, contexto en que se desarrolla el *Complejo de Edipo*.

En la etapa fetal, el niño no tiene mayores urgencias en términos de frustraciones. Es una satisfacción automática. En este sentido, la *libido* esta circunscrita, a la relación total consigo mismo. Se da un narcisismo primario, de absoluta independencia, y se prescinde de una relación de objeto. Al momento del nacimiento, desde el parto mismo, se da una ruptura, la *libido* ya busca un objeto del entorno, un objeto placentero que antes no existía. Así, la intensidad de la libido va confundándose con la actividad alimenticia, la más importante, que justamente la provee la madre. De esta forma, surge una asociación muy importante: El alimento, acompaña y sostiene, toda la emoción de satisfacción sexual del recién nacido. Sin embargo, la alimentación, no es la que satisface la pulsión sexual, ésta, más que todo, busca conservar la vida, dar seguridad. Lo sexual, busca su propia satisfacción, tanto después de la alimentación como antes. El niño se queda satisfecho, se relaja, su actitud final, es también, de satisfacción sexual. Si no se produce esto, se queda inquieto. La búsqueda, en él, es semejante a una descarga placentera por excitación. No es del tipo *sexual-genital*, como en el adulto. Es más bien, de característica, *sexual-oral*.

¿Por qué tiene un componente sexual? Llamar algo sexual a esa edad, ¿no es algo forzado?

La evolución sexual es un proceso, que se inicia desde el nacimiento, algunos mencionan, hasta mucho más antes. Durante el desarrollo del niño, lo que vamos a ver, son manifestaciones parciales de la sexualidad, destinadas a integrarse con el tiempo. Lo llamamos sexual, porque a esa edad ya nos vamos a encontrar con la *psicopatología*, con fijaciones orales, trastornos tempranos a esa edad, que luego derivan en *regresiones* y búsquedas de satisfacción. Posteriormente, Freud, todo esto lo integra en el *Eros o instinto de vida*, que conserva también, el componente erótico, libidinal. Luego vendrá, el *narcisismo*. Esta *etapa oral*, supone una estrecha relación con la madre, pero no como un todo, sino con su *pecho*, esta diada de *boca-pechón*. Es más, debe existir una *disposición bioenergética*, para que se produzca el placer en el recién nacido. Si en la madre, tiene una disposición negativa, el hijo no va a sentir placer, en esta primera *etapa oral o de succión*.

Si la madre no le da el alimento al niño, pero sí lo recuesta a su pecho, ¿hasta qué punto esto es importante?

Con el pecho, se le da el alimento, la leche materna, que constituyen, las defensas del niño. El contacto con la piel, transmite el estado emocional de la madre hacia su hijo. Así, la madre busca la identificación con su hijo. Esto es importante, porque el hijo aprende a relacionarse con su madre, luego lo hará con otro objeto, de no lograrlo, en un futuro, podría presentar algún tipo de trastorno neurótico, psicótico, donde exprese su falta de integración. El niño, debe tener un cierto balance en sus estímulos-descargas. Todo exceso de la masturbación es negativo, podría perturbar su desarrollo. En esa relación sexual (no genital), madre-hijo,

no solo tiene un componente sexual, está presente el calor, la mirada, el contacto piel a piel, las caricias. Aquí, es donde surge esta integración.

En la succión, el niño adopta una función pasiva, la estimulación está en las encías, en la mucosa bucal, tiene excitación, logra la descarga. En otro momento, aparecen los dientes y se da ya otra satisfacción, vía el morder, masticar. Un componente adicional al instintivo. En la *etapa de succión o pre-ambivalente*, corresponde a la etapa canibalística. Aquí, el elemento masticatorio, aporta una agresión, dándose una relación dual con el objeto: Un placer, vinculado al dolor. Desde el momento que el niño nace, éste maneja un instinto de vida y otro de muerte. Es una lucha entre vivir y morir. Es una etapa ambivalente, al igual que la oral, debido a que otorga placer, el morder al objeto que lo satisface y que lo gratifica.

Para la madre, el primer contacto con el niño es doloroso, no solo es el parto, luego aparece la succión, el dolor de ser mordida por su hijo, esto agrade a la madre.

Cada bebé, tiene una carga diferente, se nota desde el succionar. Las fallas -no todas-, son achacables a la madre. A veces, el niño nace con una carga muy grande. Aquí no hay madre buena. En el debut, existe una carga constitucional, que va también a influir en el desarrollo del niño. Si tiene una madre comprensiva, atenta o con un buen cuidado a su alrededor, el niño tendrá un mayor soporte, un continente que logre contener sus frustraciones. Una carga demasiado fuerte, producto de sus frustraciones, puede volver al niño muy ansioso, deriva en sentimientos de angustia, modificaciones en

su estructura psíquica. Estamos hablando del cuarto o del sexto mes, como inicio de la *etapa canibalística*. Se da una fantasía en el niño, que supone el tragarse al objeto. Existe un sentido erótico y otro *tanático-agresivo*. Uno *corporal y agresivo*, de comerse el pecho de la madre, y el otro, de *carga tanática*, de querer destruir ese pecho que le da placer. Si no se supera esta etapa, va a acumularse en el niño, una fuerte carga destructiva. No podrá *tragarse* nada, comenzará a tener *celos de envidia* y deseos de atacar y destruir al objeto amado, motivo mismo de su *placer/malestar*.

No será también, que el niño cuando nace, tiene la mandíbula más atrás respecto al maxilar superior, y esto le dificulta posiblemente el morder. Cuando erupcionan los dientes, recién contacta diente con diente, ¿podría deberse está etapa canibalística a factores más orgánicos?

También. Existe una evolución neurológica. En la psicopatología, vamos a ver a personas, que sueñan que se están *comiendo un hombre dulce*, animales o personas que se quieren comer o despedazar. Esta etapa canibalística, es sumamente compleja de entender, porque conlleva a grandes pseudo satisfacciones y fijaciones, incluso a nivel neurológico. La relación boca-cerebro, es muy importante, la manera en que se produzca el *destete*, mucho más. Éste puede ser traumático, originando que algunos niños, se quedan fijados con un sentimiento de abandono, o madres que se pueden auto culpar. Puede darse el caso, de una persona, que de niño la madre le daba su biberón con un agujero grande. Ya de adulto, él sienta dificultades de obtener algún tipo de placer oral. Freud, lo dejó bien claro, al sostener que, la evocación

de un recuerdo, proviene siempre de un síntoma.

Entramos a la *etapa anal*, el goce de las mucosas anales, el tracto inferior, es decir, el intestino para abajo, para arriba, sería la *etapa oral*. Se divide en, la *etapa anal exclusiva* y *etapa anal retentiva*. La primera, se da por el placer de expulsión de las heces, el paso directo. La segunda, está referida al placer de retener las heces, el prolongar de alguna manera la permanencia de las heces. La exclusiva, se da como respuesta a una prolongación de la *etapa oral canibalística*. Existe, un componente agresivo, una descarga. En su connotación psicológica, conlleva a aspectos de fantasía, se dan en frases como, “*me cago en ti, soy la cagada, ándate a la mierda*”. El componente no solo es agresivo, también se dan connotaciones de fijación, esto se ve, en personas que no pueden retener elementos buenos, es como si no pudiesen conservar dentro de sí, las experiencias buenas. Es como si todo objeto que entra, es malo, es como si lo bueno, viniese con trampa. El sexo busca placer, lo anal elimina.

En la *etapa anal retentiva*, existe un placer en el niño, al retener las heces. Psíquicamente, es como tener el placer de *retener al otro*. Expulsar y retener, cuando le da la gana. Las heces, son como los objetos internos, que el niño impide que salgan dentro de sí. Cuando esta retención es exagerada, el sujeto se vuelve posesivo, dominante, pero con algún componente anal, y erótico-sexual. Aquí existe goce, un componente *sadomasoquista, agresivo*, enganchado, atrapado. Esta relación con la madre, marca al niño a futuro, en cuanto su relación con el mundo. Por ejemplo, el niño ya defecaba correctamente, pero nace un hermanito, y el niño

retrocede, vuelve a usar pañales. Quiere llamar la atención de la madre. Se da una *regresión*, a una etapa de satisfacciones anales, de manejo del mundo y de sus *relaciones objetales*, a partir de esta *regresión*.

Lo arriba mencionado, influye en la evolución y desarrollo psicosexual del niño, en la constitución de su carácter. Ya de adulto, no usará pañales, pero es obsesivo, cuidadoso, super ordenado, exageradamente limpio, algo que colinda con lo patológico, y lo peor, es que va evolucionando. Cuando falla una satisfacción de cualquier orden, la pulsión se puede transformar en otra forma, busca su satisfacción sexual, en uno o en otro sentido. (pasivo o activo). Se da la fantasía, de comerse al otro, la fantasía de ser comido. Siempre se da una situación implícita y dual: penetra y ser penetrado; comer y ser comido; estimular mucosa y penetrar mucosa. Algo, desde los dos planos. Siempre existen dos vías de posible satisfacción.

¿Qué pasa en los niños cuyas madres hacen abuso del supositorio?

En estos casos, la estimulación, puede estar formando fantasías de realización a nivel *inconsciente*. Algo reprimido en el niño, pero que la madre se encarga de reactivarlo, al introducirle el supositorio. Y es muy significativo, que el padre, no es el encargado de colocarle el supositorio. Hay casos, en que una fantasía sexual anal (en el sueño), en que los dos (madre e hijo), se juntan e intercambian heces. Esto, aparece en sueños y fantasías, expresándose con diarreas o con estreñimiento.

En la *etapa fálica*, el placer se centra en el pene y en el clítoris, se da también, en la masturbación. Surgen, los problemas de

diferenciación de los sexos. En esta etapa, ocurre el ingreso al *Complejo de Edipo*, el deseo del niño, de acostarse con la madre, y el *Complejo de Electra*, el deseo de la niña, de tener sexo con el padre. En el niño, se da la *angustia de castración* o el *complejo de castración*. Es el sentimiento o fantasía, de que, a él, le pueden cortar el pene como castigo por desear a su propia madre. Freud, sostiene, que este fenómeno, es el cimiento de la patología neurótica. En el caso de la mujer, Freud se queda en la noción *falocéntrica*, es decir, la mujer frente a la visualización que ella no tiene pene, empieza a tener sentimientos donde fantasea que lo va a tener, o que alguna vez tendrá un bebé que sustituirá su fantasía. Planteamiento freudiano, que niega, que la niña tenga una excitación vaginal.

Posteriores autores, han remarcado el error que comete Freud, al generalizar en torno a la mujer. En la entrada y salida del *Complejo de Edipo*, se da en el niño, un fuerte incremento en la excitación y pulsión sexual. Aquí, ocurre, la primera separación con sus padres. El niño como que dice, “*ya no más mamá para mí*”, una constatación, que él tiene que resolverla: La angustia, que conlleva la separación definitiva con su madre. Si no se resolvió bien, puede desaparecer en la latencia, pero reaparecer en la pubertad. No es tanto, la información o el conocimiento del niño lo que resuelve el problema, no solo es el niño, sino, las fantasías de los padres, la confrontación de su concepción sexual en torno a su hijo, y si son consecuentes en la práctica, con lo que le dicen a su hijo. Por ejemplo, padres que dan propina a su hijo, por mostrar su pene; o padres, que, para cumplir sus fantasías sexuales, introducen por cualquier motivo, supositorios a sus hijos.

Veamos, el caso de una madre que era *fóbica*. No podía ver, ni en *pintura*, una mujer, le producía una angustia incontrolable. Su padre, tenía una fobia a las cucarachas, veía a una, y llamaba a su esposa para que la matará. Esto, también sucede, con hombres que tienen una imagen de fortachones, fisicoculturistas, a veces, actúan para contrarrestar ansiedades que se generan en esta *etapa fálica*. Asimismo, el *juego sexual* con hermanos y amiguitos, forma parte del desarrollo psico-sexual del niño, mucho dependerá de la reacción de su entorno frente a estos *juegos*, si la madre le hace un escándalo, puede haber una fijación en el niño. Importa mucho, si se da una seducción de parte de un adulto. Si ocurre una violación o abuso de un niño, definitivamente, lo va a marcar, va a desestructurar toda su personalidad, en la mayoría de los casos.

Una vez, en supervisión, abordamos el caso de una mujer, que había tenido frustraciones con su pareja, a nivel de relación amorosa, y luego, comenzó a reproducir estas vivencias -sin darse cuenta-, con otras parejas. Se comenzó a enamorar de hombres, que sabía que le iban a fallar. Ella decía, “*pobrecito, yo lo voy a ayudar*”. *Enganchaba* con los hombres, sabiendo que luego, podrían dejarla sola. Todas sus relaciones amorosas, no tenían una experiencia de reciprocidad amorosa. Una sexualidad bien entendida, se conserva en términos de mutua satisfacción y reciprocidad.

La *etapa de latencia*, da inicio a una afirmación de la excitabilidad sexual, a pesar que algunos posfreudianos, mencionan que no existe esta etapa. En la pubertad y adolescencia, se da una maduración biológica, donde aparecen las características de la personalidad, erec-

ciones, eyaculaciones, cambios psicossomáticos, entre muchos otros cambios en el joven. Surgen necesidades de tener un control, y algo que es trascendental, se exacerbaban todos los otros aspectos, de sus vivencias tempranas y conflictos no resueltos. Debido a esto, es que surgen una serie de mecanismos que buscan contrarrestar, manejar el *Yo*, la angustia interna. Así, el adolescente va a verse confrontado con una situación difícil, cuál es, el tener que separarse de sus padres; también, el optar por otra mujer, que no sea su madre. Pero, en una parte de esta etapa, va a masturbarse aun con

imágenes maternas. Va a tener *culpas*, *conflictos*, paulatinamente el adolescente, va a encontrar satisfacciones con otras mujeres o con personas de su sexo opuesto. Se corre el riesgo, de que se vuelva muy retraído, o idealista. Casi siempre, con grandes contradicciones. Son los *mecanismos de defensa*. Los padres son importantes. El adolescente, va a buscar enfrentarse con la figura que hasta ese momento fue importante, es decir, con su padre. La idea es que lo “*mate*”, pero en el pensamiento, aunque esto ya forma parte de otra sesión. Algo así, como *matar al padre, y no morir en el intento*.

Sesión 13

Narcisismo: Cuando el “*objeto* *amado*” es uno mismo

- ☞ ¿Qué hace que un individuo pierda el contacto con su mundo externo y haga crecer tanto su mundo interno?
- ☞ Por *objeto*, se entiende cualquier cosa que no sea *sujeto*, puede ser el padre, la madre, un amigo.
- ☞ Si el niño, no ha tenido esa sensación de ser querido, y de sentir que su presencia es bienvenida por sus padres; es muy probable, que las diferentes etapas, como la *oral*, *anal*, *fálica* y otras, no logren consolidarse, ni resolverse.
- ☞ Las personas *narcisistas*, son *sujetos carenciados*, que no tienen *objeto de amor*.
- ☞ El *deseo*, hace que el *sujeto*, se percate que el *objeto* que le va a dar *placer*, no está en él, sino, en el exterior, en el afuera.

Este, es uno de los temas más centrales del psicoanálisis. *La interpretación de los sueños*, el *inconsciente* (que va a dar lugar a la *primera tópica*), la *neurosis*, el *proceso primario*, *secundario*, la *libido*, son construcciones freudianas, claves para entender el funcionamiento mental. Para algunos, la *libido* es algo metafórico, una cantidad de *energía sexual*. Para otros, es una *energía no sexual*, una energía psíquica. Para Freud, era de carác-

ter sexual. Sexualidad en el sentido amplio. Luego, surge el concepto de *libido*, como algo concreto, mensurable, como una *energía sexual*.

El termino *Narcisismo*, fue utilizado para referirse, por un lado, a la perversión sexual, y por el otro, para analizar la psicosis. La pregunta, que se hacían era: *¿Qué hace que un individuo pierda el contacto con su mundo externo y haga*

crecer tanto su mundo interno? Problemas, como la neurosis y la psicosis, son estudiados en profundidad, y se recurre a un nuevo concepto que los organiza: El mito griego de *Edipo*. Freud, toma el concepto de *Narciso*, que era el hijo, en una tragedia griega, donde le vaticinan, que solo llegará a viejo, si nunca se mira y conoce su rostro. Narciso se acerca a tomar agua de un río, lo demás es historia conocida. Aquí, el mensaje es bien sugerente: *‘Te amarás hasta la muerte sin reconocerte’*. Entre la etapa donde no se conoce un objeto, y la otra, cuando ya se reconoce un objeto del mundo exterior, existe un espacio intermedio, al que Freud, lo denomina como *Narcisismo*, cuya principal característica es el autoerotismo y la libido sobre sí mismo.

En el estado narcisista, el niño va a sentir que la madre forma parte de su propio cuerpo. No existe nada que no sea él. En 1914, Freud, propone la existencia de toda una organización narcisista. El narcisismo, se establece como un eje, y a su alrededor, se van a estructurar otros conceptos. Por ejemplo, se va a entender la relación con el mundo externo; la diferenciación entre libido yoica y libido objetal; la diferencia entre el *Yo* y el *Superyó*. Esto también sucede, porque Freud se había distanciado de Adler y Jung. Con el Narcisismo, Freud expone sus conceptos, con mayor independencia. Por *objeto*, se entiende cualquier cosa que no sea *sujeto*. Es decir, padre, madre. Con estos objetos, el niño se va a relacionar. Algo similar, como cuando uno está enamorado exageradamente del otro, uno casi no existe, solo existe la otra persona. Una sensación, como si toda la energía, la libido, estuviese dentro del otro, nada dentro de uno.

Freud, argumenta, que, en la psicosis, se ve el proceso de *introyección* de la libido (las psicosis eran llamadas por Freud, *neurosis narcisísticas*), y que esto, dificulta la interacción con el analista, mientras que, en las demás neurosis, principalmente la de *transferencia*, sí va a ser posible, que el paciente establezca con el analista, una relación transferencial. En la *neurosis narcisista*, es casi imposible lograrlo, porque toda la libido está volcada dentro del *Yo* del paciente. Las fantasías y el mundo externo, están carentes de libido. La persona neurótica, se relaciona con el mundo externo, pero con una libido cargada de fantasías, deseos y miedos. En el caso del psicótico, no se da la relación con el exterior, surge el *ideal del Yo*, que es otro concepto freudiano.

Dentro del psicoanálisis, casi nada se habla en torno al amor, tanto el de transferencia, como el neurótico. El niño va creciendo, se da cuenta, que no solo él existe, que también hay objetos externos, separados de él; este reconocimiento, es aún parcial en él. A los dos años, el niño se siente el centro de la atención, está en su apogeo, su *self* está cargado al máximo. En la etapa edípica, nuevamente se pone en discusión, la identidad sexual, el tipo de organización con el mundo, su relación sujeto-objeto. No todo es traumático, existen situaciones edípicas que se van a resolver normalmente, que son tolerables. En los primeros meses o años, va a cobrar importancia, el cómo va a estar estructurada la vivencia del niño, y la relación con su desarrollo, según la *teoría de la libido*. Si el niño, no ha tenido esa sensación de ser querido, y de sentir que su presencia es bienvenida por sus padres; es muy probable, que las diferentes etapas, como la oral, anal,

fálica y otras, no logren consolidarse, ni resolverse. Esto, podría repercutir negativamente -en términos de estructuración y de cohesión de la psique-, en el desarrollo de la personalidad del niño.

Si el niño, ha sido querido, va a poder sortear mejor, los problemas que se dan en cada fase propuesta por Freud. Si algo falló en lo edípico, tendrá muchas posibilidades de convertirse, en un niño neurótico con carencias primarias y desequilibrios narcisistas. Esto se verifica, en la clínica psicoanalítica, donde vemos personas que aman demasiado, debido a que han tenido dificultades primarias. Un niño, que no ha tenido padres que lo hayan sostenido adecuadamente, permitiéndole idealizar, no podrá idealizar su *self*, ni tampoco le será fácil, relacionarse con una persona que pueda idealizar para curarse, que lo ayude a *cicatrizarse* esa *herida psíquica*, como lo sería su psicoanalista. Situación similar, sucederá, si el niño preguntaba una cosa, y los padres le respondían otra. Esto le originará, un sentimiento de incompreensión, de no saber si está siendo bien entendido. De esta forma, crecerá, con la sensación de no poder (ni saber), vincularse con otras personas que lo puedan entender. Situación diferente, sucede con las personas narcisistas, ya que al haber sido demasiado sobre valoradas, no se han podido relacionar con unos padres que les pongan límites. De adultos, se vuelven arrogantes, insoportables y super egoístas, lo cual refleja, el sentimiento de haber sido demasiado o poco queridos.

Un niño, cuyos padres, no le han puesto límites, ¿podríamos afirmar que no lo quisieron o se interesaron poco por él?

Es muy posible, aunque hay situaciones muy complejas. Por ejemplo, también podría deberse, al propio narcisismo de los padres, puesto sobre su hijo. El niño, en los primeros meses de vida, necesita tener la sensación de que está protegido, que alguien lo quiere. La presencia de la madre, es fundamental. Si ella, no está bien emocionalmente, no va a poder sintonizar ni comunicarse con su hijo. No lo va a tranquilizar ni calmar, no habrá empatía ni apego. El bebé, va a tener el sentimiento de no ser querido. De esta manera, se va forjando, la sensación de sí mismo, se va autoconstruyendo su *self*. Así, como Narciso se miraba a sí mismo, el niño también mira a su madre, y la madre al niño. Es una relación diádica. Posteriormente, entra en *escena* el padre, para romper esta *relación simbiótica*. Así, el niño va a saber, que existe él, su madre, y muy a su pesar, también su padre, quien tiene una relación con su madre. Aceptando de esta manera, que existe una nueva dimensión.

En el proceso psicoterapéutico, ¿también se da esa *relación diádica* entre el paciente y su analista??

Hay momentos, en que sí ocurre esa relación. Puede ser un enamoramiento, algo sexual, pero es parte del proceso terapéutico, algo así como si el paciente, proyectara determinados sentimientos a su analista. Si la falla, es más primaria, mayor será la atracción y dependencia hacia su terapeuta. Freud, afirma, que el niño desde que nace, está cargado de narcisismo, pero que, para poder seguir desarrollándose, necesita dejarlo de lado, sacarlo de sí. Una parte, tiene que ser dirigida al mundo exterior (padres, amigos), mientras que otra, debe conformar una nueva estructura, que será el ideal del

Yo. Una mezcla de lo que él quisiera ser, y lo que es él y sus padres. La mirada de la madre, el cariño, las prohibiciones, las expectativas, son las que ayudarán, a ir formando esa estructura. Si el niño cree, que todo es para él, va a crear una organización de su personalidad, que, al llegar a la etapa edípica, va a estar sobrecargada de *narcisismo*.

Según Melanie Klein, el niño comienza a tener experiencias y sensaciones buenas y malas, que, a lo largo de sus primeros años de vida, va separándolas, como, por ejemplo, la idea del *pecho bueno*, el *pecho malo*. Si estas creencias no desaparecen, ya de joven o adulto le originarán comportamientos, que lo lleven a alejarse del 'malo', según su esta visión distorsionada de la realidad. Si todo marcha bien, *self*, *objeto* y *afecto*, hacia los tres años, el niño, debería ir integrándolos, en una sola entidad. Al inicio, el niño los separa, porque es muy grande el miedo a la agresión, a que *lo malo*, destruya a *lo bueno*; separar, lo que es *self*, del *no-self*, ósea del mundo externo. Cuando esto falla, se activa la *psicosis*.

En el texto de 1914, "Introducción al Narcisismo", en el capítulo II, Freud analiza la formación de las esquizofrenias. En el narcisismo, todo el interés que se podría tener en la otra persona, está replegado en uno. En el sueño, se da lo mismo. En el narcisismo, como que se da, una retracción de la libido, la que no se puede colocar en el objeto externo. En la preocupación hipocondríaca, algo similar sucede. Un *self aislado*, ensimismado. El narcisismo, no debe ser solo entendido, como algo patológico. Existe un *narcisismo saludable*. Una persona que no se quiere, de manera equilibrada, sufrirá de algún desorden mental. El niño, tiene que

ir construyendo, un narcisismo saludable, que le permita proyectar su libido al objeto externo amado, y recibir de éste, las gratificaciones recíprocas.

Freud, menciona, que existe una *libido yoica* y una *libido de objeto*, una *pulsión de vida*, y una *pulsión de muerte*. El individuo, es unidad en sí mismo, y a su vez, parte de un todo mayor. En 1923, establece las pulsiones de vida y de muerte, las que llevan al amor, a la abnegación, a la creación, y las que conducen a la destrucción, agresión y muerte. Si un padre, es muy rígido con sus hijos, y la madre tiene un fuerte componente narcisista, podrían anular toda iniciativa a sus hijos. El niño nace y se desarrolla, sabiendo que sus deseos no van a ser satisfechos. Surge el deseo de no desear. No pueden desear, como que hacen las cosas llevados por las circunstancias. Una sensación de no-existencia. Las personas narcisistas, son *sujetos carenciados*, no tienen objeto de amor. Algunos, de estos pacientes narcisistas, les es super difícil dejar de serlo, a pesar de que sufren bastante.

Para una mayor comprensión del narcisismo, es bueno preguntarnos: *¿Qué es el deseo?* Bajo la concepción psicoanalítica, es el movimiento por el cual, el *sujeto*, es por decirlo, *descentrado*. Algo así, como que el *sujeto*, al buscar el *objeto* que le falta y que lo va a satisfacer, ve que ese *objeto* está fuera de él, separado espacialmente de su *self*. Es decir, el deseo, hace que el *sujeto*, se percate que el *objeto* que le va a dar placer, no está en él, sino, en el exterior, en el afuera. Es este deseo, el que induce, a la toma de consciencia, de esta separación espacial entre *sujeto* y *objeto*. Esta búsqueda del *amor deseado*, reactiva las vivencias primarias de carencia, de falta de esa *madre sostenedora*, de ese *pecho*

bueno. Una alternativa, es la *alucinación* o realización alucinatoria del deseo, como ilusión reparadora a la falta del objeto deseado. Alucinación, que puede darse, en la medida que aparezcan reiteradas frustraciones posteriores.

El niño, tiene que ir tolerando, paulatinamente, el hecho de que existe una separación de él, con el objeto deseado, a nivel espacial y temporal. Debe darse una independencia del *Yo* con respecto al *objeto*. Si este proceso, transcurre correctamente, las *investiduras* del *Yo*, se enriquecerán con las otras *investiduras* del objeto idealizado, como sucedió con el objeto materno primario. Pero, si no se

resuelve de buena forma, este *proceso de investiduras*, originará, en el sujeto, sentimientos de odio, temor, rencor, desesperación, como expresiones actualizadas, de ese *pecho malo*, abandonando el sujeto, la búsqueda del centro. Así también lo ha teorizado, Melanie Klein, en cambio, Jacques Lacan, lo entiende de otra manera. Para él, la imagen del sujeto, es la imagen primaria externa. La patología mental, surge del conflicto, entre el deseo de ser un sujeto completo y la imagen diferente que tiene ese sujeto de sí mismo. Cuando se activa una psicopatología severa, el mundo deja de ser un lugar seguro para la convivencia, y la *libido* del sujeto, queda fijada en su mundo interno.

Apéndice

De la vida en un
mundo moderno líquido

por: Zigmunt Bauman

De la vida en un mundo moderno líquido

por: Zigmunt Bauman

(tomado de su libro *Vida Líquida*, 2005)

La «*vida líquida*» y la «*modernidad líquida*», están estrechamente ligadas. La primera es la clase de vida que tendemos a vivir en una *sociedad moderna líquida*. La *sociedad «moderna líquida»*, es aquella en que las condiciones de actuación de sus miembros, cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en unos hábitos y en unas rutinas determinadas. La *liquidez* de la vida y la de la sociedad, se alimentan y se refuerzan mutuamente. La *vida líquida*, como la *sociedad moderna líquida*, no pueden mantener su forma ni su rumbo durante mucho tiempo.

En una *sociedad moderna líquida*, los logros individuales no pueden solidificarse en bienes duraderos, porque los activos se convierten en pasivos y las capacidades en discapacidades, en un abrir y cerrar de ojos. Las condiciones de la acción y las estrategias diseñadas, para responder a ellas, envejecen con rapidez y son ya obsoletas antes de que los agentes tengan siquiera opción de conocerlas adecuadamente. De ahí, que haya dejado de ser aconsejable aprender de la experiencia, para confiarse a estrategias y movimientos tácticos que fueron empleados con éxito en el pasado: las pruebas anteriores resultan inútiles, para dar cuenta de los vertiginosos e imprevistos (en su mayor parte, y puede incluso que impredecibles) cambios de circunstancias. La extrapolación de hechos del pasado, con el objeto de predecir tendencias futuras, no deja de ser una práctica cada vez más arriesgada y, con demasiada frecuencia, engañosa. Cada vez resulta más difícil, realizar cálculos fidedignos y los pronósticos infalibles son ya inimaginables: si, por una parte, nos son desconocidas la mayoría (si no la totalidad) de las variables de las ecuaciones, por otra, ninguna estimación de su evolución futura puede ser considerada plena y verdaderamente fiable.

En resumidas cuentas, la *vida líquida* es una vida precaria y vivida en condiciones de incertidumbre constante. Las más acuciantes y persistentes preocupaciones que perturban esa vida, son las que resultan del temor a que nos tomen desprevenidos, a que no podamos seguir el ritmo de unos acontecimientos que se mueven con gran rapidez, a que nos quedemos rezagados, a no percatarnos de las fechas «*de caducidad*», a que tengamos que cargar con bienes que ya no nos resultan deseables, a que pasemos por alto cuándo es necesario que cambiemos de enfoque si no queremos sobrepasar un punto sin retorno. La *vida líquida* es una sucesión de nuevos comienzos, pero, precisamente por ello, son los breves e indoloros finales —sin los que esos nuevos comienzos serían imposibles de concebir—, los que suelen constituir sus momentos de mayor desafío, y ocasionan nuestros más irritantes dolores de cabeza. Entre las artes del *vivir moderno lí-*

quido y las habilidades necesarias para practicarlas, saber librarse de las cosas prima sobre saber adquirirlas.

Como explica Andy Riley, caricaturista del *Observer*, lo que molesta es «*leer artículos sobre las maravillas de llevar un estilo de vida más sencillo, cuando aún no has sido capaz siquiera de llevar uno más sofisticado*» [1]. Para saborear los encantos de la sencillez, antes hay que apresurarse a «*sofisticarse*». Prepararlo todo para esa posterior «*simplificación*», es lo que da sentido a la «*sofisticación*» previa y lo que se convierte, además, en su propósito principal: será, pues, por el alivio que nos comporte una «*simplificación*» tranquila e indolora, por el que se juzgará en última instancia la calidad de la «*sofisticación*» anterior...

La información, que más necesitan los practicantes de la *vida moderna líquida* (y que más a menudo ofrecen los asesores expertos en las artes de la vida), no es la de cómo empezar o inaugurar, sino, la de cómo terminar o clausurar. Otro columnista del *Observer*, bromeando sólo a medias, elaboró una lista actualizada de las reglas para «*cerrar definitivamente*» las relaciones de pareja (que son, sin duda, los episodios más difíciles de «*clausurar*», pero también aquellos que las personas implicadas, más desean y se empeñan en cerrar, y en los que, por consiguiente, mayor es la demanda de ayuda experta). El inventario empieza con un «*Recuerda lo malo. Olvida lo bueno*», y termina con un «*Conoce a otra persona*», pasando por un «*Borra todo el correo electrónico*». Lo que se enfatiza en todo momento es el olvidar, el borrar, el dejar y el reemplazar.

Quizás, la descripción de la *vida moderna líquida* como una serie de nuevos comienzos, sirva inadvertidamente, para encubrir una especie de conspiración: al reproducir una ilusión compartida en común, ayuda a ocultar su secreto más celosamente guardado (por vergonzoso, aunque sólo lo sea residualmente). Quizás un modo más adecuado de narrar esa vida, sea contando una historia de finales sucesivos. Y quizás, la gloria de la *vida líquida* vivida con éxito, pudiera expresarse mejor, a través de la discreción de las tumbas que jalonan su progreso, que mediante la ostentación de las lápidas que conmemoran el contenido de dichas tumbas.

En una *sociedad moderna líquida*, la industria de eliminación de residuos, pasa a ocupar los puestos de mando de la economía de la *vida líquida*. La supervivencia de dicha sociedad y el bienestar de sus miembros, dependen de la rapidez con la que los productos quedan relegados a meros desperdicios, y de la velocidad y la eficiencia con la que estos se eliminan. En esa sociedad, nada puede declararse exento de la norma universal de la «*desechabilidad*», y nada puede permitirse perdurar más de lo debido. La perseverancia, la pegajosidad y la viscosidad de las cosas (tanto de las animadas como de las inanimadas), constituyen el más siniestro y letal de los peligros, y son fuente de los miedos más aterradores y blanco de los más violentos ataques.

La vida, en una *sociedad moderna líquida*, no puede detenerse. Hay que modernizarse —léase: desprenderse, día a día, de atributos que ya han rebasado su fecha de caducidad y desguazar (o despojarse de) las identidades, actualmente ensambladas (o de las

que estamos revestidos)— o morir. Azuzada por el *terror a la caducidad*, la vida en una *sociedad moderna líquida* ya no necesita —para salir impulsada hacia delante—, del tirón que ejercían, aquellas maravillas imaginadas que nos aguardaban en el final lejano de los esfuerzos modernizadores. Lo que se necesita ahora, es correr con todas las fuerzas para mantenernos en el mismo lugar, pero alejados del cubo de la basura al que los del furgón de cola están condenados.

La «*destrucción creativa*», es el modo de proceder de la *vida líquida*, pero lo que ese concepto silenciosamente pasa por alto y minimiza, es que lo que esta creación destruye, son otras formas de vida y, con ello, indirectamente, a los seres humanos que las practican. La vida, en la *vida moderna líquida*, es una versión siniestra de un *juego de las sillas*, que se juega en serio. Y el premio real, que hay en juego en esta carrera, es el ser rescatado (temporalmente) de la exclusión, que nos relegaría a las filas de los destruidos y el rehuir que se nos catalogue como desechos. Ahora que, además, la competición se vuelve *global*, esta carrera tiene que celebrarse en una pista de dimensiones planetarias.

Las mayores posibilidades de victoria, corresponden a las personas que circulan en las proximidades de la cumbre de la pirámide de *poder global*, individuos para quienes el espacio importa poco y la distancia no supone molestia alguna; son personas que se sienten como en casa en muchos sitios, pero en ninguno en particular. Son tan ligeras, ágiles y volátiles, como el comercio y las finanzas cada vez más globalizadas, que las ayudaron a nacer y que sostienen su existencia nómada. Tal y como Jacques Attali las describió, «*no poseen fábricas ni tierras, ni ocupan puestos administrativos. Su riqueza proviene de un activo portátil: su conocimiento de las leyes del laberinto*». Les «*encanta crear, jugar y estar en movimiento*». Viven en una sociedad «*de valores volátiles, despreocupadas ante el futuro, egoístas y hedonistas*». Para ellas, «*la novedad es una buena noticia, la precariedad es un valor, la inestabilidad es un imperativo, la hibridez es riqueza*» [2]. En diverso grado, todas ellas dominan y practican el arte de la «*vida líquida*»: la aceptación de la desorientación, la inmunidad al vértigo y la adaptación al mareo, y la tolerancia de la ausencia de itinerario y de dirección y de lo indeterminado de la duración del viaje.

Toda una serie de fuerzas centrípetas y centrífugas, gravitacionales y repulsivas, se combinan para mantener a los *inquietos* en su sitio, y para impedir que los *descontentos*, lleguen a inquietarse. Los suficientemente exaltados o desesperados, como para tratar de desafiar las probabilidades que tienen en su contra, se arriesgan a correr la suerte de los forajidos y los proscritos, y a pagar por su audacia con la dura moneda del sufrimiento corporal y el trauma psicológico, un precio que sólo unos pocos estarían dispuestos a pagar por voluntad propia, sin que nadie les fuerce a ello.

A ambos extremos, de la jerarquía (y también en la sección central de la pirámide, atrapadas en un dilema entre los unos y los otros), las personas se ven acuciadas por el problema de la *identidad*. En la *cumbre*, el problema consiste en elegir el mejor modelo de los muchos que actualmente se ofrecen, ensamblar las piezas del kit (que se venden por separado) y fijarlas de manera que no queden demasiado desencajadas (no sea que los fragmentos antiestéticos, pasados de moda y envejecidos que deben permanecer ocultos

por debajo asomen por entre las costuras abiertas), ni demasiado apretadas (no sea que el mosaico se resista a ser desmantelado a muy corto plazo cuando llegue el momento de deshacerlo, que sin duda llegará). En el *fondo* (en la base), el problema consiste en aferrarse rápidamente a la única identidad disponible, y mantener unidos sus pedazos y sus piezas, mientras se combaten las fuerzas erosivas y las presiones desestabilizadoras, reparando una y otra vez las paredes que no dejan de desmoronarse, y cavando trincheras aún más hondas. Para todos los demás —los que se encuentran suspendidos entre un extremo y el otro—, el problema consiste en una mezcla de los otros dos.

Inspirándose, en parte en la descripción que hizo Joseph Brodsky de sus contemporáneos —acomodados en el plano material pero empobrecidos y famélicos en el espiritual; hartos, como los habitantes de la Eutropia de Calvino, de todo aquello de lo que ya han disfrutado hasta el momento (el yoga, el budismo, el Zen, la contemplación, Mao) y, por consiguiente, prestos a adentrarse (con la ayuda de la última tecnología, por supuesto) en los misterios del sufismo, la cábala o el sunismo para robustecer así sus decaídas ganas de deseo—, Andrzej Stasiuk, uno de los archivistas más perspicaces de las culturas contemporáneas y de su descontento, elabora una tipología del «*lumpenproletariado espiritual*» y sugiere que sus filas crecen con rapidez y que sus suplicios se filtran profusamente desde arriba hasta saturar capas cada vez más gruesas de la pirámide social [3].

Los afectados por el virus del «*lumpenproletariado espiritual*», viven en el presente y por el presente. Viven para sobrevivir (en la medida de lo posible), y para obtener satisfacción (tanta como puedan). Como el mundo, no es para ellos un terreno de juego local ni tampoco algo de su propiedad (al haberse liberado de las cargas de la herencia, se sienten libres, pero, en cierto sentido, desheredados, como si les hubieran robado algo o alguien les hubiera traicionado), no ven nada de malo en el hecho de explotarlo a su voluntad; para ellos, la explotación no es odiosa, en la medida que tampoco lo es robar para recuperar lo que nos han robado.

Alisado, hasta formar un presente perpetuo, y dominado por la preocupación por la supervivencia y la gratificación (*se necesita gratificación para seguir viviendo y se necesita sobrevivir para obtener más gratificación*), el mundo que habitan los «*lumpenproletarios espirituales*», no deja margen, para preocuparse por ninguna otra cosa, que por lo que pueda ser consumido y disfrutado en el acto: *aquí y ahora*. La eternidad, es evidentemente, la gran marginada en este proceso. Pero no así el infinito: mientras dura, el presente puede estirarse más allá de todo límite y dar cabida a todo aquello que antaño se esperaba experimentar únicamente en una situación de plenitud temporal. La velocidad, y no la duración, es lo que importa. A la velocidad correcta, es posible consumir toda la eternidad dentro del presente continuo de la vida terrenal. Al menos, eso es lo que los «*lumpenproletarios espirituales*» buscan y esperan conseguir. El truco consiste, en comprimir la eternidad para que pueda caber, entera, en el espacio temporal de una vida individual.

En un mundo pretérito, en el que el tiempo se movía con mucha mayor lentitud y se resistía a la aceleración, las personas intentaban salvar la angustiada distancia existente,

entre la pobreza de una vida breve y mortal y la riqueza infinita del universo eterno, mediante las esperanzas de reencarnación o de resurrección. En nuestro mundo, que no conoce ni admite límites a la aceleración, podemos desembarazarnos de tales esperanzas. Si nos movemos con la suficiente rapidez y no nos detenemos a mirar atrás, para hacer un recuento de las ganancias y las pérdidas, podemos seguir apiñando aún más vidas, en el espacio temporal, de una vida mortal.

La *vida líquida*, es una vida devoradora. Asigna al mundo y a todos sus fragmentos animados e inanimados, el papel de objetos de consumo: es decir, de objetos que pierden su utilidad (y, por consiguiente, su lustre, su atracción, su poder seductivo y su valor), en el transcurso mismo del acto de ser usados. Condiciona, además, el juicio y la evaluación de todos los fragmentos animados e inanimados del mundo ajustándolos al patrón de tales objetos de consumo.

Los objetos de consumo tienen una limitada esperanza de vida útil y, en cuanto sobrepasan ese límite, dejan de ser aptos para el consumo; como su «*aptitud para el consumo*», es la única característica que define su función, llegado ese momento ulterior, ya no son aptos en absoluto: son inútiles. Cuando dejan de ser aptos, deben ser retirados del escenario de la *vida de consumo* (es decir, destinados a la biodegradación, incinerados, confiados a las empresas de eliminación de residuos) para hacer sitio en él, a nuevos objetos de consumo aún por usar.

Para librarnos del bochorno de quedarnos rezagados, de cargar con algo con lo que nadie más querría verse, de que nos sorprendan desprevenidos, de perder el tren del progreso en lugar de subirnos a él, debemos recordar que la naturaleza de las cosas nos pide vigilancia, no lealtad. En el *mundo moderno líquido*, la lealtad es motivo de vergüenza, no de orgullo. Conéctese a su proveedor de Internet ya de buena mañana y hallará algún recordatorio de esa lisa y llana verdad en la primera de las noticias de su lista diaria: «¿Se avergüenza de su móvil? ¿Tiene un teléfono tan antiguo que le incomoda responder a una llamada en público? Actualícese con uno del que pueda presumir. La otra cara de la moneda, del imperativo de «*actualizarse*» a un móvil acorde con la moda vigente en el mercado, es obviamente, la prohibición de volver a ser visto con uno como el último al que ya se actualizara usted la última vez.

Los desechos, son el producto básico y, posiblemente, más profuso de la *sociedad moderna líquida* de consumidores: entre las industrias de la *sociedad de consumo*, la de producción de residuos es la más grande y, también, la más inmune a las crisis. Eso convierte la eliminación de residuos, en uno de los dos principales retos que la *vida líquida* ha de afrontar y abordar. El otro, es el de la amenaza de verse relegado a los desechos. En un mundo repleto de consumidores, y de los objetos del consumo de estos, la vida vacila incómoda entre las alegrías del consumo y los horrores del montón de basura. Puede, que vivir encamine siempre a los vivos hacia la muerte, pero, en una *sociedad moderna líquida*, a esos mismos vivos, puede resultarles una posibilidad y una preocupación más inmediata y más agotadora (en energía y esfuerzos), que les encamine hacia el vertedero.

Para el ciudadano, de la *sociedad moderna y líquida*, toda cena —a diferencia de la mencionada por Hamlet en su respuesta al rey sobre el paradero de Polonio— es una celebración «*donde come él*» y «*donde es comido*» [8]. Ya no existe disyuntiva entre esos dos actos. El «y» ha reemplazado al «o». En la *sociedad de los consumidores*, nadie puede eludir ser un objeto de consumo (y no sólo del consumo de los gusanos, es decir, no sólo cuando la vida del consumidor ha tocado ya a su fin).

«*Consumidores*» y «*objetos de consumo*», son los polos conceptuales de un continuo, a lo largo del cual, se distribuyen y se mueven a diario todos los miembros de la sociedad. Puede, que algunos, pasen la mayoría del tiempo especialmente próximos al polo de las mercancías, pero ningún consumidor puede estar plena y realmente seguro de no acabar cayendo (en un momento u otro), en su cercanía inmediata (demasiado «*inmediata*» como para sentirse cómodo en ella). Sólo como tales mercancías, sólo si son capaces de demostrar su propio valor de uso, pueden los consumidores acceder a la vida del consumo. En la *vida líquida*, la distinción entre consumidores y objetos de consumo, es, muy a menudo, momentánea y efímera, y siempre condicional. Podríamos decir, que la norma aquí, es la inversión de papeles, si bien incluso tal afirmación distorsiona la realidad de la vida líquida, ya que, en ella, esos dos roles se interrelacionan, se mezclan y se funden.

No está claro, cuál de los dos factores (la atracción del polo del «*consumidor*» o la repulsión del polo del «*desecho*»), constituye la fuerza motriz más poderosa de la *vida líquida*. Sin duda, ambos cooperan en dar forma a la lógica cotidiana y —fragmento a fragmento, episodio a episodio—, al itinerario de esa vida. El *miedo*, añade fuerza al *deseo* (al *Ello*). Por muy atentamente que se fije en sus objetos inmediatos, el *deseo* no puede evitar permanecer alerta —*consciente, semiconsciente o subconscientemente (inconsciente)*—, ante esa otra imponente espada que pende sobre su vigor, su determinación y su inventiva. Pero, por muy intensamente concentrada que esté su mirada en el objeto del deseo, el ojo del consumidor sólo puede vislumbrar, muy de *refilón*, el valor que el sujeto deseante tiene como mercancía. La *vida líquida*, significa un autoescrutinio, una autocrítica y una autocensura constantes. La *vida líquida*, se alimenta de la insatisfacción del *Yo*, consigo mismo.

La crítica, es autorreferencial y dirigida hacia el propio interior, como también lo es la reforma que dicha autocrítica exige y provoca. En nombre de esa reforma introspectiva y de ámbito interno, se explota, se saquea y se asola el mundo exterior. La *vida líquida* dota al mundo exterior (y, de hecho, a todo aquello que hay en el mundo y que no forma parte del *Yo*), de un valor fundamentalmente instrumental; privado o despojado de valor propio, ese mundo deriva toda su valía de su servicio a la causa de la autorreforma, y tanto él como cada uno de sus elementos, son luego juzgados en función de su aportación a la misma. Aquellas partes del mundo, no aptas para servir o que ya se han vuelto inservibles, quedan fuera del ámbito de lo relevante y, por tanto, desatendidas, o son activamente descartadas y erradicadas. Estas últimas partes, no son más que los desechos del afán autorreformador y su destino natural es el basurero. Desde la lógica de la *vida líquida*, sería irracional conservarlas; de hecho, desde dicha lógica, resulta difícil defender

(y aún menos probar), que tengan derecho propio alguno a la preservación.

Por ese motivo, la llegada de la *sociedad moderna líquida*, significó la desaparición de las utopías centradas en la sociedad y, en general, de la idea misma de la «*sociedad buena*». Si la *vida líquida*, despierta algún interés por la reforma social, es por una reforma que trata principalmente de impulsar a la sociedad, aún más tanto hacia la renuncia (una a una) de todas sus pretensiones de tener más valor propio, que el de su labor de provisión de una fuerza policial que vele por la seguridad de los «*Yóes*» autorreformadores, como hacia la aceptación y la consolidación de un principio de compensación (la versión política de la «*garantía de devolución del importe de compra*»), en caso de que la labor policial falle o se considere inadecuada. Incluso, la nueva preocupación por los temas medioambientales, debe su popularidad, a la extendida percepción de la existencia de una conexión entre el mal uso predatorio de los recursos comunes del planeta, y la amenaza que ello podría suponer, para el desarrollo fluido de las actividades egocéntricas de la *vida líquida*.

Se trata, de una tendencia autosostenida y autorreforzada. El énfasis en la autorreforma se autopropetúa, como también lo hace el desinterés por (y la desatención hacia), los aspectos de la vida común, que se resisten a una conversión completa e inmediata a los objetivos de la autorreforma. La nula atención prestada, a las condiciones de la vida en común, impide la posibilidad de renegociar el marco que hace que la vida individual sea *líquida*. El éxito en la búsqueda de la felicidad —finalidad ostensible y motivo primordial de la vida individual— sigue viéndose obstaculizado por la propia forma en la que se realiza esa búsqueda (la única forma, de hecho, en la que se puede llevar a cabo en el marco moderno líquido). La infelicidad resultante, añade motivación y vigor a una política de la vida de claros tintes egocéntricos; su efecto último, es la perpetuación de la *liquidez de la vida*. La sociedad moderna y la *vida líquida*, se hallan atrapadas en una especie de móvil perpetuo.

Una vez puesto en movimiento, un móvil perpetuo, no deja nunca de rotar sobre sí mismo. Las posibilidades de que el movimiento perpetuo se detenga, ya de por sí escasas, dada la naturaleza del artilugio, se ven aún más reducidas por la asombrosa capacidad que esta particular versión de mecanismo autoimpulsado tiene para absorber y asimilar las tensiones y las fricciones que genera (y para aprovecharlas en su propio beneficio). En realidad, al tiempo que se beneficia de la demanda de alivios o de remedios que tales tensiones incitan, consigue utilizarlas como combustible de alto octanaje con el que mantener sus motores a pleno rendimiento.

Una de las respuestas, habituales a una conducta incorrecta (por inapropiada para una finalidad aceptada, o por producir resultados indeseables), es la educación o la reeducación: inculcar en los alumnos nuevas clases de motivos, desarrollar en ellos propensiones diferentes y formarlos en el empleo de nuevas *habilidades*. El objeto de la educación, en tales casos, es rebatir el impacto de la experiencia cotidiana, contraatacar y, al final, desafiar las presiones procedentes del entorno social en el que actúan las personas receptoras de esa educación. *¿Pero serán suficientemente buenos la educación y los*

educadores? ¿Podrán resistir la presión? ¿Conseguirán evitar ser reclutados al servicio de las mismas presiones que supuestamente deben desafiar? Estas son preguntas, que se han venido formulando desde muy antiguo, y que la realidad de la vida social se ha encargado de responder negativamente de manera reiterada, pero que, no obstante, resucitan —incólumes las fuerzas—, tras cada sucesiva calamidad. Las esperanzas de utilizar la educación como cuña suficientemente potente como para desestabilizar y, finalmente, eliminar las presiones de los «*hechos sociales*» parecen ser tan inmortales como vulnerables.

En 1989, Richard Rorty, mencionó como metas deseables y realizables para los educadores, las tareas de «*provocar a los jóvenes*» y de «*infundir dudas en los alumnos acerca de la imagen que tienen de sí mismos y acerca de la sociedad a la que pertenecen*» [4]. No todas las personas, que se dedican al papel de educadores, son igual de propensas a aceptar el reto y a adoptar esos objetivos como propios; los despachos y los pasillos de los centros académicos están llenos de dos clases de personas: están las «*ocupadas en ajustarse a criterios bien definidos a la hora de contribuir al conocimiento*» y las que tratan «*de expandir su propia imaginación moral*» y leen libros «*para ampliar su noción de lo que es posible y de lo que es importante, tanto para ellas mismas en cuanto individuos como para su sociedad*».

El llamamiento de Rorty, va dirigido, a ese segundo grupo de personas, ya que es en ellas, en las únicas en las que cifra sus esperanzas. Y es bien consciente de las condiciones enormemente adversas contra las que el profesor dispuesto a responder a esa llamada tendrá que batallar. «*No podemos decirles a los consejos de administración, a las comisiones de gobierno y a los demás organismos rectores de las instituciones académicas, que nuestra función consiste en remover conciencias, en hacer que nuestra sociedad se sienta culpable, en mantenerla en un cierto desequilibrio*», ni que la educación superior «*tampoco consiste en inculcar o deducir la verdad, sino en incitar la duda y en estimular la imaginación, cuestionando con ello el consenso reinante*» (5).

Entre la retórica pública y la noción de misión intelectual, existe una tensión que «*hace al mundo académico en general, y a los intelectuales humanistas en particular, vulnerables a los cazadores de herejías*». Dado que los mensajes opuestos, de los promotores de la conformidad están fuertemente respaldados por la *doxa* dominante, y por la evidencia diaria de la experiencia del sentido común, podríamos añadir, que la mencionada tensión, también convierte a los «*intelectuales humanistas*» en presa fácil de los defensores del fin de la historia, la elección racional, las políticas que niegan la posibilidad de otra vida alternativa, y demás fórmulas que tratan de capturar y transmitir el supuesto ímpetu actual de una dinámica social aparentemente invencible. La situación, se presta así, a que a los primeros se les acuse de falta de realismo, de utopismo, de confundir el deseo con la realidad, de soñar despiertos y, por si fuera poco (en una odiosa inversión de la verdad ética), de irresponsabilidad.

Las probabilidades adversas pueden ser abrumadoras, pero, aun así, no se conoce en una sociedad democrática (o, como Cornelius Castoriadis diría, autónoma), sustituto alguno a la educación o a la autoeducación, como medios con los que influir en el curso

de los acontecimientos, que pueda ser conciliado con su propia naturaleza, del mismo modo que esa naturaleza no puede ser conservada mucho tiempo sin una *«pedagogía crítica»*, es decir, sin una educación que afle su punta crítica, que haga «que la sociedad se sienta culpable» y que «remueva las cosas» removiendo las conciencias humanas. Las suertes de la libertad, de la democracia que la hace posible (y que es posible, a su vez, gracias a esa libertad), y de la educación que alimenta la insatisfacción con el nivel de libertad y de democracia alcanzados hasta ese momento, están, inextricablemente ligadas, y no pueden desvincularse. Habrá quien vea, en esa estrecha conexión, un nuevo ejemplo de *círculo vicioso*, pero las esperanzas y las posibilidades de la humanidad, están inscritas dentro de dicho círculo y no pueden estarlo dentro de ningún otro.

Consumidores en la *sociedad moderna líquida*

La *sociedad de consumo*, justifica su existencia con la promesa de satisfacer los deseos humanos, como ninguna otra sociedad pasada logró hacerlo, o pudo siquiera soñar con hacerlo. Sin embargo, esa promesa de satisfacción, sólo puede resultar seductora en la medida en que el deseo permanece insatisfecho o, lo que aún es más importante, en la medida en que se sospecha que ese deseo no ha quedado plena y verdaderamente satisfecho. Si se fijaran unas expectativas bajas a fin de asegurarse un fácil acceso a los productos que puedan colmarlas, o si se creyera en la existencia de unos límites objetivos a unos deseos *«auténticos»* y *«realistas»*, sería el fin de la sociedad, la industria y los mercados de consumo. Precisamente, la no satisfacción de los deseos y la firme y eterna creencia en que cada acto destinado a satisfacerlos, deja mucho que desear y es mejorable, son el eje del motor de la economía orientada al consumidor.

La *sociedad de consumo*, consigue hacer permanente esa *insatisfacción*. Una de las formas que tiene de lograr tal efecto, es denigrando y devaluando los productos de consumo poco después de que hayan sido promocionados a *bombo y platillo* en el universo de los deseos del consumidor. Pero hay otra vía (más eficaz todavía), oculta de la atención pública: el método de satisfacer cada necesidad/deseo/carencia de manera que sólo pueda dar pie a nuevas necesidades/deseos/carencias. Lo que empieza como una necesidad, debe convertirse en una *compulsión* o en una *adicción*. Y en eso se acaba transformando, gracias a que el impulso de buscar en los comercios (y sólo en los comercios) soluciones a los problemas y alivio para el dolor y la ansiedad es un aspecto de la conducta cuya materialización en hábito no sólo está permitida, sino que es activa y vehementemente alentada.

Pero también, deviene una *compulsión* por otro motivo. Como el ya fallecido Ivan Illich mostró en su momento, la mayoría de las dolencias que reclaman tratamiento médico en la actualidad son enfermedades *«iatrogénicas»*, es decir, afecciones patológicas causadas por terapias pasadas: el *«residuo»*, por así decirlo, de la industria médica. Pero, esa es una tendencia fácilmente apreciable también, en la industria de consumo en general. Hazel Curry, ofreció recientemente un excelente ejemplo de una tendencia universal: la profesión médica ha detectado auténticas epidemias de *«piel irritable»*, que se han extendido a un ritmo vertiginoso y que, hasta el momento, han afectado ya a un 53% de

los occidentales. Sólo algunos de esos casos, pueden ser atribuidos al fenómeno (genéticamente determinado) de la llamada «*piel sensible*». La mayoría, sin embargo, son casos de *piel sensibilizada*, es decir, de una piel que se ha vuelto sensible «*por influencia de un severo régimen de cuidado de la piel*».

Para que la búsqueda de realización personal no se detenga, y para que las nuevas promesas sigan resultando seductoras y contagiosas, hay que romper las que se hayan hecho anteriormente y hay que frustrar las esperanzas de realización. Para un adecuado funcionamiento de la *sociedad de consumidores*, es condición *sine qua non*, que, entre las creencias populares y las realidades de los consumidores, se extienda un ámbito de hipocresía. Toda promesa debe ser engañosa o, cuando menos, exagerada para que prosiga la búsqueda. Sin esa *frustración reiterada de deseos*, la demanda de los consumidores podría agotarse rápidamente y la economía orientada al consumidor perdería fuelle. Es el excedente, resultante de la suma total de promesas, el que neutraliza la frustración causada por el exceso de cada una de ellas, y el que impide que la acumulación de experiencias frustrantes mine la confianza en la eficacia final de la búsqueda.

El *consumismo* es, por ese motivo, una *economía de engaño*, exceso y desperdicio. Pero el engaño, el exceso y el desperdicio, no son síntomas de su mal funcionamiento, sino garantía de su salud y el único régimen bajo el que se puede asegurar la supervivencia de una *sociedad de consumidores*. El amontonamiento de expectativas truncadas, viene acompañado paralelamente, de montañas cada vez más altas de artículos arrojados a la basura, productos de ofertas anteriores con los que los consumidores habían esperado en algún momento satisfacer sus deseos (o con los que se les había prometido que podrían satisfacerlos). El índice de mortalidad de las expectativas es elevado y, en una *sociedad de consumo* que funcione adecuadamente, debe mantener una progresión ascendente constante. La expectativa de vida de las esperanzas es mínima, y sólo una tasa de fertilidad desmesuradamente alta, puede evitar que se consuman y se apaguen. Para mantener vivas las expectativas y para que las nuevas esperanzas ocupen enseguida el vacío dejado por las ya desacreditadas y descartadas, el trecho desde el comercio hasta el cubo de basura debe ser corto y la transición muy rápida.

La vida consumidora

Todos los seres humanos son, y siempre han sido, consumidores, y el interés humano por consumir no es nuevo. Precede, sin duda, a la llegada de la versión «*líquida*» de la modernidad. Es fácil hallar antecedentes, en momentos históricos muy anteriores al nacimiento del consumismo contemporáneo. Resulta a todas luces insuficiente y, en definitiva, engañoso, pues, analizar simplemente la lógica del consumo (desde siempre, una actividad exclusivamente individual y solitaria, incluso cuando se realiza en compañía), para explicar el fenómeno del consumidor actual. Hay que centrarse, sin embargo, en la que sí constituye una auténtica novedad, de naturaleza primordialmente social y, sólo en segundo término, psicológica o conductual: el consumo que se lleva a cabo en el contexto de una *sociedad de consumidores*.

Una *sociedad de consumidores*, es «*mayor que la suma de sus partes*». Se trata de una sociedad que (empleando una antigua noción que llegó a hacerse popular en cierto momento por influencia de Althusser), «*interpela*» a sus miembros fundamentalmente (o, quizás incluso, exclusivamente), en cuanto consumidores, y que juzga y evalúa a sus miembros, sobre todo, por sus capacidades y su conducta con relación al consumo.

Hablar, de una «*sociedad de consumidores*» es más, mucho más, que verbalizar una observación tan trivial como que sus miembros hallan placer en el hecho de consumir y que, en un intento de ampliar sus placeres, dedican gran parte de su tiempo y de sus esfuerzos a esa tarea consumidora. Significa decir, además, que la percepción y el tratamiento de la práctica totalidad de las partes del escenario social y de las acciones que estas evocan y enmarcan tienden a estar guiadas por un «*síndrome consumista*» en las predisposiciones cognitivas y evaluadoras. Así, la «*política de la vida*» (en que quedan comprendidas tanto la «*Política*» con mayúsculas como la naturaleza de las relaciones interpersonales), tiende a ser reconfigurada a imagen y semejanza de los medios, y de los objetos de consumo y siguiendo las líneas implícitas en ese *síndrome consumista*.

Este síndrome, implica más, mucho más, que una mera fascinación por los placeres de ingerir y digerir, por las *sensaciones placenteras* sin más y por el «*divertirse*» o el «*pasarla bien*». Se trata, de un auténtico síndrome: un cúmulo de actitudes y estrategias, disposiciones cognitivas, juicios y prejuicios de valor, supuestos explícitos y tácitos sobre el funcionamiento del mundo y sobre cómo desenvolverse en él, imágenes de la felicidad y maneras de alcanzarla, preferencias de valor y (evocando el término de Alfred Schütz) «*relevancias temáticas*», todas ellas variopintas, pero estrechamente interrelacionadas.

El elemento fundamental, que separa más drásticamente el *síndrome consumista* de su predecesor productivista —el que reúne el conjunto de los múltiples impulsos, intuiciones y proclividades diferentes que contiene, y eleva toda esa agregación a la categoría de programa coherente de vida—, parece radicar, en la inversión de valores asociados respectivamente a la duración y a la fugacidad. El *síndrome consumista* consiste, por encima de todo, en una negación enfática tanto del carácter virtuoso de la dilación, como de la corrección y conveniencia del aplazamiento de la satisfacción, dos pilares axiológicos de la sociedad de productores regida por el síndrome productivista.

En la jerarquía heredada de valores reconocidos, el «*síndrome consumista*», ha degradado a la duración y ha ascendido a la fugacidad. Ha situado el valor de la novedad por encima del de lo perdurable. Ha acortado considerablemente no sólo el lapso temporal que separa el querer del obtener (como muchos observadores, inspirados o llamados a engaño por las agencias de crédito, han sugerido), sino también el que media entre el nacimiento de la necesidad y su desaparición. Del mismo modo, ha estrechado el intervalo transcurrido entre el momento en que una posesión o pertenencia resulta útil y deseable y aquel otro en el que se vuelve inútil y es motivo de rechazo. Ha hecho que la apropiación, seguida de una rápida eliminación de los residuos, ocupen el lugar de las pertenencias y el disfrute duraderos entre los objetos del deseo humano.

El *síndrome consumista* hace también que las precauciones frente a la posibilidad de que las cosas (animadas o inanimadas), duren más de lo debido, ocupen el lugar que los apegos y los compromisos a largo plazo (por no decir interminables) ocupaban entre las inquietudes y las preocupaciones humanas. El «*síndrome consumista*», exalta la rapidez, el exceso y el desperdicio.

Los consumidores, hechos y derechos, no tienen remilgos a la hora de tirar cosas a la basura, sino que aceptan con ecuanimidad, la breve vida útil de las cosas y su predeterminada desaparición; a veces, incluso, con un deleite apenas disimulado. Los expertos más capaces e ingeniosos en el arte consumista, saben cómo alegrarse por deshacerse de cosas que han superado su fecha máxima de consumo preferente (léase: de disfrute preferente). Para los maestros del arte consumista, el valor de todo objeto radica en sus virtudes y en sus limitaciones a partes iguales: tanto sus defectos ya conocidos como aquellos que todavía están (inevitablemente) por descubrir, prometen una renovación y un rejuvenecimiento inmediatos, nuevas aventuras, nuevas sensaciones, nuevas alegrías. En una *sociedad de consumidores*, la perfección (suponiendo que esta sea una noción que se tenga todavía en pie), sólo podría ser la cualidad colectiva de una masa, de una multitud de objetos de deseo; cualquiera que sea el anhelo de perfección que aún entretemos, hoy en día, ya no aspira tanto a mejorar las cosas como a que abunden profusamente.

Y por eso, repito, la *sociedad de consumo* no puede ser más que una sociedad de exceso y derroche (y, por tanto, llena de superfluidad y pródiga en gasto). Cuanto más fluidos son sus contextos vitales, más necesitan los actores, objetos de consumo potencial con los que cubrir sus apuestas y asegurar sus acciones frente a los infortunios del destino (rebautizados en la jerga sociobiológica como «*consecuencias imprevistas*»). Sin embargo, el exceso no hace más que aumentar la incertidumbre decisoria que, inicialmente, se esperaba que aquel aboliera o que, al menos, ayudara a atenuar o a desactivar. De ahí que el exceso nunca sea suficientemente excesivo. La vida de los consumidores, es una sucesión infinita de ensayos y errores. La suya es una vida de experimentación continua que, sin embargo, no alcanza nunca, ese *experimentum crucis*, que les conduciría a un territorio de certeza fielmente cartografiado y señalizado.

La *vida consumidora*, es como un juego de la oca: los caminos que llevan de lo más bajo a lo más alto (y, aún más, los que llevan desde lo más alto a lo más bajo), son estrechamente cortos. Las subidas y las caídas se producen a la velocidad de un lanzamiento de dados y ocurren sin apenas previo aviso. La fama, alcanza pronto su punto de ebullición y empieza enseguida a evaporarse; una persona de gran belleza puede estar viviendo sin techo y durmiendo míseramente debajo de un puente sin que haya forma de saber lo bella que es hasta que algún cazatalentos con ojo de lince la localiza y lo proclama a los cuatro vientos: la moda que es obligado vestir (o con la que es obligado que nos vean) en un momento determinado se vuelve anticuada en menos tiempo del que tardamos en repasar el contenido de nuestro guardarropa y lo mismo sucede (más exagerado, si cabe) cuando nos decidimos a cambiar nuestra moqueta por parquet.

En las revistas de estilo, que marcan tendencia, los artículos dedicados a las

«novedades» o a «lo que se lleva» (tanto lo que debe usted tener y hacer como aquello con lo que, al mismo tiempo, se le debe ver), aparecen justo al lado de reportajes sobre «lo que ya no se lleva» (lo que no debe usted tener ni hacer, y con lo que tampoco se le debe ya ver). La información, sobre las últimas novedades, viene en el mismo paquete que las noticias sobre los últimos artículos enviados al cubo de la basura, pero esa segunda parte del lote, aumenta de tamaño, con cada nuevo número de la revista.

La extensión de pautas de consumo, tiene una amplitud tal, que abarca todos los aspectos y las actividades de la vida, originando un *efecto secundario*, involuntario e imprevisto, de la *omnipresente* y penetrante «*mercantilización*» de los procesos vitales. El mercado, se introduce en áreas de la vida, que se habían mantenido fuera del dominio de los intercambios monetarios hasta fecha reciente, y que no quedaban registrados en las estadísticas del PIB. En cuanto alcanza territorios hasta entonces vírgenes, arrincona todos los demás motivos y criterios de decisión que resulten «*ajenos al espíritu del mercado de bienes y servicios*». En palabras de Naomi Klein, el mercado, alimenta su «*avidez insaciable de crecimiento [...] redefiniendo como “productos” sectores enteros que anteriormente eran considerados parte del “dominio público” y no susceptibles de compraventa*» [6].

El mercado, ejerce actualmente, de mediador en las tediosas actividades que intervienen en la formación y la finalización de las relaciones interpersonales, como son el unirse y el desunirse con otra persona, el vincularse y el desvincularse de ella, el salir con alguien y el borrar luego su nombre de la agenda del móvil, etc. Influye en las relaciones interhumanas, tanto en el trabajo como en casa, tanto en público como en los espacios privados más íntimos. Reformula y reestructura los destinos y los itinerarios de las actividades vitales de manera que ninguno de ellos evite el paso por los centros comerciales. Narra el proceso de la vida, como una sucesión de problemas eminentemente «*resolubles*» que, no obstante, precisan (y sólo pueden), ser solucionados por medio de instrumentos que sólo están disponibles en las estanterías de los comercios. Ofrece atajos tecnológicos, a la venta en las tiendas, para alcanzar objetivos que antaño eran básicamente accesibles, recurriendo a las aptitudes personales, a la propia personalidad, a la cooperación amistosa y a las negociaciones cordiales.

El mercado, suministra artilugios y servicios sin los que, en ausencia de *habilidades sociales*, la vida en sociedad, la vida con otros, la «*relación con*» otras personas y la construcción de un *modus co-vivendi* duradero, supondrían tareas desalentadoras, incomprendibles e, incluso, prohibidas para un número creciente de personas. El mercado, proyecta la sombra gigante del consumismo sobre el conjunto. Lebenswelt, subraya implacablemente el mensaje, de que todo es o podría ser una mercancía, o, si todavía no lo es, debería ser tratado como tal; dando a entender que es mejor que las cosas sean «*como mercancías*» y que deberíamos sospechar de ellas (o, más aún, rechazarlas o evitarlas desde el principio) si se resisten a caer dentro del patrón de los objetos de consumo.

Los bienes de consumo actuales, prometen no convertirse en intrusos ni en un aburrimiento. Nos envían el *tranquilizador mensaje*, de que nos lo deben todo sin que nosotros les debamos nada a ellos. Prometen estar preparados para su uso inmediato, y

para ofrecer una satisfacción instantánea, sin que sea preciso por nuestra parte un entrenamiento ni un ahorro prolongados: nos complacen sin demora. Se comprometen también a aceptar su inevitable caída en desgracia futura y marcharse en silencio, sin reproches, sin acritud y sin rencor, cuando llegue su hora.

De todo ello, se desprende, que otro de los atributos necesarios del «*objeto de consumo*» es una especie de codicilo añadido a su certificado de nacimiento en el que se puede leer (en letra pequeña, pero clara y tranquilizadamente legible): «destino final: cubo de la basura», Los desperdicios son los productos finales de toda acción del consumidor. La actual percepción del orden de las cosas es justamente la inversa de la que se tenía en la ya pasada sociedad de productores. Entonces era lo útil —extraído de la materia prima adecuadamente reprocesada— lo que se suponía que tenía que ser sólido y duradero, mientras que los residuos y los desechos sobrantes estaban destinados a la eliminación inmediata y al olvido. Hoy, le ha llegado el turno a lo útil de ser fugaz, volátil y efímero (de dejar despejado el terreno para la siguiente generación de productos útiles). Sólo los residuos tienden (por desgracia) a ser sólidos y perdurables. «*Solidez*», es hoy, sinónimo de «*desperdicio*». El *mercado de consumo*, es una versión (mutante, todo sea dicho), del sueño del *Rey Midas* hecho realidad en pleno siglo XXI. Todo lo que ese mercado toca, se convierte en un artículo de consumo, incluidas las cosas, que tratan de escapar a su control e, incluso, los medios empleados para esos intentos de escape.

El cuerpo consumidor

En una de las innumerables ediciones de su programa radiofónico *Letter from America*, el ya fallecido Alistair Cooke señalaba que, aunque las listas de *best sellers* en Estados Unidos suelen cambiar cada semana, hay dos clases de libros que aparecen invariablemente en todas ellas: los de cocina (en los que se ofrecen recetas de platos cada vez más refinados, deliciosos y tentadores) y los manuales para adelgazar (que prometen dietas cada vez más infalibles y unos cuerpos sin grasa, esbeltos y hermosos).

En un comentario ampliado, del problema de *doble personalidad*, que esa contradictoria combinación de demandas del público, pone a todas luces de manifiesto. «*Podemos imaginarnos el cuerpo*», escribió Bryan Turner, desarrollando una idea de Oliver Sachs, «*como una potencialidad que es luego elaborada por la cultura y desarrollada a través de las relaciones sociales*». Esta es una afirmación de validez universal; pretende ser (y es) aplicable a todas las culturas y a todas las sociedades. En nuestra cultura y nuestras *sociedades modernas líquidas*, sin embargo, la «*elaboración*» y el «*desarrollo*» del «*cuerpo como potencialidad*», han tomado un nuevo giro. En palabras de Chris Shilling, este se ha debido a la confluencia de dos tendencias en apariencia contradictorias: «*Ahora disponemos de los medios, para ejercer un grado de control sin precedentes sobre nuestros cuerpos, pero, al mismo tiempo, vivimos en una época en la que se han puesto radicalmente en duda nuestros conocimientos, sobre lo que son los cuerpos y sobre cómo deberíamos controlarlos*» [7]. Esto, a su vez, no es más que la aseveración de una verdad aparentemente obvia y manifiesta, que nos resulta aún más creíble gracias a los sobrados recordatorios de la misma, que nos proporciona nuestra vida diaria.

El consenso general (o casi general), sobre el que descansa la confianza del público en la veracidad de esa afirmación, debería servir, sin embargo, para ponernos alerta, agudizar nuestra vigilancia y llevarnos a examinarla con más detalle. Por norma, difícilmente puede una creencia gozar de una aprobación próxima al consenso si no es porque tal aprobación ha sido separada de la prueba de la verdad y transferida a un discurso que la hace independiente de los resultados de tal prueba.

Preguntémosnos, entonces: ¿somos hoy realmente capaces de controlar nuestros cuerpos más a fondo que nunca? ¿O se reduce todo simplemente a que, tras habernos sido inculcado como un deber obligatorio, inquebrantable e inalienable, ese control sobre nuestro cuerpo ocupa ahora un espacio entre nuestras preocupaciones (y, por tanto, consume una proporción de nuestras energías) mayor que nunca antes? ¿Y de verdad nos sentimos hoy menos seguros de «*lo que son nuestros cuerpos*» y de «*cómo deberíamos controlarlos*» que, en tiempos pasados, y, del mismo modo, no estamos seguros de los criterios conforme a los que tiene que evaluarse la situación de nuestros cuerpos ni de los pasos que hay que tomar para acercarlos a «lo que deberían ser»?

Hilando aún más fino, ¿ha ampliado realmente la nueva situación el ámbito de libertad individual existente, abriendo para «*nosotros*» en conjunto y para cada uno de «*nosotros*» por separado, una gama más extensa de opciones y debilitando la red de lazos en la que la convención social mantenía atrapado al cuerpo? ¿O sólo lo parece, dado que los viejos vínculos están siendo sustituidos por otros completamente nuevos que no son menos opresivos que los anteriores? ¿Acaso, la impresión de una libertad ampliada no es más que una pátina que cubre lo que, en realidad, es un conjunto modificado de necesidades? ¿No es cierto que la toma perpetua de decisiones casi nunca definitivas, en ningún caso, irrevocables (y la revisión y el rechazo constantes de decisiones tomadas anteriormente y la necesidad de reemplazar sus efectos con nuevas decisiones) se ha convertido en algo obligatorio e ineludible, que ya no puede ser ignorado ni, aún menos, rechazado? En definitiva, ¿cómo se equilibran la libertad y la represión en el derecho/deber de control individual sobre los cuerpos individuales?

Casi todo aquello, que la sociedad de productores consideraba una virtud en el cuerpo de un productor, sería hoy visto por la *sociedad de consumidores*, como algo contra-productivo y, por consiguiente, deplorable en el cuerpo de un consumidor (el cuerpo consumidor). Este segundo tipo de cuerpo, difiere por completo del primero, porque es un valor final en sí (o un valor de destino), en lugar de ser portador de una significación meramente instrumental. El cuerpo consumidor (o del consumidor), es «*autotélico*», ya que constituye por sí mismo, su propia finalidad y valor. En la *sociedad de consumidores*, resulta ser, además, el valor definitivo. Su bienestar, pues, es el principal objetivo de todas y cada una de las actividades de la vida, así como la prueba y el criterio finales de utilidad, adecuación y conveniencia aplicables al resto del mundo humano y de cualquiera de sus elementos.

El cuerpo del consumidor, pues, tiende a ser una fuente particularmente prolífica de *ansiedad perpetua*, agravada por la ausencia de desembocaderos establecidos y fiables,

que permitan siquiera aliviarla (para cuánto más, desactivarla o disiparla). No es de extrañar, entonces, que la *ansiedad* que rodea al cuidado del cuerpo sea, para los expertos en *marketing*, una fuente potencialmente inagotable de ganancias. La promesa de reducción o eliminación de esa *ansiedad*, es la oferta más tentadora, buscada y agradecidamente aceptada, que propone el mercado de consumo como respuesta a la fuente más duradera y fiable de demanda popular de artículos de consumo. Pero para que nunca falten consumidores en la *sociedad de consumo*, esa *ansiedad* -contraviniendo flagrantemente las explícitas y vociferantes promesas del mercado-, necesita ser constantemente revigorizada y periódicamente alentada e incitada, o, cuando menos, estimulada. Los *mercados de consumo*, se nutren, de la *ansiedad* de los consumidores potenciales, una *ansiedad*, que, esos mismos mercados, avivan y se encargan por todos los medios de intensificar.

Como ya se ha mencionado, contrariamente a las promesas declaradas (y creídas por muchos), de los anuncios publicitarios, el consumismo no gira en torno a la satisfacción de deseos, sino a la incitación del deseo de deseos siempre nuevos (con preferencia, de aquellos que, en principio, sean imposibles de saciar). Para el consumidor, un deseo satisfecho debería resultar así tan placentero y excitante como una flor marchita o una botella de plástico vacía; para el *mercado de consumo*, por su parte, un deseo satisfecho significaría igualmente un presagio de catástrofe inminente. La mejor forma de imaginarse al «*consumidor ideal*», que persigue el *mercado de consumo*, es como una especie de fábrica, funcionando a pleno rendimiento las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana, para garantizar una sucesión ininterrumpida de deseos efímeros, puntuales y esencialmente desechables. Para que ese «*ciclo del deseo*» rote más deprisa, el mercado ofrece un volumen continuamente creciente de *habilidades y conocimientos* y diseña un número cada vez mayor de artilugios para ponerlos en práctica. Así se entiende, la respuesta que dio Chris St. George, un respetadísimo asesor en temas de fitness, que trabaja en uno de los establecimientos del ramo más conocidos de Londres, a un hombre que se quejaba, de que le gustaba comer bien, pero no podía compatibilizar ese impulso con la tarea de mantener su línea a raya: «*venga a hacer ejercicio al gimnasio con más frecuencia y acelerará su metabolismo*».

Algo que le ayudará, a hacerse una mejor idea de lo que es un consumidor centrado en (y fascinado por) su cuerpo, es imaginarse a usted mismo siendo un músico que toca un instrumento para su propio placer privado, sin compartirlo con nadie, y de cuyas dulces y relajantes (o excitantes y embriagadoras) notas, es el único oyente. Imaginar algo así es fácil, ya que no deja de ser una experiencia que muchas personas han vivido o han observado. El problema, sin embargo, es que el desafío al que se enfrentan los consumidores ya avezados, no se detiene ahí. Los instrumentos, que dichos clientes son exhortados a tocar, para producir las agradables melodías que se les promete disfrutar, son ellos mismos. Para expresar y consumir las sensaciones placenteras que se espera que produzcan sus cuerpos, se les adoctrina para que aparezcan simultáneamente en tres papeles distintos: el del intérprete, el del oyente y el del instrumento. De ellos se espera que sincronicen, fusionen y mezclen los tres papeles (y a ello se les induce), pero los objetos de sus esfuerzos, se niegan obstinadamente, a aceptar o a mantener un equilibrio mutuo mínimamente duradero y completamente satisfactorio.

El más desconcertante e inquietante, de los muchos retos, es el nada agradable régimen al que su cuerpo —herramienta con la que han de forjarse las sensaciones placenteras— tiene que someterse para dar continuidad a la producción. Después de que a su cuerpo (en calidad de herramienta productora de placer), se le haya administrado una consistente dosis de ese régimen, mucho tendrá que rezar usted para que ese mismo cuerpo —ahora en su vertiente de conocedor de sensaciones— esté todavía listo para servir de recipiente jovial, hábil, eficiente y agradecido de los placeres por venir. En el lenguaje común, la capacidad del cuerpo para producir los placeres que quizás (sólo quizás) sea luego capaz de disfrutar se engloba bajo el vocablo *fitness* (forma física). El problema, sin embargo, es que, muchas veces, acaba resultando incompatible el hecho de llevar el cuerpo a ese estado de forma física con la finalidad que se pretendía conseguir con tal estado de forma.

El *fitness*, es para un consumidor de la *sociedad de consumidores*, lo que la «salud» era para el productor de la sociedad de productores. Constituye un certificado de «estancia», de pertenencia, de inclusión, de derecho de residencia. La «forma física», como la «salud», se refieren, a un estado del cuerpo, pero uno y otro concepto, invocan aspectos muy distintos de ese estado. El ideal del *fitness*, trata de plasmar las funciones del cuerpo entendiéndolo como, sobre todo, un receptor/transmisor de sensaciones. Alude a su capacidad absorbente, al grado en que está sintonizado con los deleites que se le ofrecen o pueden pronto ofrecérselo, es decir, con placeres conocidos, desconocidos, todavía por inventar, aún no imaginados o inimaginables en ese momento, pero que serán ideados tarde o temprano. En ese sentido, la «forma física», no conoce límite superior alguno; lo que la define es, precisamente, la ausencia de tal límite o, mejor dicho, lo inadmisibile del mismo. Por muy en forma que esté su cuerpo, siempre podría estar más en forma.

Por muy en forma que esté en ese momento, usted siempre apreciará, en mayor o menor grado, una enojosa «falta de forma» (entremezclada, revelada o adivinada), cuando compare lo que ha experimentado con los placeres sugeridos por los rumores y las imágenes de gozo de otras personas, gozo que usted no ha vivido todavía y que sólo puede imaginar o soñar. Cuando se busca la *plenitud de forma*, a diferencia de la *buena salud*, no existe un punto en el que se pueda decir: «ahora que la he alcanzado, ya puedo parar y conservar y disfrutar la que tengo». No existe un «estado normal» de forma física al que se pueda aspirar y que se pueda lograr finalmente. La lucha por la forma física, es una *compulsión*, que enseguida se convierte en *adicción*. Por tanto, nunca termina. A cada dosis, tiene que seguir otra mayor. Cada hito que se consigue, no es más que un paso más, en una larga sucesión de pasos ya dados o todavía por dar.

Complicando aún más las cosas, si cabe, está el hecho de que este, no es exclusivamente un problema de desmedido apetito de *fitness*, ni de desconocimiento de cuáles deben ser los «niveles adecuados de forma física». Si fuese así, como todo apetito, podría ser —con el debido esfuerzo— dominado y rebajado, y toda información de la que no se dispusiera podría ser debidamente obtenida. Si, por el contrario, la noción de *fitness* alude a sensaciones del cuerpo, a hechos experimentados y vividos subjetivamente, resultará

imposible saber si el grado alcanzado de forma física corporal ha sido realmente satisfactorio, puesto que no hay (ni puede haber) un baremo «objetivo», evaluado de forma externa y comunicable interpersonalmente, por el que tal grado pueda ser medido. Luchar por la forma física significa ir a una guerra sin batalla final a la vista y sin posibilidad de victoria definitiva seguida de un armisticio, una desmovilización y unos «dividendos de la paz». Cuando no se fija una cota, es evidente que no existe modo alguno de conocer lo alejado que se está de ella ni cuánto más habrá que luchar para alcanzarla, Esa incertidumbre es inamovible. No desaparecerá a menos que usted arroje la toalla, renuncie a toda esperanza de victoria y deje de intentarlo. Quizás, la única escapatoria que le quede sea entrar, en *Adictos al Fitness Anónimos*.

Dado que el ideal, de la forma física, sólo ofrece instrucciones generales vagas e inciertas sobre lo que se ha de hacer y lo que conviene evitar, y dado que nunca se puede estar seguro de que tales instrucciones no cambiarán o, incluso, de que no serán revocadas antes de que puedan ponerse plenamente en práctica, luchar por la forma física significa no descansar nunca, o, por lo menos, no tener nunca la sensación de descansar con la conciencia limpia y sin aprensión. La persona dedicada a la causa del *fitness corporal*, está en constante movimiento. Siempre debe estar cambiando y atenta a nuevos cambios. El latiguillo de nuestro tiempo es la «flexibilidad»: toda forma debe ser maleable, toda situación debe ser temporal y toda figura debe ser reconfigurable. Esa clase de re-formación, *obsesiva y adictiva*, constituye tanto un deber como una necesidad. Para la *sociedad de consumidores* —y para el mercado de consumo en el que aquella se cimienta y del que obtiene su fuerza motriz—, ésta, es una circunstancia afortunada: de hecho, supone su garantía de supervivencia.

La grasa (o la gordura), condensa y mezcla, como casi ningún otro fenómeno, los miedos que emanan de la mal cartografiada «tierra de frontera», que se extiende entre el cuerpo del consumidor y el mundo exterior, repleto de peligros catastróficos tanto como de tentaciones irresistibles. Por su singular estatus, hasta un breve y somero examen fenomenológico del «fenómeno grasa», puede darnos una idea muy aproximada, de la ambivalencia intrínseca a la condición de consumidor.

En el fondo, la grasa corporal representa una pesadilla hecha realidad. El peso que usted gana en gramos y su ancho de cintura que adquiere en centímetros, le alertan de una horripilante verdad: toda esa trabajosa fortificación de la frontera/interfaz entre el mundo y su cuerpo no ha servido de nada, ya que las fuerzas enemigas han penetrado en las líneas defensivas y han invadido el territorio defendido. Aún peor, las fuerzas invasoras se han asentado en el territorio conquistado, han erigido guarniciones propias dentro de su cuerpo y se han hecho cargo de la administración de las tierras ocupadas. La «grasa corporal», equivale a una invasión foránea o a una «quinta columna» (o, más concretamente, a la reencarnación más reciente de esta última: a unas células terroristas).

La grasa corporal, hace las veces, de unos agentes enemigos que han penetrado en el territorio propio y están listos para lanzar una ofensiva desde el interior, cuando y donde menos se espere el peligro: es como aquellos miembros de un «comando legal» que,

disfrazados de inocuos, joviales y simpáticos vecinos suyos, no hacen más que esperar, preparando mientras tanto «bombas sucias» con los residuos de los festines que usted se da y aguardando el momento más conveniente de despojarse de su careta, sacar las bombas que tengan escondidas en el sótano o en el ático y ejecutar su ataque. Usted sabe que le atacarán y le harán daño, pero desconoce cuándo y dónde, y ni las autoridades más informadas van a decírselo tampoco: no están totalmente seguras de nada y lo que cada una de ellas conoce es distinto de lo que las otras dicen conocer.

El paralelo, entre la grasa y los terroristas o los agentes encubiertos, que son especialmente traicioneros por ser indistinguibles de la gente respetable comente, resulta aún más convincente si tenemos en cuenta las señales notablemente confusas y, a menudo, contradictorias que recibimos sobre los efectos «*benignos*» o «*dañosos*» de los diversos alimentos que se nos ofrecen. ¿Cómo vamos a distinguir las grasas «*saturadas*» de las «*no saturadas*», las «*naturales*» de las «*hidrogenadas*», las que el cuerpo necesita para funcionar normalmente, de las que le impiden hacerlo? Todo lo relacionado con la grasa (cualquier grasa: la que está todavía fuera del cuerpo —en los alimentos que están a la venta en las estanterías de los supermercados o que se sirven en los bares y los restaurantes— y la que ya se halla en nuestros tejidos corporales) es ambivalente y desalentador.

Los expertos, advierten de los peligros de comer en exceso y de los riesgos de hacer demasiada dieta, pero ¿dónde se encuentra la línea que separa lo normal de lo excesivo y de quién podemos fiarnos para que la trace adecuadamente? En el momento álgido de la alerta terrorista en Estados Unidos, el secretario de Sanidad y Servicios Humanos, Tommy Thompson, declaró ante una comisión del Senado que «*la obesidad es un problema crítico de salud pública en nuestro país que motiva que millones de estadounidenses sufran problemas de salud innecesarios y mueran prematuramente*».

La grasa, desempeña un papel central, en la incertidumbre que asedia a la mayoría de estadounidenses (el New York Times bautizó la batalla de la obesidad como «*una guerra cultural para el nuevo siglo*») y no son pocas las fuerzas impacientes por sacar partido del deseo que sienten los norteamericanos de mitigar los temores que provoca la sensación de inseguridad derivada de dicha incertidumbre. Por un lado, envalentonados por su victoria en la batalla contra los gigantes del tabaco y con renovado ánimo de lucha, nos encontramos a los abogados especializados en destapar conspiraciones. Por otro, están los grandes productores de comida preparada y los dueños de las cadenas de restaurantes de comida rápida, que se parapetan (como antes intentarían las compañías tabaqueras), tras los sagrados derechos constitucionales del ciudadano y la libertad de elección del consumidor.

Determinados abogados, han presentado ya demandas, contra McDonald's, Wendy's, Kentucky Fried Chicken, Burger King y otras cadenas de comida rápida. Representan a «*víctimas*», como un tal Gregory Rhymes, un chico de quince años y 1,68 metros de estatura que pesa más de 180 kilogramos. Rhymes dijo que comía en McDonald's varias veces al día y que pedía, sobre todo, menús Big Mac «*gigantes*» con patatas fritas y batidos de chocolate. Su abogado, Samuel Hirsch, explicó que Rhymes y otros clientes, eran

engañados de manera intencionada por las compañías de restauración, que explotaban astutamente el desconocimiento que aquellos tenían de «*lo que es bueno para ellos*», a lo que las compañías, de boca (y pluma) de personajes públicos similarmente imponentes e influyentes, respondieron convirtiendo la «*libertad de comer*» en un caso que sirviera para sentar jurisprudencia sobre la libertad individual en general.

La grasa, se ha convenido en un destacado grito de guerra y en el *casus belli* de la «*guerra cultural para el nuevo siglo*»; un conflicto que no es más que una nueva versión actualizada y reeditada de la perpetua pugna entre libertad y seguridad, dos cualidades igualmente indispensables y codiciadas —aunque también difíciles de reconciliar—, en toda vida humana tolerable o deseable. El auge del «*problema de la grasa*» es consecuencia directa (y previsible) del ascenso del cuerpo del consumidor a la categoría de blanco preeminente del marketing y de que el cuidado del cuerpo, se haya convertido en el principal argumento de venta de artículos de consumo. La «*guerra cultural para el nuevo siglo*», deriva su espíritu y su ímpetu de la ambivalencia primordial, por la que se caracteriza la condición humana en la emergente *sociedad de consumidores*.

No se vislumbra, solución alguna, para dicha ambivalencia. El más sobrio y avezado de los asesores, aconsejará a los buscadores sometidos a su orientación que se adapten a lo inevitable: la ambivalencia no va a desaparecer, dicen: no es posible separar las alegrías de los horrores derivados de ingerir lo que el mundo nos vende y nos incita seductoramente a digerir. Las alegrías y los horrores vienen juntos en un mismo lote, y el puro gozo —sin adición alguna de horror— es cada vez más una quimera. Quienes buscan orientación encuentran una única vía (no tanto de salir del problema como de sortearlo): aumentar el ritmo metabólico, lo cual les permitirá (o eso esperan) cuadrar el círculo y conseguir, en un solo intento, nadar y guardar la ropa, comerse el pastel y seguir teniendo guardado en el frigorífico.

En resumidas cuentas, si quieren ahuyentar el fantasma de los efectos secundarios del comer y sus otras consecuencias imprevistas y menos atractivas, tienen que comer más. Como reza el refrán, si no puedes con tu enemigo, únete a él. Si no puedes imponerte a esa desagradable ambivalencia, acéptala y convierte la fatalidad que te ha tocado en suerte en tu estrategia de vida. Si fuese universalmente aceptado, ese consejo haría girar más rápido las ruedas de la producción, la sustitución y la eliminación de bienes de consumo, para mayor regocijo tanto de los suministradores de los mismos como de sus enemigos jurados dentro de la órbita judicial. ¿En qué lugar deja todo esto al cuerpo? El cuerpo se halla actualmente tan «*socialmente regulado*», como antes. Lo único que ha cambiado han sido las agencias y organismos que presidían su regulación, y esto ha tenido consecuencias de gran alcance para la difícil situación de los individuos corpóreos, encargados de la gestión de los cuerpos que tienen y que son.

El rol del Estado, se ve con frecuencia limitado hoy día, a refrendar con su autoridad una relegación previamente convertida en un «*hecho de la vida*» por procesos distintos de los políticos y a hacer tal exención efectiva y duradera. En lugar de hacer una demostración de fuerza para tratar de mantener a los suyos dentro, el Estado emplea su actual

poder *postpanóptico*, en mantener alejados a los indeseables (tanto a los forasteros como a los suyos propios convertidos en forasteros).

La infancia consumidora

«*Los niños son geniales*», admite Barbara Ellen, aunque se apresura enseguida a añadir: «*pero hay veces en que cuidar de ellos se hace increíblemente aburrido, y es ridículo (incluso peligroso) fingir que no es así*». La propia Ellen, lo había fingido durante mucho tiempo, hasta que se sintió sumamente aliviada de descubrir que aquel sentimiento no era suyo personal, en exclusiva, ni algo de lo que sentirse culpable: había más personas que habían intentado *reprimir* esas sensaciones, porque temían que expresarlas, chocaría frontalmente con el ambiente predominante de su época (o, al menos, con su versión oficial y socialmente obligatoria o «políticamente correcta»). Me resulta divertida, esa nueva moda de resaltar lo que ser madre tiene de «*carga*». En Estados Unidos, un libro, *The Mommy Myth*, ha causado recientemente un gran revuelo y por aquí nos encontramos por doquier con mujeres que se quejan de que ser madre no es tan bueno como lo pintan y a veces hasta se preguntan por qué se molestaron siquiera en serlo.

En una muestra, de ese hábito tan común, que es exigir que se definan buenos y malos en todas las ocasiones, y que se identifique un culpable de cualquier inconveniencia que nos cause malestar en la vida, Ellen, lanza la siguiente reflexión: «*Es inevitable que nos preguntemos quién está detrás de este nuevo estallido mundial de enfurruñamiento con el “mito de la mamá”*». Ella opta por una respuesta fácil y atribuye la responsabilidad a las «*mujeres de carrera*», que demoran tanto el momento de ser madres, que le toman el gusto a estar fuera de casa y echan enseguida de menos la oficina (que evocan con «*nostalgia teñida de color de rosa*»). Si, finalmente, se decidieran a ser madres, sólo a la fuerza estarían dispuestas a renunciar a lo anterior para cambiarlo por las «*desagradables discusiones de alcoba*», que la nueva situación comportaría. Niños frente a carrera profesional; reclusión doméstica frente a un mundo de aventuras continuas; el tedio de los críos frente a los extensos, nunca explorados del todo y (precisamente por ello) atrayentes espacios «*abiertos*». Esta contraposición tiene claros visos de autenticidad y, de hecho, la decisión entre lo uno y lo otro resulta especialmente dura y poco agradable. Para muchas mujeres, la perspectiva de tener que elegir puede suponer un muy buen motivo para malhumorarse y quejarse. ¿Pero es esa toda la verdad?

¿En un artículo que lleva el revelador título de «*You thought children would make you happy? Not really — just poorer*» («¿*Creías que los niños te harían feliz? Pues no, sólo más pobre*»), Amelia Hill, columnista del mismo diario que Ellen, cita las siguientes palabras de Emma Flack, una ejecutiva de empresa de 31 años de edad que trabaja en la City londinense: «*Jamás imaginé que un niño pudiera ser una sangría económica tan grande*». Emma y su marido, se enfrentan a una tarea imponente y desconocida para ellos: la de «*sostener ese nuevo estilo de vida en el que tenemos que contar hasta el último penique*». Esta repentina necesidad de apretarse el cinturón y de pensárselo dos veces antes de consentirse un capricho era una experiencia con la que ni Emma ni su compañero estaban en absoluto familiarizados. Reconocían sentir «*envidia y resentimiento por el estilo de vida*

y el bienestar económico de amigos suyos que, al no tener hijos, disponen de tiempo y dinero para hacer vida social y viajar». Como seres racionales y observadores agudos que son, esos amigos se toman ese resentimiento como una señal de aviso: no es de extrañar que Caroline Harding, de 34 años y directora de una empresa de la City, declare tener «*las ideas muy claras sobre lo que quiero hacer antes de tener hijos, porque en cuanto los tienes, se acabó la vida independiente*». Tampoco, sorprende, que la última Encuesta Mundial de Valores, revelara que un número creciente de personas, busquen realizarse sin necesidad de ser padres o madres. En Gran Bretaña, en concreto, a la pregunta «¿Cree usted que una mujer ha de tener hijos para realizarse como persona?», menos del 12% de las mujeres y del 20% de los hombres respondieron «sí».

Tener hijos cuesta dinero, mucho dinero. Tener un niño o una niña augura (para la madre, al menos), una pérdida considerable de ingresos y un abultado incremento paralelo de gastos familiares (a diferencia de tiempos pasados, el niño o la niña es hoy un *consumidor puro* y simple, que no produce aportación alguna a los ingresos del hogar). Brendan Barber, secretario general del Trades Union Congress (la principal confederación sindical británica), llegaba a la siguiente conclusión: «*la imposibilidad de trabajar fuera de casa, por culpa de que los servicios de atención infantil están muy por encima de las posibilidades del presupuesto familiar, está condenando a cientos de miles de familias de mayor tamaño, a vivir en la pobreza*». Cientos de miles de familias, están ya condenadas a una vida de pobreza. Otros cientos de miles más, observan las dificultades de aquellas y toman nota.

En nuestra sociedad regida por el mercado, cualquier necesidad, deseo o carencia tiene una etiqueta con un precio. Las cosas no deben tenerse hasta que no se hayan adquirido, y adquirirlas significa que otras necesidades y deseos deben esperar. Los niños no son una excepción (¿y por qué tendrían que serlo?, se preguntarán). Todo lo contrario: pondrían más necesidades y deseos en lista de espera que casi ninguna otra compra, que ustedes pudiesen realizar (y sin saber realmente hasta cuándo). Tener un hijo o una hija, es como zambullirse de cabeza en una casa de juego clandestina, en la que debe entregar su futuro como rehén a la suerte o a las hipotecas sin tener la más mínima idea de lo abultados que deberán ser los pagos de devolución del préstamo ni cuánto tiempo le llevará reembolsarlo por completo. Uno firma un cheque en blanco, y se responsabiliza de tareas que desconoce y no puede prever. En ninguna parte está fijado el precio total, ni están explicadas las obligaciones, ni existe una «*garantía de devolución de su dinero*», si no queda plenamente satisfecho con el producto.

En nuestra sociedad de compradores y vendedores, esa lógica parece explicar de un modo creíble, el porqué de nuestros miedos y de nuestro desistimiento. Pero debemos preguntarnos, de nuevo, ¿es esa la verdad? ¿Es esa toda la verdad? Y la respuesta, de nuevo, es que no parece serlo. Cuanto más amplia es la imagen analizada, más motivos tenemos para sospechar que lo anterior no es cierto. El Dr. John Marsden, experto en *conductas adictivas*, comentaba no hace mucho, el último descubrimiento médico en su campo, según el cual lo que nosotros, público profano en la materia y desconocedor de la ciencia, llamamos «*enamorarse*» o «*estar enamorados*», se reduce a una mera excreción

de *oxitocina*, una sustancia química que *«hace que disfrutemos del sexo»*. *«El cerebro»*, explicaba Marsden, *«alberga fábricas internas de droga. La atracción física, provoca la liberación de unos cócteles químicos, que activan la dopamina, lo cual hace que nos sintamos extasiadamente felices»*, cuando nos hallamos junto a la persona a la que amamos.

El problema, no obstante, es que la droga en cuestión, se produce sólo durante un tiempo limitado, como si hubiese sido diseñada por la naturaleza *«para mantener a las personas juntas durante el tiempo estrictamente necesario para tener múltiples relaciones sexuales, engendrar un bebé y criarlo luego hasta que alcance unos niveles seguros de supervivencia»*. Pues, bien, ¿cuánto dura el período total de secreción? *«Unos dos años»*. Ese es, según comenta el columnista que informa de los descubrimientos científicos más recientes, y de la opinión más docta del momento, *«el tiempo que, más o menos, han durado todas las relaciones serias que he tenido»*.

El lector, puede entonces darse cuenta (y sentirse aliviado por tal descubrimiento), de que no tiene por qué preocuparse: *«esa incapacidad para seguir con mi compañero o compañera y para evitar que nuestra relación se fuera a pique no era —como yo me había imaginado ingenua o insensatamente—, producto de un fallo de mi carácter. Después de tanto tiempo, por fin puedo dejar de sentirme culpable y de culparme a mí mismo. Todo era una cuestión de química, tonto. El amor es una droga. Así que, con un poco de suerte, pronto habrá otra droga o fármaco disponible en las farmacias (y, si espero un poco más, seguro que cubierto por la Seguridad Social) que subsane los defectos de fábrica de la producción cerebral y compense la escasez de suministro de la droga original o, en caso contrario, que la neutralice cuando esté cansado de mi pareja y quiera poner fin a nuestra relación de un modo indoloro, instantáneo y no traumático...»*.

«Un número, cada vez mayor de nosotros», señala Mark Honigsbaum, *«nos estamos entregando abiertamente»*, por ejemplo, a lo que la alta autoridad de la filosofía de Cambridge ha definido como *«el deseo que hace que nuestro cuerpo se sienta entusiasmado por la actividad sexual y por sus placeres por sí mismos sin más»*. Eso es: *«por sí mismos, sin más»*. No se preocupe de nada más cuando tenga ganas de intentarlo. El sexo sin amor, sin compromiso, sin condiciones, sin pensar en sus consecuencias (como, por ejemplo, la de añadir otro nuevo ser humano al mundo), no debería ser considerado pecado, ni siquiera algo con lo que sentirse incómodo. A diferencia del resto de pecados supuestamente mortales, la lujuria sexual no es, después de todo, tan mala para usted ni tan vergonzosa ni condenable: ni siquiera debería ser considerada un pecado.

Este es, a fin de cuentas, un asunto de evaluación y de preferencias de valor personales, y ningún argumento, por depurado y elegante que sea, puede demostrar o refutar la «verdad» de un valor; los valores no son ni ciertos ni falsos: sólo se adoptan o se rechazan. Que usted se enamore cuando la *oxitocina* fluye libremente, y que se desenamore cuando escasee su suministro es ya harina de otro costal: la verdad de tal afirmación sí que puede ser contrastada o, al menos, resulta únicamente creíble hasta que se pruebe lo contrario. En este caso, no hay margen para la duda: en lo concerniente a la verdad, la ciencia tiene la última palabra. Y, por lo tanto, es inútil poner objeciones a sus pronunciamientos.

Una de esas formas de sufrimiento, es un *efecto secundario*, del hecho de vivir en una *sociedad de consumo*. En dicha sociedad, los caminos son muchos y dispersos, pero todos pasan por los comercios y las tiendas. Toda búsqueda vital (y, de manera especialmente significativa, la búsqueda de la dignidad, la autoestima y la felicidad), precisa de la mediación del mercado, y el mundo en el que se inscriben tales búsquedas, está hecho de mercancías: objetos juzgados, apreciados o rechazados según la satisfacción que aportan a los clientes del mundo. De dichos objetos, también se espera que sean fáciles de usar y que produzcan una satisfacción inmediata y directa, sin apenas esfuerzo (o, mejor, sin esfuerzo alguno) y, por supuesto, sin sacrificio alguno por parte del usuario. Si no cumplen lo prometido, si la satisfacción no es total o no es tan grande como se esperaba, los clientes volverán a la tienda esperando que se les devuelva el dinero; si tal cosa no es posible, repararán las rebosantes estanterías del comercio en cuestión en busca de un sustituto adecuado.

De uno u otro modo, tenemos que deshacernos del objeto que nos ha ofendido (porque no ha cumplido lo prometido, porque es demasiado difícil o problemático de usar, o porque ya se le han agotado los placeres que era capaz de reportar). No podemos pronunciar juramentos de lealtad, a cosas cuya única finalidad es satisfacer una necesidad o un deseo, o cubrir una carencia. No se pueden evitar los riesgos, pero los peligros parecen menos amenazadores en cuanto negamos la posibilidad de comprometernos. Esa es una idea que nos tranquiliza; el problema es que también acarrea sufrimiento, cuando son otros seres humanos los «*objetos*» de consumo del consumidor.

Cuando se trata de seres humanos, es difícil evitar los compromisos, aunque no figuren por escrito ni hayan sido refrendados formalmente. Los actos de consumo tienen un final bien definido: sólo duran ese período y ni un momento más. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de las *interacciones humanas*, ya que cada encuentro deja tras de sí, el sedimento de un vínculo humano y ese sedimento va acumulándose con el tiempo, enriquecido con recuerdos de unión personal. Cada encuentro supone tanto una conclusión, como un nuevo inicio: la interacción no tiene un «*final natural*». La única manera de ponerle fin, es de manera artificial y no está, ni mucho menos, claro quién está facultado para decidir cuándo ha llegado ese momento, ya que (aplicando conceptos consumistas), en una *interacción humana*, ambas partes son, simultáneamente, consumidores y objetos de consumo, y ambas pueden reclamarse en posesión de la «*soberanía del consumidor*». Puede que el vínculo establecido se rompa, y se rechacen nuevas interacciones, pero no sin un regusto amargo y un *sentimiento de culpa*. Es difícil traicionar la *conciencia moral* (al *Superyó*).

Lawrence Grossberg, explica el reciente «*rechazo de la infancia*» (la presentación de la infancia en el discurso público, como un «*problema*», y de los jóvenes, como seres peligrosos, inconscientes, socialmente irresponsables y sumamente inmaduros), por la necesidad que tienen los adultos de rebajar sus propias responsabilidades. Según Henry A. Giroux, el pretendido desencanto con la infancia, es atribuible a «*los problemas que tienen las personas adultas, con la lógica de un sistema supuestamente puro de mercado que, en realidad, ensalza la libertad humana sólo en apariencia, al tiempo que socava los*

vínculos de la vida y las obligaciones sociales».

Ni esos dolores morales, surgirían con tanta frecuencia, ni haría falta recurrir al engaño de forma tan habitual, si el mundo fuera menos *«líquido»*, es decir, si no cambiara tan rápidamente, si los objetos de deseo no envejecieran en él tan pronto ni perdieran su encanto a una velocidad tan vertiginosa, si la vida humana (más duradera que la vida de prácticamente cualquier otro objeto), no tuviera que ser dividida en una serie de episodios independientes y de nuevos comienzos. Pero ese mundo no existe, y las probabilidades de que los lazos interpersonales se vean exentos de las pautas consumistas (que son cognitivas además de conductuales) son ínfimas. De resultas de ello, las relaciones se están convirtiendo en la principal fuente (en apariencia inagotable) de *ambivalencia y ansiedad*.

En un *escenario líquido*, de flujo rápido e impredecible, necesitamos más que nunca lazos firmes y fiables de amistad y confianza mutua. A fin de cuentas, los amigos son personas con cuya comprensión y ayuda podemos contar en caso de que tropecemos y caigamos, y, en el mundo en que vivimos, ni los surfistas más veloces ni los patinadores más ágiles están asegurados frente a tal eventualidad. Pero, por otra parte, esos mismos contextos líquidos y caracterizados por el rápido fluir de los acontecimientos favorecen a quienes viajan ligeros de equipaje: si las condiciones cambian y obligan a moverse con rapidez para comenzar de nuevo desde cero, los compromisos a largo plazo y los lazos de los que resulte difícil desligarse, pueden suponer una pesada carga, un lastre que debe ser arrojado por la borda. No existe, pues, una elección perfecta. No se puede nadar y guardar la ropa al mismo tiempo y, sin embargo, eso es lo que el contexto en el que usted trata de conformar su vida, le insiste que haga. Cualquiera que sea la decisión que tome, no hará más que acumular problemas.

Ese es quizás el motivo, por el que tantas personas prestan tanta atención a los mensajes de Blackburn y de Marsden (así como a otros de signo similar, con los que son bombardeadas desde todos los flancos, sobre todo desde los intensamente populares programas de la llamada *«telerrealidad»*), y por el que les gusta lo que les cuentan. Algunos de esos mensajes, les ofrecen absolución de sus *culpas*: *«no es culpa tuya»*, *«no has obrado mal»*, *«todo el mundo comparte esa misma suerte»*, *«todo el mundo se enfrenta a las mismas opciones y acaba haciendo lo mismo»*. Otros mensajes les ofrecen licencia para taparse los oídos frente a la voz de la conciencia: *«si no expulsas del juego al “eslabón más débil de la cadena”, otros te expulsarán a ti»*. Los románticos desvalidos y desamparados son, precisamente, los principales candidatos a convertirse en los *«eslabones más débiles»*, en los *juegos* de otras personas más serenas y sobrias. La vida es un *juego* de suma cero; ayúdate y el cielo te ayudará.

Es en ese mundo, en el que nacen los niños y las niñas de hoy; en él crecen y en él han de ser admitidos cuando sean adultos. Los niños observan. Y aprenden. Charles Schwarzbeck, lo ha resumido de este modo: *«Nuestros hijos e hijas se toman muy a pecho lo que ven y oyen en su relación con nosotros. Contra lo que podamos suponer, ellos no están y dejan de estar con nosotros como si encendieran y apagaran un interruptor, sino que*

siempre están con nosotros, interactuando y siendo testigos de la manera en que llevamos nuestra vida personal». Los niños y las niñas, se toman muy en serio lo que nosotros (las personas adultas) hacemos. Después de todo, nosotros somos la autoridad. Nosotros representamos el mundo.

No hay duda, de que la sociedad, no es un lugar hospitalario ni acogedor para quienes son «*insensibles a la razón común*», y es totalmente hostil para quienes son «*ineptos para el cálculo de sus propios beneficios*». La sociedad no acepta con facilidad las posibilidades infinitas; ¿cuál es el sentido de un orden social si no el de recortar el número de posibilidades permitidas y reprimir todas las demás? La esencia de toda socialización, radica en dar lecciones de «*realismo*»: a los recién llegados, a los recién nacidos, la sociedad les ofrece su admisión a condición de que acepten el derecho de la realidad, a trazar la línea que separa las posibilidades seleccionadas (y regularizadas a partir de ese momento en forma de probabilidades asistidas por el poder), de todas las demás (censuradas desde ese instante por la autoridad por estar mal concebidas, o por ser inútiles, vergonzosas o pecaminosas, y totalmente «*antisociales*»), que no suponen sólo una pérdida de tiempo, sino una manera de buscarse problemas.

Desde que, en la modernidad temprana, se descubriera la «*infancia*», como estadio separado (y, en muchos sentidos, singular) en la vida humana, la sociedad ha ensalzado a los niños por su «*espíritu de concordia*» y de «*juego libre*», profundamente añorado por los miembros adultos de esa misma sociedad (aun cuando estos, al mismo tiempo y por más o menos la misma razón, veían con una honda suspicacia a sus pequeños y a sus pequeñas). A fin de cuentas, la vida de las personas adultas, las obligaba a renunciar por completo a ese juego libre o a relegarlo a los «*momentos de ocio*», y a sustituirlo por la disciplina y la rutina en todos los demás momentos (mientras que, por su parte, el impulso de la concordia estaba bien sujetado dentro de la camisa de fuerza de los derechos y los deberes contractuales). No se podía confiar en los niños y dejarlos solos sin atenta supervisión; había que reprocesar la «*infancia bruta*» y desintoxicarla, depurarla de sus ingredientes naturales, porque la sociedad no querría ingerirlos y no sería capaz de digerirlos si los ingiriera. En la práctica (si no también en la teoría), la infancia no era tratada como un remanso o refugio, sino como un simulacro de la vida adulta. El producto final, que ese reprocesado de los niños pretendía conseguir, dependía del rol que se asignase a cada miembro de la sociedad cuando fuese llamado al servicio activo.

Durante buena parte de la historia moderna (aquella caracterizada por las plantas industriales de grandes dimensiones y los ejércitos de reclutas de gran tamaño), la sociedad moldeó y preparó a sus miembros para el trabajo industrial y el servicio armado. La obediencia y la conformidad, así como la resistencia frente a la monotonía y la rutina, eran las virtudes que convenía sembrar y cultivar; la fantasía, la pasión, el espíritu rebelde y la tendencia a la disconformidad eran vicios que había que exterminar. El cuerpo del trabajador o del soldado potencial, era lo que realmente contaba; su espíritu tenía que ser silenciado y, una vez acallado, podía dejar de ser tenido en cuenta porque ya no importaba. La sociedad de productores y soldados centraba su «*reprocesado de la infancia*», en gestionar cuerpos para adecuarlos a la vida en su futuro hábitat natural: la fábrica y

el campo de batalla.

Actualmente, vivimos en una *sociedad de consumidores*. El hábitat natural de los consumidores es el mercado, lugar donde se compra y se vende. En nuestros días, las principales virtudes que conviene plantar y cultivar en los consumidores en ciernes, son una capacidad de respuesta rápida y entusiasta, al atractivo de los artículos a la venta y unas ganas *compulsivas y adictivas* de comprar. La indiferencia, ante las tentaciones administradas por el mercado o la escasez de los recursos necesarios para responder adecuadamente a esa seducción, son los pecados mortales que hay que extirpar de raíz o castigar con el destierro.

En consecuencia, y a fin de capacitar a sus miembros para vivir en su hábitat natural (formado, hoy en día, por los centros comerciales, pero también por las calles por las que los compradores hacen pública ostentación de los artículos de marca adquiridos en las tiendas para dotarse a sí mismos de valor de mercado), la *sociedad de consumidores* centra su «*reprocesado de la infancia*», en la gestión de los espíritus. Los cuerpos no importan; entrenarlos no es nada nuevo. La «*gran novedad*», por emplear la expresión de Dany-Robert Dufour, es la conquista y reorganización del alma. Los niños, ocupan «*un lugar central*», sin duda, y desde muy temprana edad. Nada más aprenden a leer (o, quizás, incluso mucho antes), se instala en los niños una «*dependencia de las tiendas*». Bombardeados continuamente a sugerencias sobre lo mucho que necesitan determinados productos —de venta en tiendas y comercios— para ser las personas que hay que ser, —capaces de cumplir con su deber social y ser considerados simplemente eso, cumplidores de su deber—, los niños se sienten inadecuados, deficientes y de inferior calidad si no responden con rapidez a la llamada.

El llamamiento, que se considera más imperativo y urgente, es el de la necesidad de reparar u ocultar defectos corporales o faciales reales o inventados para incrementar el atractivo propio como producto de mercado. «*Las compañías de cosméticos podrían llegar aún mucho más lejos en su campaña de captación de niñas y jóvenes adolescentes como compradoras de sus productos*». Entre otras medidas, sugiere, en concreto, la instalación de máquinas expendedoras de cosméticos en los centros educativos y en los cines.

Los niños, siempre fueron considerados el «*futuro de la nación*» y, dependiendo de la percepción que en cada momento se tuviera de lo que constituía el auténtico bienestar nacional, se decidía cómo había que prepararlos para su futuro y para el del país. En la situación actual, sin embargo, *los niños de hoy son*, por encima de todo, *los consumidores de mañana*, cosa que no es de extrañar, ya que la fortaleza de la nación se mide en su PIB, que, a su vez, resulta de calcular la cantidad de dinero que cambia de manos. Así, que es mejor que los niños empiecen pronto (si puede ser, desde el momento mismo de su venida al mundo), a prepararse para el rol de compradores/consumidores ávidos y avezados que se les vendrá encima. No habrá dinero dedicado a ese entrenamiento, que esté mal empleado.

En un libro, elocuentemente titulado *What Kids Buy and Why: The Psychology*

of *Marketing to the Kids* («*Qué compran los niños y por qué: psicología del marketing infantil*»), Dan Acuff, exponía una estrategia integral de invasión y conquista (y, más tarde, de gestión) del «*mercado infantil*», terreno previamente en barbecho o apenas cultivado (o sólo de manera superficial) pese a su potencial casi infinito de generación de beneficios. Él explicaba a los futuros conquistadores cómo conseguir crear, desarrollar y comercializar productos y *programas* «*dirigidos a los individuos jóvenes de hoy, de edades comprendidas entre los cero y los 19 años*». Luego, añade: esos «*productos*» («*la práctica totalidad de lo que se vende dirigido al público infantil*») y «*programas*» (*ya sean «películas, dibujos animados o juegos electrónicos»*) *son, por su propia naturaleza, un homenaje a lo «preciados y sagrados que son para nosotros los corazones y las mentes de los niños y las niñas de cualquier lugar»*.

Sus descendientes, los profesionales del marketing, tratan por el contrario de generar en los niños lo que Beryl Langer llama, «*un estado de insatisfacción perpetua a través de la estimulación del deseo de novedad y de la redefinición de lo precedente como basura inservible*». La finalidad última de todo ello, es la de «*reproducir el ciclo de deseo perenne en el que se inscribe la infancia del capitalismo de consumo*», aunque el seguimiento del camino recomendado para alcanzar tal fin suele presentarse, según Daniel Thomas Cook, como un acto profundamente moral y facultativo, de refundamentación del carácter sagrado del niño, no sobre la noción (romántica) de inocencia, sino sobre «*otro principio sacrosanto*»: el de «*la persona que sabe y elige*». Así y todo, como el propio Cook admite, «ese mundo en el que los niños están sometidos a la evaluación de sus iguales, basada tanto en una serie de artículos de consumo y de personajes mediáticos como en su conocimiento de determinados productos [...] se está convirtiendo cada vez más en la norma, a la que niños y padres deben conformarse si quieren gozar de una vida social «*sana*». Ahí terminan el «*saber*» y el «*elegir*» de la persona, y el efecto facultativo del marketing orientado al público infantil.

Lo que deja poco lugar a dudas, sin embargo, es el hecho de que —según sugiere Juliet B. Schor—, en las últimas dos décadas, «*el mercado infantil se ha expandido espectacularmente, tanto en términos de gasto directo, como de influencia de los niños y las niñas en las compras de los padres*». Schor, destaca los fenómenos de la «*mercantilización de la infancia*» (el papel prominente desempeñado por los mercados de bienes de consumo en la crianza, la educación y la modelación de los niños), y de la conversión de los propios niños y niñas, en blancos directos de la actividad del marketing. Ambos fenómenos se refuerzan mutuamente.

Los padres consideran, por ejemplo, que sus hijos «*saben elegir*» con buen criterio, porque están en posesión de conocimientos de los que sus progenitores tienen una carencia patente, como, por ejemplo, qué se lleva y qué está ya «*anticuado*» en este momento en el terreno de la moda. De ahí que los padres (que ya no confían en su propio criterio sobre «*lo que es bueno para el niño*»), consulten cada vez más a sus hijos antes de tomar la decisión de comprar algo para estos o, incluso, para sí mismos. Según una investigación encargada por una compañía con un marketing tan exitoso como Nickelodeon, el 89% de los padres y las madres de niños con edades comprendidas entre los

ocho y los catorce años, declaran haber pedido la opinión de sus hijos e hijas sobre algún producto antes de comprarlo. McNeal, también afirma, que uno de cada cuatro niños y niñas, ha visitado ya alguna tienda sin ir acompañado de sus padres, antes de alcanzar la edad de inicio de la educación primaria, y que la edad mediana a la que se comienza a ir de compras, de manera independiente, es de ocho años.

«*El alma del niño está asediada*», sugiere Kiku Adatto, y las presiones económicas de un *mercado de consumo expansivo e invasor*, han provocado que un salario no sea suficiente para sostener a una familia con hijos; el 67% de los niños y las niñas estadounidenses crecen en familias con doble fuente de ingresos, y se convierten en jovencitos que, cuando no están en el colegio, pasan la mayor parte de su tiempo libre «*solos en casa*», o en compañía de sus amigos. Los lazos familiares ya se aflojan bastante en «*un día laborable normal*», pero se ven aún más debilitados y desgastados por la subversión de la autoridad y de la estructura de mando, provocada por el hecho de que los niños hayan asumido la aureola de expertos compradores y el derecho a tomar decisiones de consumo (y no olvidemos que comprar es una actividad que interviene en prácticamente todos los aspectos de la familia y de la vida de los miembros individuales de esta).

Joseph E. Davis, sugiere, que el consumismo y los procesos de mercantilización han desestabilizado «*las viejas instituciones de formación de la identidad (la familia, la escuela, la iglesia, etc.)*» y han generado un vacío que ellos mismos se han apresurado a ocupar. Davis cita al «*experto en marcas*», Scott Bedbury, que asigna a las «*grandes marcas*» el papel de «*puntos de conexión emocional*», ya que permiten a quienes las visten «*ubicarse a sí mismos dentro de una experiencia más amplia*». Las «*grandes marcas*», se alimentan de una serie de necesidades que flotan libremente y sin hogar, y que la lealtad a la marca ha sustituido a los lazos humanos, como principal factor formador de las expectativas y las habilidades vitales de los consumidores del futuro.

Según Tori de Angelis, diversas investigaciones han demostrado sobradamente, que «*la inseguridad —tanto la económica como la emocional— constituye el factor central de las ansias consumistas*». Para entender la «*creación de un consumidor*», «*la psicología tiene que trascender su foco de atención centrado en el individuo*» y abarcar el contexto social, en el que se lleva a cabo la transformación de un niño en un *comprador/consumidor compulsivo y adictivo*. De Angelis cita a Alien Kanner, un psicoterapeuta de Berkeley: *El consumismo, impulsado por las grandes empresas, está teniendo unos enormes efectos psicológicos, no sólo en las personas, sino también en nuestro planeta [...] La psicología tiende a individualizar en exceso los problemas sociales. Cuando lo hacemos, acabamos culpando a la víctima, en este caso en concreto, atribuyendo el materialismo principalmente a la persona, e ignorando la ingente cultura empresarial que tantos aspectos de nuestra vida está invadiendo.*

Puede que, para un niño o una niña, la espiritualidad sea un don innato, pero esta ha sido actualmente confiscada por los mercados de consumo y reciclada en forma de lubricante de los engranajes de la maquinaria de la economía de consumo. La infancia, como bien sugiere Kiku Adatto, se convierte así en «*una preparación para la venta de la propia*

persona», ya que a los niños se les educa «*para ver todas las relaciones en términos de mercado*», y para contemplar a los demás seres humanos (incluidos sus amigos y familiares), a través del prisma de percepciones y evaluaciones generadas por el propio mercado.

Referencias

- [1] Véase el Observer Magazine del 3 de octubre de 2004.
- [2] Jacques Attali. *Chemins de sagesse. Traité du labyrinthe*, Fayard, 1996, págs. 79-80 y 109.
- [3] Véase Andrzej Stasiuk. «*Duchowy lumpenproletariat*». («*Lumpenproletariado espiritual*») y «*Rewolucja czyli zagłada*». («*Revolución o exterminio*»), en *Tekturowy Samolot, Wydawnictwo Czarne*, 2002.
- [4] Véase Richard Rorty. «*The humanistic intellectual: eleven theses*», en *Philosophy and Social Hope*. Penguin. 1999, págs. 127-128.
- [5] En «*Education as socialization and as individualization*», en *Philosophy and Social Hope*, pág. 118.
- [6] Barbara Ellen. «*Bored, dirty, exhausted: who ever said there was anything yummy about being Mummy?* ». *Observer Magazine*. 7 de marzo de 2004, pág. 7.
- [7] Chris Shilling. *The Body and Social Theory*, Sage, 1993, pág. 3

regionales, salud, educación y deporte. Actual director del Grupo de Comunicación Multimedia APERTURA (www.apertura.com.pe). Fue director y conductor del programa de televisión Contacto Vecinal en Best Cable-Canal 3. Sus investigaciones han sido publicadas en los diarios El Comercio, Perú 21, La República, El Sol, La Primera y en la revista Hildebrandt en sus Trece. También en Frecuencia Latina Canal 2, en América Televisión Canal 4, Canal N, en RBC Canal 11, en Radio Miraflores y en Radio Capital del Grupo RPP.

Ha publicado cerca de 200 artículos en el diario El Comercio. Autor de los libros, Escuelas de Corrupción. Alcaldes, empresarios, regidores y funcionarios municipales en el delito; Los Usuarios se Rebelan. La problemática de nuestras bibliotecas públicas municipales y su relación con los museos, archivos, parques, reservas y santuarios naturales (segunda edición); Neoliberalismo, Pobreza y Trastornos Mentales. Ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad en el Callao. Coautor del libro: ¿Por qué los Universitarios no Participan en Clases? Programa de entrenamiento para reducir la ansiedad social, estado y rasgo en estudiantes. En coautoría, próximamente publicará el libro, Proyecto Urbano-Arquitectónico de la Nueva Biblioteca Pública del Congreso de la República, en el Centro de Lima. Ha realizado estudios de Doctorado en Administración de Negocios Globales, en la Universidad Ricardo Palma (URP), y en el Doctorado en Educación, en la Universidad San Ignacio de Loyola (USIL).

Los hombres, no nos guiamos por la razón, no somos seres predominantemente racionales. Es más, la naturaleza del hombre, desde que nace, no está cimentada en la bondad, la justicia, ni la solidaridad. **¿Quién entonces gobierna nuestros actos? ¿Immanuel Kant estaba equivocado al afirmar que la razón estaba por encima de la voluntad y el deseo?**

Aunque parezca contradictorio, demasiado se ha escrito sobre **Sigmund Freud** y el psicoanálisis, pero lamentablemente, poco se le ha leído y mucho menos, comprendido. **¿Qué estaba develando Freud, y cuál fue su propuesta para comprender nuestra naturaleza humana?**

Freud, trató de entender los acontecimientos de nuestra sociedad y, por ende, la estructura psíquica de quienes la conformamos, bajo tres instancias: Un **“Yo”** como representante del principio de realidad, un **“Ello”** como expresión del principio del deseo, y un **“Superyó”**, como la instancia regida por el principio del deber.

Justamente, realidad, deseo y deber, son principios freudianos, que atraviesan y están presentes -muchas veces de manera latente y no expresa-, a lo largo de toda la trascendental obra, del gran filósofo **Zygmunt Bauman**. Su aguda y acertada mirada, al extremo de llamar a la sociedad actual, en términos de **“modernidad líquida”**, con sus derivados -tan importantes como el primero-, como el **“amor líquido”**, **“tiempos líquidos”**, **“vida líquida”** y **“miedo líquido”**, por solo citar algunos; nos llevó a reflexionar y escribir la presente obra.

¿No será que detrás de toda esta “modernidad líquida” y sus bifurcaciones, bien podríamos estar hablando de un “Yo líquido consumidor”? Es decir, de un **“Yo”**, que al ser **“líquido”**, fluye, es impredecible, se transforma fácilmente, está en constante cambio y movimiento, y como el agua, es imposible de **“agarrar”** y de mantener una forma constante. Y de un **“Yo”**, que al ser **“consumidor”**, vive inmerso (sin darse cuenta), en un consumismo desmedido, en medio de una acumulación de objetos, de compras innecesarias y desbocadas adquisiciones que -supuestamente-, le otorgan poder, **“falo”**, diría **Freud**.

El psicoanálisis, pone definitivamente bajo sospecha, el papel preponderante de la razón. El incontrolable y oscuro inconsciente, pasa a ser considerado, el verdadero factótum de la vida humana.

Marc Pepioli

Apertura
Grupo de Comunicación Multimedia

ISBN: 978-612-49090-3-0



9 785124 909030