



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO
“Ser” un padre...

CLAUDIO GUILLERMO PERRY ROSAS

Monografía para optar al grado de Postítulo en Psicología,
Mención Clínica Psicoanalítica de Adultos

Profesor guía: Rodrigo de la Fabian

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Santiago, Chile
2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. El concepto de <i>trauma</i> en Freud	7
2.2. <i>Acting out</i> y <i>paso al acto</i> en Lacan	11
2.3. Puntualizaciones para el trabajo terapéutico	13
3. METODOLOGÍA	16
4. EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO	17
4.1. Identificación del paciente	17
4.2. Motivo de consulta	17
4.3. Contexto de atención clínica	18
4.4. Antecedentes clínicos relevantes	20
4.5. Hipótesis diagnóstica	21
4.5.1. Nivel descriptivo	21
4.5.2. Nivel estructural	24
5. DESARROLLO DEL CASO	29
5.1. Comienzo del tratamiento	29
5.2. Culpa en relación a su familia	30
5.3. Ámbito de familia	31
5.4. La vivencia de la violación	34
6. ANÁLISIS COMPRENSIVO DEL CASO	38
6.1. Desmayo como <i>acting out</i>	38

6.2. <i>Trauma</i> de la violación y de la separación de sus padres	43
7. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES	49
8. REFERENCIAS	53

1. INTRODUCCIÓN

“Siento que no puedo quedarme en ese lugar, tengo una vida”.

J.

El presente caso lo elijo con motivo de dar cuenta del aporte que puede brindar el psicoanálisis para el abordaje de un caso particular en el marco de las entrevistas preliminares, principalmente a partir de las propuestas de Sigmund Freud y Jacques Lacan.

El desarrollo de esta monografía se encuentra atravesado por una inquietud que surge a partir de la tensión que se presentó entre la teoría y la clínica en la situación transferencial, fundamentalmente a raíz de un impasse que me exigió una re-lectura del lugar que el diagnóstico de *Estructura Clínica* tiene para la comprensión del sufrimiento subjetivo y para la orientación de las intervenciones clínicas que formulé en un momento determinado del proceso terapéutico.

La reflexión clínica que propongo interroga directamente el sitio que ocupó la “comprensión” en mi escucha del paciente, tanto de aquello que obstaculizó la apertura del caso como de lo que me permitió reformular el trabajo clínico que me encontraba realizando, cuestión que conllevó, finalmente, a que pudiera acompañarlo en traducir su malestar en una pregunta fundamental que logró movilizarlo como sujeto. De este modo, las preguntas que orientan este trabajo son: ¿qué implica escuchar a un paciente?, ¿qué contribuciones teóricas y clínicas puede brindar la perspectiva psicoanalítica para abordar el *trauma* y el registro del “acto” en el marco transferencial?, ¿en qué punto la teoría permite o impide la apertura de nuevos sentidos posibles para el entendimiento un caso?

De acuerdo a la perspectiva psicoanalítica, el trabajo terapéutico debe proporcionar un espacio que permita relevar la particularidad del sufrimiento subjetivo del paciente que asiste a consultar. Dicha lógica se fundamenta en la determinación de cada sujeto por lo inconciente: “otra escena” que se encuentra estructurada “como un lenguaje” y que se instaura por la sexualidad que el Otro inscribe en el cuerpo.

Al fundarse en el lugar del Otro, el sujeto queda capturado en un discurso que lo representa y lo determina, lo cual establece la condición de posibilidad para que se manifieste dividido entre la imagen narcisista y la fragmentación real que desconoce, y entre los significantes que son constitutivos del lenguaje. A su vez, esta estructuración implica que su deseo queda articulado en el deseo del Otro, y con ello, que el “saber” acerca de su “ser” termine siendo ocultado a causa de la represión. Dicha falta termina por asumir la forma de un enigma respecto del origen, la muerte y la sexualidad que intentará responder mediante el *fantasma*: montaje que organiza su relación con lo real y que lo protege de su radical dependencia con relación a los significantes. La asunción de esta escena, lo llevará a adoptar una determinada posición frente al Otro mediante un particular modo de recuperación de goce que se esconde bajo la *demanda* de amor o reconocimiento.

Esto conduce a fundar un método de tratamiento de las perturbaciones neuróticas que indaga los procesos inconcientes por la vía del discurso del sujeto, en la medida que la palabra posee gran importancia por los efectos que produce a nivel sintomatológico. Asimismo, este procedimiento se vale de la transferencia, la cual consiste en un modo particular de relación que establece el paciente con el terapeuta en que se pone en juego la “metáfora del amor”: el paso de un sujeto (que carece de algo que puede desear) a objeto (aquel que tiene algo en su interior que cautiva a quien lo desea). Es en el manejo de este lazo donde el terapeuta debe procurar conducir al paciente a que considere su sufrimiento como un objeto de valor, digno de investigación, que forma parte de su “ser” y de su historia. Ya en el marco de las entrevistas preliminares, la exploración del malestar del paciente debe posibilitar la traducción de su síntoma en una pregunta fundamental que lo implique subjetivamente, es decir, que su queja pueda tomar la forma de una *demanda* de análisis que logre convocarlo en su deseo inconciente más allá de su motivo de consulta manifiesto.

El caso que expongo a continuación ilustra el proceso psicoterapéutico de J., sujeto que asiste a la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales motivado

principalmente por su pareja, la cual le recomendó que consultara debido a la “*inseguridad*” y los “*celos*” que estaba presentando con ella.

En el transcurso del trabajo clínico se presentaron diversos giros, los cuales se vincularon a la escucha que estaba teniendo del caso y a las intervenciones que llevé a cabo en ciertas ocasiones específicas. Un hito que resultó fundamental en este proceso fue el desmayo que presentó el paciente después de haber salido muy angustiado de una sesión, ya que fue por medio de este “acto” que me mostró algo que no estaba escuchando y que concernía a la particularidad de su sufrimiento, su discurso y su deseo. Después de que pude leer lo subjetivo que se puso en juego en ese *acting out*, logré percatarme retrospectivamente de la *demanda* de amor y de las preguntas fundamentales que había levantado en transferencia.

La relevancia de esta monografía consiste en proponer una mirada crítica de los límites y oportunidades que brindó la “comprensión” teórica para aprehender la particularidad del sufrimiento y del deseo en el paciente. Por tanto, no sólo cabe relevar una crítica dirigida hacia los diagnósticos que se amparan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en lo que atañe a la reducción del sujeto, sino que es necesario considerar, además, el empleo que hace el terapeuta del recurso teórico cuando establece una dirección para el trabajo clínico.

La construcción de este escrito fue posible gracias a los aportes de la supervisión clínica y del Taller de Destrezas Clínicas, espacios en los que la discusión del registro de las sesiones posibilitó otras lecturas y abordajes posibles del caso.

2. MARCO TEÓRICO

El caso que a continuación desarrollaré y analizaré, incluye las perspectivas teóricas que Freud estableció en relación al *trauma* y Lacan en torno a la distinción entre *acting out* y *paso al acto*. A su vez, también incluyo las consideraciones de este último en relación a la contratransferencia, ya que éstas me permitieron re-definir la dirección que le estaba dando al trabajo terapéutico después de ocurrido un impasse a nivel transferencial.

De acuerdo a la noción de *trauma* en Freud, distingo 3 momentos: la “teoría de la seducción”, la “teoría de la sexualidad infantil” y el abordaje que establece a partir de 1920 con el concepto de *compulsión de repetición*. Para efectos del análisis comprensivo que deseo exponer ulteriormente, acentúo los dos últimos momentos.

En relación a los conceptos de *acting out* y *paso al acto*, presentaré principalmente el artículo “Pasaje al acto y *acting out*” del seminario X “La angustia”, y en relación al problema del *deseo del analista*, relevaré los textos “Crítica de la contratransferencia” y “Demanda y deseo en los estadios oral y anal”.

2.1. El concepto de *trauma* en Freud

En los primeros escritos que Freud publicó en la década de 1890, propone un modelo del *trauma* que nace a partir de su experiencia clínica con pacientes neuróticos.

En el texto “La herencia y la etiología de las neurosis” (1896a), el autor propone que, a nivel etiológico, en la histeria y la neurosis obsesiva el agente patógeno es siempre el deseo sexual de un adulto experimentado en la temprana infancia. En ambos cuadros dicha seducción es vivida pasivamente, no obstante, en el caso de la neurosis obsesiva, esas acciones sexuales despiertan en el niño el deseo de agredir sexualmente a otro par. Este conjunto de hipótesis conforma lo que se puede llamar la “teoría de la seducción infantil”, la cual estará vigente en lo sucesivo hasta 1906, año en que Freud la abandona oficialmente con el artículo “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis” (1906 [1905]).

En relación a la temporalidad del *trauma psíquico*, Freud (1896b) plantea que se presenta un desfase entre el despertar sexual infantil (que ocurre por el influjo del recuerdo de la vivencia de seducción) y la maduración puberal de los genitales. A partir de esta conjetura, señala que “los traumas infantiles producen efectos retardados {nachträglich} como vivencias frescas, pero entonces los producen inconscientemente” (p.168), lo cual autoriza a proponer que el *trauma*, compuesto por los recuerdos de las agresiones sexuales, acarrea elevados montos de excitación sexual para el sujeto en un tiempo que antecede a la maduración de sus órganos reproductores.

Un giro importante de las intelecciones que Freud venía sosteniendo hasta este momento en lo relativo a la etiología de las psiconeurosis, se plasma en el papel que le comenzó a asignar a las *fantasías sexuales infantiles* en el ocasionamiento de los síntomas.

En la “Carta 69 (21 de Septiembre de 1897)”, Freud le comunicaba a Fliess que ponía en entredicho la “teoría de la seducción infantil” –como explicación etiológica de las neurosis- a causa de su descreimiento en la objetividad de las escenas sexuales relatadas por sus pacientes y por razones que se relacionan a los resultados de su práctica clínica. En su lugar, propondrá a la *fantasía sexual* vinculada al relato de los padres como aquel factor etiológico que, en calidad de “realidad psíquica”, participa en el despliegue del síntoma neurótico.

Esta nueva hipótesis, conlleva la aparición de una sexualidad que en sí misma adquiere un estatuto “traumático” y comenzará a tomar un mayor protagonismo que la “teoría de la seducción” establecida anteriormente. Por consiguiente, es desde este momento que la etiología de las psiconeurosis comprende principalmente una “teoría de la sexualidad infantil”, la cual será desarrollada extensamente en el texto “Tres ensayos de una teoría sexual” (1905).

El segundo de estos ensayos que tiene por nombre “La sexualidad infantil”, presenta un fundamento capital de la doctrina psicoanalítica: la ampliación de la sexualidad al periodo de la temprana infancia, con lo cual se critica la concepción popular que supone que ésta sólo despertaría en el periodo de la pubertad y que, por tanto, se

reduciría exclusivamente a la actividad genital. Las diversas exteriorizaciones sexuales de los niños hacia el tercer o cuarto año de vida, caen progresivamente en una amnesia debido a la inhibición que sufre la *pulsión sexual* por acción de los “diques orgánicos” (asco, vergüenza e ideales estéticos y morales), los cuales constriñen su desarrollo por determinados caminos que contienen un valor para la cultura. Una característica importante de las expresiones sexuales infantiles, es que éstas surgen gracias al *apuntalamiento* de la *pulsión sexual* en las *funciones de autoconservación* de la vida en el momento en que el niño mama del pecho materno –o su subrogado- para satisfacer su necesidad de alimentarse, sin embargo, la estimulación de los labios (que se comportan como una *zona erógena*) por el cálido aflujo de la leche, tiene por consecuencia que la satisfacción sexual se busque repetidamente en tanto se ha divorciado de la necesidad de buscar alimento. Es de esta manera que Freud propone una explicación del origen de los síntomas neuróticos, estableciendo que las zonas corporales y actividades comprometidas en las psiconeurosis son las mismas que se encuentran implicadas en las operaciones sexuales infantiles. De esto se desprende que la madre -u otra figura significativa que la sustituya- inscribe la sexualidad en el cuerpo del niño al satisfacer su necesidad de alimentarse, por tanto, su cuerpo no sólo cumple con las actividades relacionadas a las *funciones de autoconservación*, sino que adquiere el estatuto de un *cuerpo erógeno*.

Estas consideraciones adquieren un ordenamiento en el esquema que Freud (1917 [1916-17]) denomina “ecuación etiológica de la neurosis”, el cual propone para situar las variables que participan en la aparición del síntoma neurótico. Señala que la “causación de neurosis” deviene por una suma de excitaciones provenientes de la “predisposición por fijación libidinal” y del “vivenciar accidental traumático” que el aparato anímico del adulto no logra elaborar psíquicamente. En relación a la “predisposición por fijación libidinal”, el autor señala que se compone de la “constitución sexual” (que incluye la “herencia” del “vivenciar prehistórico” de los antepasados) y del “vivenciar infantil” (que se compone de los placeres que son propios de la sexualidad infantil). En caso de que un sujeto padezca un “vivenciar accidental” (*trauma actual* que provoca una “herida” o “escansión” en el sujeto) que

tenga un nexo asociativo con las variables que conforman la “predisposición por fijación libidinal”, se generará una sumatoria de excitaciones que sólo podrán ser tramitadas por la vía sintomática. De esto surgen dos consecuencias: el *trauma actual* adquiere el estatuto de velo de una “vivencia” o *fantasía sexual infantil* y, por otro lado, que el “vivenciar infantil” adquiere importancia por un efecto retroactivo a partir del “vivenciar accidental traumático”.

En el texto “Más allá del principio de placer” (1920), Freud establece un tercer modelo de *trauma* que construye a raíz de la constatación de tres referentes clínicos. El primero es “lo desagradable como repetición en la transferencia”, aquello que genera un profundo malestar en la transferencia y que altera el equilibrio de la serie placer-displacer. El segundo corresponde al “sueño traumático”, el cual “...irrumpe produciendo la ruptura de la barrera contra-estímulo del aparato anímico. Esto lo lleva a afirmar, en la 29ª conferencia, *Revisión de la doctrina de los sueños*, que son un *intento* de cumplimiento de deseo” (Manfredi, 2003, p.76). El tercero corresponde al “juego infantil”, en cuanto

...no deja de sorprender a Freud la renuncia de la satisfacción pulsional “al consentir sin objeciones la partida de la madre”....Ya no se trata simplemente de un displacer que puede ser recuperado como placer. Se trata de la irrupción de una repetición ligada a una satisfacción de otro orden (p.77).

En relación al *trauma* propiamente tal, Freud (1920) señala que éste se produce a causa de una perforación de la “barrera antiestímulo” que protege al aparato psíquico del influjo de excitaciones provenientes del mundo externo. Dicha efracción tiene lugar debido a la ocurrencia de un acontecimiento externo experimentado “sin preparación” que destrona el “principio de placer”, lo cual implica que el funcionamiento del aparato psíquico quede a merced del ejercicio de la “compulsión de repetición” que busca repetidamente la ligazón del exceso de excitación mediante la producción de *terror*.

A lo anterior, Freud agrega en el apéndice C de “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) una distinción de los conceptos de *angustia*, *dolor* y *duelo* valiéndose de la experiencia que sufre el lactante frente a la partida de la madre. En relación al *dolor*,

señala que es vivido por el niño como una “situación traumática” que tiene lugar debido a que no ha adquirido aún el discernimiento de que el objeto puede reaparecer. La desesperación que lo embarga se comporta como un estímulo análogo al *dolor corporal*, con la diferencia de que en este caso la tensión no se juega en el plano de la investidura narcisista, sino en la investidura de objeto. En el caso de la *angustia*, el niño ya cuenta con la posibilidad de registrar la partida de la madre –o la pérdida de su amor- como una “señal de peligro”. Respecto del *duelo* recuerda que “...se genera bajo el influjo del examen de realidad, que exige categóricamente separarse del objeto porque él ya no existe más” (p.160). Explica el carácter doliente de este proceso a razón de “...la elevada e incumplible investidura de añoranza del objeto en el curso de la reproducción de las situaciones en que debe ser desasida la ligazón con el objeto” (p.161).

En suma, si bien Freud concibe a la sexualidad como “traumática” en sí misma a partir de la “teoría de la sexualidad infantil”, retoma posteriormente la consideración de un “suceso traumático” para explicar la particularidad de las manifestaciones sintomáticas que se sitúan en un “más allá del principio de placer”.

2.2. *Acting out* y paso al acto en Lacan

En el capítulo “Pasaje al acto y *acting out*” del seminario “La angustia” (1962-1963), Lacan distingue dos modalidades que emplea el sujeto para evitar una *angustia* que lo desborda. Se vale del “caso Dora” y del “caso de la joven homosexual” que Freud publica en 1905 y en 1920 respectivamente, y del “caso de plagio” que Kris publica en 1951 para introducir, por la vía ejemplos, como dos definiciones operativas dan cuenta del rol que tiene el analista en escuchar lo que el paciente no dice y actúa mediante una “transferencia sin análisis”. Esto lo lleva a discutir la propuesta de autores como Balint o Greenacre, los cuales sostienen que el “domeñamiento transferencial” se debe realizar por la vía de un “reforzamiento del yo”.

Tomando como referencia el artículo “Inhibición, síntoma y angustia” que Freud publicó en 1926, refiere que la *angustia* corresponde a una “señal” que se manifiesta en el límite del campo imaginario del yo a raíz de la aparición del *objeto a*: objeto “causa de deseo” que Lacan (1963) introduce en este seminario para dar cuenta del

resto *real* que el niño pierde de sí mismo en cuanto “...se constituye [como sujeto tachado] en el lugar del Otro como marca del significante” (p.127-128).

En la medida que el niño deviene *sujeto* debido al influjo del significante,

...hay un resto, a saber, el falo en la medida que se presenta en todo lo que es la localización imaginaria bajo la forma de falta, de $-\phi$. Para decirlo de otra manera, este símbolo, $-\phi$, designa la castración imaginaria inducida por la metáfora paterna. Lacan no lo dice expresamente, pero su discurso no se entiende de otra manera (Safouan, 2010, p.222).

Por consiguiente, la *angustia* se manifiesta como un indicador “estructural” que surge por la confrontación del sujeto con el “deseo del Otro”; dicho de otra manera, “señaliza” la falta de aquella “falta” necesaria como condición fundamental para la emergencia del deseo.

Respecto del *acting out*, Lacan (1963) señala que “...es esencialmente algo, en la conducta del sujeto que se muestra. El acento demostrativo de todo *acting out*, su orientación hacia el Otro debe ser destacado” (p.136). En este sentido, aquello que “se muestra” tiene una “estructura de ficción” y llama a la interpretación del Otro en el marco de una “transferencia salvaje” (no analizada), no obstante, el autor recuerda que es fundamental no interpretar dicha conducta, sino atender al “resto” mediante la posición que tome el analista. Como señala Chemama (2002):

Durante un análisis, el acting out es siempre signo de que la conducción de la cura está en una *impasse*, por causa del analista. Revela el desfallecimiento del analista, no forzosamente su incompetencia. Se impone cuando, por ejemplo, el analista, en vez de sostener su lugar, se comporta como un amo [*maître*: también: maestro] o hace una interpretación inadecuada, incluso demasiado ajustada o demasiado apresurada (p.4).

A diferencia del “acto” anterior, Lacan (1963) plantea que

...el momento del pasaje al acto es el de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento. Es entonces cuando, desde allí donde se encuentra –a saber, desde el lugar de la escena en la que como sujeto fundamentalmente historizado, puede únicamente mantenerse en su estatuto de sujeto- se precipita y bascula fuera de la escena (p.128).

De esta manera, el *paso al acto* se entiende como la “caída” del sujeto: “desmontaje” del *fantasma*, efecto de la *identificación* con el *objeto a* que toma la forma de una reacción inconsciente, incontrolada e impulsiva, y que lleva al sujeto a situarse como “desecho a evacuar” (Chemama, 2002). No llama a la interpretación del Otro como en el caso del *acting out*, por tanto “...no se dirige a nadie y no espera ninguna interpretación, aun cuando sobrevenga durante una cura analítica” (Chemama, 2002, p.5).

Así, Lacan retoma lo desarrollado por Freud (1914,1920) en torno a la “repetición” del sujeto que tiene lugar en la transferencia –por cuanto ésta reemplaza la posibilidad de “recordar”-, no obstante, aporta una distinción operativa que releva el papel de la escucha por parte del analista en tanto que ocupa el lugar del Otro.

2.3. Puntualizaciones para el trabajo terapéutico

Lacan (1961a) plantea que aquello que comúnmente es denominado como contratransferencia por los analistas, corresponde a un fenómeno objetivo, propio e irreducible de la situación analítica que se articula por la posición que toma el analista y el analizando en el marco transferencial. Discute las propuestas de autores del círculo kleiniano como Money-Kyrle y Paula Heinmann que acentúan el papel que tiene la “comprensión” en la dirección del análisis.

A propósito de la situación analítica, Lacan (1961a) plantea que

Por el solo hecho de que hay transferencia, estamos implicados en la posición de ser aquel que contiene la *ágalma*, el objeto fundamental que está en juego en el análisis del sujeto, en cuanto vinculado, condicionado por la relación de vacilación del sujeto que nosotros caracterizamos como aquello que constituye el fantasma fundamental, como aquello que instaura el lugar donde el sujeto puede afirmarse como deseo (p.223).

Lo anterior permite entender la transferencia como una “metáfora del amor”: como “...la transformación que se da de sujeto (amante o *erastés*, aquel que careciendo de algo puede desear) a objeto (amado o *erómenos*, aquel que tiene algo en su interior que cautiva al *erastés*: el *agalma*)” (Miranda, 2003, pp.53-54), lo cual supone que el analista debe suspender la “comprensión” del analizando con motivo

de sostener su deseo. Dicha posición, se fundamenta no sólo como una condición que permite el surgimiento de la transferencia, sino como un camino ético vinculado a la responsabilidad que debe tener el analista en la dirección que le brinda al trabajo analítico.

Lacan prosigue la reflexión en torno a la relación de la *demanda* del sujeto con su deseo en el artículo “Demanda y deseo en los estadios oral y anal” (1961b). Delimita el término “comprensión” señalando que se aplica cuando el analista cree poder responder a la *demanda* del analizando, cuestión problemática en la medida que no repara que la *demanda* es ocultada por el sujeto –lo cual conlleva que debe ser interpretada-, y su satisfacción, tiene por consecuencia la “muerte del deseo”.

Propone una lectura de los estadios “anal” y “oral” del “desarrollo de la libido” estableciendo que, al encontrarse estructurados por el significante, incluyen un encuentro de la *demanda* del sujeto con la *demanda* del Otro.

En el caso del “estadio oral” refiere que “...a la demanda de ser alimentado le responde, de un modo que podemos llamar lógicamente contemporáneo de esta demanda, en el lugar del Otro, en el nivel del Otrón, la demanda de dejarse alimentar” (p.232). En el momento en que ambas *demandas* se encuentran, se precipita en el sujeto un deseo que excede la tendencia natural de satisfacer el hambre y que busca prevalecer por sobre la *demanda* del Otro.

Análogamente, Lacan (1961b) plantea que en la “fase anal”

...de lo que se trata es de una disciplina de la necesidad, la sexualización sólo se produce en el movimiento del retorno a la necesidad. Es aquel movimiento que, por así decir, legitima la necesidad como don a la madre, quien espera que el niño satisfaga sus funciones y haga salir, aparecer, algo digno de aprobación general (p.234).

Es por esta razón que el “estadio anal” se instala como el “campo de la oblatividad”: como el escenario en que la satisfacción de su necesidad de defecar se legitima como una satisfacción para el Otro en tanto se constituye con un “don”. Asimismo, “...el margen del lugar que sigue siendo del sujeto, dicho de otra manera el deseo, será simbolizado por lo que es arrebatado en la operación. El deseo literalmente se va a la mierda” (p.235). Esto conlleva que, a raíz de su paso por esta fase, el sujeto

presente una imbricación entre lo que el Otro demanda y su propio deseo, lo cual se constituirá como un conflicto que lo impulsará a buscar el reconocimiento de ese Otro "...allí donde podría suponerse que puede desear" (Chemama, 2002, p.83).

Es debido a las razones anteriores que Lacan (1961b) refiere que

Toda forma prematura de la interpretación es criticable en la medida que comprende demasiado deprisa, y no se da cuenta de que lo más importante de comprender en la demanda del analizado es lo que está más allá de esa demanda. El margen del deseo es el de lo incomprensible. En la medida que esto no es percibido, un análisis se cierra prematuramente y, por decirlo todo, está malogrado (p.239).

En consecuencia, para este autor el analista debe precaverse de "comprender" demasiado rápido al analizando y ejercer una contrademanda -bajo la forma de interpretaciones que apunten a descifrar lo inconciente- que termine por obturar su deseo. Por otra parte, no importa si el analista siente afectos que no "comprende" en un análisis en curso, sino que pueda suspender su saber con motivo de permitir que emerjan las condiciones para la instalación de la "metáfora del amor", fenómeno central que constituye el pivote del proceso analítico.

3. METODOLOGÍA

El material que utilicé para el desarrollo de esta monografía lo obtuve por medio del registro escrito de las sesiones en el marco de su desarrollo o una vez finalizadas. La mayor parte de las notas fueron de carácter textual y, para efectos de su exposición, las destaco con cursiva y entre comillas. También incluyo el resumen de algunas sesiones con la finalidad de organizar los ejes principales que fueron tratados, así como el examen de lo concerniente a mi posición como terapeuta. Ambos elementos resultaron fundamentales en la medida que me permitieron sistematizar los distintos giros que se presentaron en el transcurso del proceso terapéutico.

Integro además el análisis y las discusiones que tuvieron lugar en las supervisiones y en el Taller de Destrezas Clínicas, por cuanto en ambos espacios se sugirieron, desde una orientación psicoanalítica, otras lecturas y abordajes posibles que me ayudaron a enriquecer mis propias reflexiones.

Las distintas interrogantes y conjeturas que se desprenden del análisis del paciente, emergieron a raíz del intento de descifrar su discurso y aquello que escenificó bajo la forma un desmayo, en la medida que tanto el registro de la palabra como la del “acto” constituyeron un objeto valioso de investigación que lo convocaron como sujeto.

Por otra parte, cabe señalar que la información del caso fue tensionada con los aportes de Sigmund Freud y Jacques Lacan. Éstos incluyen nociones como *trauma*, *acting out* y *demanda* que me posibilitaron ordenar teóricamente el caso y establecer una dirección clínica en función de las preguntas fundamentales que J. instaló en el curso de las sesiones.

4. EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1. Identificación del paciente

El paciente que para efectos del caso será llamado J., tiene 26 años y vive en la comuna de Ñuñoa de la Región Metropolitana. Es estudiante de ciencias políticas, traductor bilingüe y profesor particular de inglés. Actualmente vive con su esposa de 37 años, la cual es psicóloga, escritora y dueña de la editorial donde trabaja.

Su padre tiene 55 años y se desempeña como trabajador en marketing, y su madre -de 46 años-, trabaja como secretaria. Éstos se separaron cuando J. tenía 3 años. Tiene una hermana de 12 años que se encuentra estudiando séptimo básico y piensa que esta nació debido a un encuentro fortuito entre sus padres. Por otra parte, tiene una media hermana de 22 años que estudia fotografía, y un medio hermano de 14 años que se encuentra cursando octavo básico, los cuales provienen del segundo matrimonio del padre.

4.2. Motivo de consulta

J. fue derivado de Bienestar Estudiantil por sospecha de *Trastorno de Ansiedad Generalizada* y tuvo ingreso con el terapeuta en la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales el día 27 de Junio de 2015. Asistió por recomendación de su pareja (actualmente su esposa), la cual le señaló que consultara por atención psicológica debido a los “celos” que estaba presentando con ella.

Al exponer su motivo de consulta plantea *“son varias cosas. Lo que más me aqueja es que desde Mayo en adelante he tenido episodios de ansiedad y nerviosismo. No podía manejar la presión de algunas cosas, la carga universitaria, también con mi novia, con lo cotidiano de eso, y también problemas sexuales graves, eyaculación precoz. No sé si tendrá que ver...a los 14 o 15 años sufrí un abuso”*. Agrega que en Julio viajará junto a su pareja a New York por motivos laborales concernientes a la editorial, lo cual lo hace sentir *“ansioso”*.

Como expectativa de tratamiento refiere *“conllevar mejor el tema del abuso, asimilarlo, eso es lo principal y el tema de la inseguridad, en la relación [con su*

pareja] tengo ese miedo a la separación". Además, espera que el tratamiento le ayude a "disminuir la ansiedad".

4.3. Contexto de atención clínica

Como refiere el Protocolo de la Clínica Psicológica U.D.P. (2014), la Clínica Psicológica UDP corresponde a un centro de salud mental de carácter docente asistencial, que cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadora social y psicopedagoga. Este centro participa, además, de la formación de psicólogos por medio de cursos y talleres clínicos de la carrera, prácticas profesionales, pasantías y postítulos.

Recibe solicitudes de atención en salud mental provenientes de tres fuentes: demandas espontáneas, derivación de instituciones externas y derivaciones internas (profesionales de la Clínica Psicológica, cursos de la carrera, y talleres de pregrado y postgrado de la Universidad). Las demandas de atención son registradas en el software por parte de la secretaria, información que se remite a la dirección de la institución o a los profesionales asignados para estos efectos, debiéndose evaluar en primera instancia el grado de complejidad del caso y hacer la derivación correspondiente, ya sea a un taller clínico, a un practicante, a un pasante o a un postitulante. El caso será remitido a recepción si no se logra determinar su nivel de complejidad, y por otro lado, si cumple con criterios de exclusión contempladas por la Clínica Psicológica, se le realizará al paciente una derivación acompañada a algún organismo de la red que resulte pertinente para trabajar su problemática.

Una vez que el caso sea derivado a una de las instancias señaladas anteriormente, se asignará un profesional o psicólogo en formación que lleve a cabo la primera atención, y la secretaria deberá informarle los datos del paciente asignado junto con solicitar una hora para efectuar la primera atención.

En el caso particular de derivación a un postitulante que curse el Postítulo en Clínica Psicoanalítica de Adultos en la Universidad, la causal de ingreso deberá estar asociada a una demanda de atención psicológica, la cual podrá ser complementada con otro profesional del equipo en caso de ser pertinente una vez realizada la

primera entrevista. En esta última se debe ejecutar la firma de la Declaración de Consentimiento Informado General por parte del paciente, y en caso de que se requiera, los consentimientos para utilizar la sala de espejo y/o para grabar la sesión.

De acuerdo al encuadre de las atenciones, el postulante debe transmitir de manera adecuada los siguientes lineamientos institucionales al usuario: informar acerca del contexto institucional de la Clínica U.D.P. y que las atenciones psicológicas serán supervisadas por un profesional perteneciente a su programa de estudios; indicar la posibilidad de brindar un trabajo complementario con algún miembro del equipo multidisciplinario del centro en caso de ser necesario; informar sobre el deber de asistir puntualmente a las sesiones y de dar aviso en caso de inasistencia; informar que, en caso de tres inasistencias consecutivas sin justificación formal, se procederá a realizar el alta administrativa del caso; señalar que el tratamiento finaliza una vez que el psicólogo y/o el equipo tratante determinen el alta clínica; y por último, informar que todas las prestaciones en la Clínica Psicológica posee un arancel correspondiente el cual se acuerda previamente con la institución.

En relación al trabajo particular que llevé a cabo con este paciente, mantuvimos un trabajo terapéutico que constó de una sesión por semana. En un comienzo, me pidió un certificado psicológico por cuanto presentaba dificultades en el cumplimiento óptimo de sus labores académicas, lo cual le impedía mantener las becas que le permiten seguir estudiando. En Diciembre de 2015, me solicitó otro certificado con motivo de anular el primer semestre debido a que se encontró en “causal de eliminación”.

Después de la primera sesión psicológica, lo derivé a co-terapia con el psiquiatra de la Clínica Psicológica por sospecha de *Trastorno por Estrés Post traumático con Crisis de Angustia*. Asistió a dos sesiones con este profesional, el cual le diagnosticó finalmente *Trastorno de Ansiedad Paroxística con Agorafobia* y sospecha de *Trastorno de Ansiedad Generalizada*.

4.4. Antecedentes clínicos relevantes

J. nació con *Tetralogía de Fallot* (modalidad de cardiopatía congénita) y fue operado del corazón a los 3 y a los 9 meses. Ha asistido regularmente desde pequeño a controles para regular las arritmias que sufre y para revisar la evolución de dicho cuadro.

Sufrió una violación en el baño de su colegio a los 14 o 15 años cuando se encontraba en primero medio. Esto se lo comunicó algunos meses después a sus padres y, si bien realizaron la denuncia, el sujeto salió libre por ser menor de edad. Repitió ese año debido al impacto emocional que le causó dicho suceso y luego terminó su enseñanza media en otro establecimiento.

Tuvo tratamiento psicológico y psiquiátrico anteriormente en las dependencias de la Policía de Investigaciones de Chile por aproximadamente 2 años. A ese proceso lo califica como “*desagradable*” por cuanto sintió que la psicóloga, en su rol de perito, dudaba en un comienzo de que había sido forzado a tener relaciones sexuales. En sus palabras: *“La psicóloga ocupaba el rol de investigadora. Ella insistía en que era un juego sexual y no un abuso y yo le dije nooo. Me ponía en situaciones de aprieto para saberlo: ¿te gustó o no?, ¿fue voluntario o no?, ¿te sentiste amenazado o no? Te hacía como un juego de palabras. Salía con un peso, diferente de cuando salgo de acá, porque de acá salgo bien. Trataba de buscar una fisura más que algo reparador”*. Lo que rescató de ese trabajo terapéutico fue que finalmente ésta estableció que sí fue víctima de violación y que le haya aconsejado no tener “*culpa*”.

A los 17 o 18 años se intentó suicidar mediante un corte en el brazo. El padre acudió a él una vez que lo sorprendió y llamó a Help.

Entró a estudiar Pedagogía en Inglés en 2010 y se retiró en el tercer año de carrera. A pesar de que tenía buen rendimiento y era ayudante de una asignatura, decidió finalmente salirse de la carrera ya que, al realizar una de las prácticas en su primer colegio, recordó el suceso de la violación después de entrar al baño de los estudiantes (ya que el de los profesores se encontraba en reparación). Pensó que

en una situación en que un alumno pudiese vivir algo como lo que le pasó a él no podría tolerarlo.

Se ha encontrado con el victimario en varias oportunidades, y en una de éstas, el sujeto le enrostró que no lo habían podido enviar a la cárcel. No cree que éste lo haya estado siguiendo y refiere que lo denunciaría en caso de que fuese así. En Mayo de 2015, lo observó a lo lejos en el metro, suceso al que atribuye principalmente el surgimiento más frecuente de *Crisis de Pánico* en lugares cerrados, insomnio y la falta de concentración y atención que presenta en el ámbito laboral y académico.

Por otra parte, refiere que se presentan antecedentes de “*depresión*” por el lado de su familia paterna. Desde Abril del mismo año había comenzado a beber alcohol para disminuir ansiedad y para tener mejor rendimiento sexual.

4.5. Hipótesis diagnóstica

A continuación, describiré las hipótesis diagnósticas relacionadas con los síntomas de J. en un nivel descriptivo y estructural. La primera comprende un acercamiento a partir del paradigma médico relacionado al diagnóstico realizado por el psiquiatra de la Clínica Psicológica U.D.P., mientras que el segundo, señala una propuesta psicoanalítica que integra una discusión en torno a la sintomatología del paciente que fue realizada en el marco de supervisión y en el Taller de Destrezas Clínicas.

De este modo, señalaré algunos problemas clínicos que tuvieron lugar en el marco de las entrevistas preliminares del proceso terapéutico, las cuales estuvieron vinculadas a una intervención guiada por el diagnóstico de *Estructura Clínica Histórica*. El objetivo de una discusión en este nivel, permitirá sentar la reflexión por la pertinencia de dicho diagnóstico: si es un aporte, o eventualmente, un obstáculo para el entendimiento y el trabajo en torno a las manifestaciones clínicas del paciente.

4.5.1. Nivel descriptivo

Después de la primera sesión psicológica, derivé al paciente a co-terapia con el psiquiatra de la Clínica Psicológica por sospecha de *Trastorno por Estrés Post*

traumático con Crisis de Angustia, ya que había presentado signos como crisis de angustia, ideas de muerte, insomnio, amnesia circunscrita, ansiedad, fatiga, temor, culpa, ideas de muerte, disminución de la concentración y de la atención, flashbacks y compromiso de sus actividades laborales y académicas. Asistió a dos sesiones con este profesional, el cual le diagnosticó finalmente *Trastorno de Ansiedad Paroxística con Agorafobia* y sospecha de *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. El tratamiento farmacológico prescrito correspondió a Sertralina 50 mg. ½-0-0 y Ravotril 0,5 mg. 0-0-1 (opcional).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (1995), el *Trastorno de Pánico o Ansiedad Paroxística Episódica* corresponde a un diagnóstico que integra crisis recurrentes e imprevistas de ansiedad grave que suelen durar sólo unos minutos. Incluye signos como el “...comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad)” (p.325), y secundariamente, miedo a morir, perder el control y enloquecer. Además, la crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal en caso de que el paciente padezca un trastorno depresivo en el momento en que comienzan los ataques, debido a que en esas circunstancias, las crisis de angustia pueden ser secundarias a la depresión.

En lo concerniente a la *Agorafobia*, Herrán, Hoyuela, Parrilla y Vásquez-Barquero (2007), señalan que su componente fundamental es la emergencia de ansiedad “...a encontrarse en lugares o situaciones de las que escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o en las que, en el caso de aparecer un AP [*Ataque de Pánico*] o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda” (p.280). Se diferencia de otras fobias por cuanto incluye la evitación de múltiples eventos y no de un objeto o evento circunscrito, como por ejemplo, la evitación de eventos sociales como en la *Fobia Social*, o el exclusivo miedo a entrar en ascensores como en la *Fobia Específica de Tipo Situacional*.

Al igual que otros Trastornos de Ansiedad, Herrán et al. (2007) plantean que la etiopatogenia del *Trastorno de Pánico o Ansiedad Paroxística Episódica* es explicada desde un punto de vista psicosocial en la medida que, las “teorías

biológicas” que intentan dar cuenta de su causa mediante factores neurobioquímicos, neuroanatómicos y genéticos, no han presentado resultados concluyentes. Otras variables que se han estimado relevantes en este nivel, son acontecimientos vitales estresantes como “...pérdidas o separaciones tempranas, entornos familiares gravemente desestructurados; abuso físico y sexual; y abuso de alcohol parental o divorcio de los progenitores” (p.272). A su vez, a un nivel epidemiológico, este trastorno presenta un curso relativamente estable, y una mayor comorbilidad y cronicidad que otros trastornos mentales.

Por otra parte, J. ha presentado problemas de salud a muy temprana edad a raíz de una modalidad de patología denominada *Tetralogía de Fallot*. Como refieren González, Cadavid, Aguilera y Cazzaniga (2008), esta patología corresponde a una malformación congénita frecuente (11% de los recién nacidos con cardiopatía congénita), que incluye 4 anormalidades morfológicas en el corazón:

1. Comunicación interventricular.
2. Estenosis subpulmonar.
3. Origen biventricular de aorta -cabalgamiento-.
4. Hipertrofia ventricular derecha (p.140).

De acuerdo a estos autores, el paciente puede presentar un buen pronóstico cuando se realiza una intervención quirúrgica que puede llevarse a cabo en el periodo neonatal o en el periodo entre los 3 a 6 meses, sin embargo, pueden ser necesarias ulteriores cirugías para corregir problemas residuales. El seguimiento de los pacientes debe realizarse de por vida y su monitoreo integra técnicas no invasivas como la resonancia magnética nuclear, procedimiento que favorece la detección de complicaciones tardías y la decisión respecto del momento apropiado para indicar un reemplazo valvular pulmonar.

Para efectos del caso, el diagnóstico propuesto por el psiquiatra de la Clínica Psicológica U.D.P. da cuenta de los diversos síntomas que señala J. en las sesiones, no obstante, la necesidad de insertar un trabajo terapéutico destinado rescatar la particularidad del sufrimiento del paciente, me llevó a considerar –desde

un punto de vista psicoanalítico- la hipótesis de *Estructura Clínica Histórica*, la cual fue posteriormente discutida en supervisión y en el Taller de Destrezas Clínicas. Cabe agregar que, de acuerdo a la información que le señaló el cardiólogo a J., se descarta que las “crisis” que sufre puedan ser arritmias propias de la cardiopatía congénita que padece, y en consecuencia, lo llevó a considerar que éstas pudieron haber tenido un “*origen emocional*”.

4.5.2. Nivel estructural

En el escrito “La pregunta histérica” del seminario “Las Psicosis” (1955-1956), Lacan delimita el “campo analítico” estableciendo que éste debe operar en el nivel del significante. Critica a la psicología del yo por confundir el registro simbólico del imaginario, ya que ello implica borrar las diferencias radicales que se presentan a nivel estructural entre psicosis y neurosis, junto con ignorar que el trabajo analítico debe ser guiado por la pregunta que el sujeto le dirige al Otro. A partir del “caso de los sesos frescos” analizado por Kris establece que

El sujeto encuentra su lugar en un aparato simbólico preformado que instauro la ley de la sexualidad. Y esta ley sólo le permite al sujeto realizar su sexualidad en el plano simbólico. El Edipo quiere decir esto y si el análisis no lo supiese no habría dicho nada.

Lo que está en juego en nuestro sujeto es la pregunta *¿Qué soy? ¿soy?*, es una relación de ser, un significante fundamental. En la medida en que esta pregunta en tanto simbólica fue despertada, y no reactivada en tanto imaginaria, se desencadenó la descompensación de su neurosis y se organizaron sus síntomas. Cualesquiera sean sus cualidades, su naturaleza, el material del que han sido tomados prestados, éstos cobran valor de formulación, de reformulación, de insistencia inclusive de esa pregunta (pp.242-243).

Por consiguiente, la neurosis se encuentra estructurada simbólicamente en base a una pregunta por el “ser” que el sujeto le dirige al Otro, y que en este caso, toma la forma de “*¿...Quién soy? ¿un hombre o una mujer? y ¿soy capaz de engendrar?*” (p.243). Para el autor, esta pregunta es fundamental ya que determina el lugar que debe ocupar el analista y la dirección que debe conferirle al trabajo analítico. En palabras de Lacan (1956b):

...la práctica fascina la atención de los analistas sobre las formas imaginaria, tan seductoras, sobre la significación imaginaria del mundo subjetivo, cuando el asunto está en saber –esto es lo que interesó a Freud- qué organiza ese mundo y permite desplazarlo (p.247).

De manera análoga, respecto del “caso Dora” Lacan (1956a) señala lo siguiente:

Dora culmina en efecto en una pregunta fundamental acerca del tema de su sexo. No sobre qué sexo tiene sino: *¿Qué es ser una mujer?* Los dos sueños de Dora son, al respecto, absolutamente transparentes, no se habla de otra cosa: *¿Qué es ser una mujer?* y específicamente: *¿Qué es un órgano femenino?* Observen que nos encontramos aquí ante algo singular: la mujer se pregunta qué es ser una mujer; del mismo modo el sujeto masculino se pregunta qué es ser una mujer (p.244).

De este modo, además de la importancia que tiene la pregunta por el “ser” que le formula el sujeto al Otro, ésta toma la forma de “¿qué es ser una mujer?” tanto en la histérica como en el histérico. Asimismo, la ponderación que se tenga acerca de la interrogación por el “ser”, posibilita el acceso a la “duplicidad subjetiva”, vale decir, a la pregunta por el sujeto que desea en el analizando, cuestión de suma importancia por cuanto el “fenómeno analítico” (síntoma, lapsus, acto fallido, olvido, sueño y chiste) posee un “plano de estructura” (Lacan, 1956b).

Cabe agregar que el diagnóstico de *Estructura Clínica Histérica* no se realiza ateniéndose a los síntomas que presenta el paciente, sino al modo en que éste opera con su deseo en el marco transferencial: “ser” el objeto de lo que el Otro desearía. En palabras de Dor (2000):

Las correlaciones que existen entre un síntoma y la identificación diagnóstica suponen la puesta en acto de una cadena de procesos intrapsíquicos e intersubjetivos que dependen de la dinámica de lo inconsciente. Esta dinámica jamás se desarrolla en el sentido de una implicación lógica e inmediata entre la naturaleza de un síntoma y la identificación de la estructura del sujeto que se manifiesta (p.23).

En consecuencia, la *Estructura Clínica Histérica* no manifiesta de forma unívoca un determinado orden de síntomas ya que, en tanto su “rasgo estructural” principal sea “...la alienación subjetiva....en su relación con el deseo del Otro” (p.90), éstos pueden emerger -en su heterogeneidad- para capturar el deseo del terapeuta.

Las proposiciones anteriores permiten introducir, en primera instancia, un problema en lo relativo al diagnóstico de *Trastorno de Ansiedad Paroxística con Agorafobia*: ¿qué significa que un paciente no tenga un vínculo adecuado con la realidad? Esta pregunta surge a raíz de una reflexión acerca de aquello que organiza el mundo del sujeto (el orden signifiante que lo estructura como ser de lenguaje) y de aquello que lo recubre (registro imaginario).

Como refiere Lacan (1949), la forma total del cuerpo se construye de forma anticipada a la maduración del sistema nervioso y toma como modelo la imagen del semejante en el espejo, lo cual tiene por consecuencia que la forma de conocer del sujeto esté estructurada de forma paranoide. Por añadidura, todo acceso que el sujeto pueda tener del mundo estará mediado por una estructura de ficción surgida a raíz de la marca signifiante del Otro: no existe un signifiante que pueda representar totalmente aquello que se conoce (Lacan, 1963a). En este sentido, la pretensión de establecer un criterio patológico en base al grado de cercanía que se tenga de la realidad se vuelve al menos problemático.

Ahora bien, con respecto al caso propiamente tal, este diagnóstico fue discutido en supervisión y en conjunto levantamos diferentes hipótesis. Un primer elemento que juzgamos importante para determinar la “dinámica histérica” del paciente fueron los “ce/os” que manifestó con algunas de sus parejas: para éste, una mujer puede serle atractiva en la medida que haya captado la atención sexual de otros hombres. Esto supone que para el paciente “...la mujer es investida como un trofeo que, en un plano de exhibición ostentatoria de la virilidad, permite sostener la rivalidad con otros hombres, es decir, aquellos que el histérico está seguro de que realmente poseen el falo” (Dor, 2000, p.124). Además, pensamos que dicha “dinámica” pudo tener sus antecedentes en la inquietud que le provocaba ver —a los 6 años— cómo a su madre la miraban otros hombres. Otra observación que se sostuvo en dicho espacio corresponde a la función que la eyaculación precoz pudo tener para J.: con motivo de no evocar los flashbacks de la violación sufrida en su colegio, levantó dicho síntoma en calidad de boicot en los momentos en que se disponía a tener relaciones sexuales. Esta no sería la única relación entre la actividad sexual y su

sintomatología, ya que lo anterior también podría extenderse a las crisis de pánico que sufre, en cuanto éstas manifiestan signos sexuales análogos al orgasmo (respiración rápida, aumento de la frecuencia cardiaca, etc.). Por otro lado, también consideramos que la “*angustia*” que puede sufrir en soledad, puede traducirse en una *angustia* que surge frente a la mirada del Otro. Asimismo, sistematizamos distintas figuras de “lo masculino” que aparecen en su relato: “el hombre del cielo”, “el padre” y “el hombre de la violación”.

Todas estas conjeturas me llevaron a leer por parte de J. una *demanda* articulada a una pregunta por la masculinidad, lo cual encaminó en primer momento las intervenciones que le propuse. Sin embargo, en el contexto de la sexta sesión, le señalé una intervención que lo angustió mucho y que, de acuerdo a lo que me dijo posteriormente, pudo haber participado en el desmayo que padeció después de salir de la Clínica Psicológica (el detalle de este suceso lo daré a conocer posteriormente).

En el marco del Taller de Destrezas Clínicas, analizamos dicho fenómeno clínico y llegamos a la conclusión de que se trataba de un *acting out*, por cuanto algo de la intervención que le señalé, apeló a un elemento edípico intolerable para J. que, más allá de haber sido acertada o equivocada, no se la referí en el momento adecuado. En este sentido, el paciente me dio a mostrar un “montaje fantasmático” que no estaba escuchando: el levantamiento de una *demanda* que buscaba un cuidado materno, y que reclamaba no ser “violentado por el Otro” y que “no se lo dejara caer”.

En suma, la escucha que estaba teniendo del paciente y la dirección que le estaba dando al trabajo terapéutico, se vieron obstaculizadas a raíz del empleo que hice del diagnóstico, en la medida que me encontraba comprobando teóricamente la *Estructura Clínica Histérica* en el caso. Posteriormente, a partir de las reflexiones que surgieron en el Taller, reformulé el sentido de dicho diagnóstico y encontré que su aporte fue permitir un entendimiento de la variada sintomatología que presentó J. en las sesiones, las cuales incluyen manifestaciones regidas por el *principio de placer* (sueños de angustia, eyaculación precoz, crisis de angustia, celos y

desmayo), como otras que se encuentran bajo el alero de la *compulsión de repetición* (flashbacks). De igual modo, ya teniendo una *demanda* que logró ser delimitada, redefiní la orientación de mis intervenciones hacia la apertura de un discurso en J. que pudiese cuestionar sus *identificaciones* y que lo movilizara a seguir investigando el *trauma* que le asigna a la vivencia relacionada a la separación de sus padres.

5. DESARROLLO DEL CASO

5.1. Comienzo del tratamiento

Al comunicarme su motivo de consulta, me encuentro inicialmente preocupado. Si bien éste incluye dos hipótesis vinculadas al ocasionamiento de sus síntomas (la separación de sus padres y la violación de la que fue víctima en el baño de su colegio), me encuentro con la inquietud de cómo puedo indagar ese material en la medida que, de acuerdo al conocimiento previo que tenía de “sucesos traumáticos”, un paciente podría ser “re-traumatizado” al ser interrogado directamente respecto de un episodio de violencia sexual que haya sufrido. Después de supervisar dicho problema, se me indica que un camino de entrada para indagar la violación, puede ser la exploración de los flashbacks que ha presentado.

En la segunda sesión me señala que tuvo dos sueños. De acuerdo a sus palabras: *“soñé [el Domingo] que estaba en la casa con Claudia [su pareja actual] y que llegaba éste [quien lo violó] de la nada”*. Continúa diciendo que frente a cualquier noticia en que vea el significante “abuso”, siente “pena”, un “desánimo general” y que, en general, puede salir de ese estado estando “acompañado”. Posteriormente señala que, cuando se encuentra solo, empieza a acordarse del “abuso” que padeció a los 14 o 15 años y agrega *“lo siento en el cuerpo, lo largo que fue, es como una imagen flash”*. Este momento me parece propicio para indagar el tema de la violación mediante la exploración de los flashbacks. Al preguntarle por el detalle de esas imágenes, señala *“son desagradables, esto fue en un baño chico, me tenía del cuello cuando me penetraba”*.

Pienso que la exploración del flashback constituyó una primera condición de posibilidad para que, con posterioridad, haya desarrollado tres ejes temáticos a lo largo de las sesiones venideras. A pesar de que me muchas veces los comunicó de forma imbricada, los daré a conocer artificialmente separados por motivos de exposición. Éstos comprenden un contenido relativo a la “culpa” que siente en relación a su familia, a los “celos” que ha vivido en el ámbito de sus relaciones de pareja y al impacto emocional que le produjo la violación que sufrió en el baño del colegio. De acuerdo a lo sugerido en el espacio de supervisión, indago estos

contenidos guiado por dos objetivos: construir una “red historizante” que pueda cercar los desbordes de angustia que padece y abrir otros sentidos a su sufrimiento más allá del suceso de violencia sexual del que fue víctima. Si bien estos temas los había referido anteriormente, noto que desde este momento la *angustia* que estuvo presentando en las sesiones fue disminuyendo.

5.2. Culpa en relación a su familia

En relación a sus padres, refiere que siente “*culpa*” por no haberles relatado de inmediato lo que había vivido en el baño de su colegio, y porque a los 17 o 18 años, cometió un intento de suicidio. Justo en el momento en que se cortaba un brazo, su padre lo sorprendió y llamó a Help. Refiere que este último suceso tuvo un gran impacto emocional en ellos debido a que después entraron a terapia psicológica.

Además, agrega que se siente “*culpa*” porque su madre dejó de trabajar un tiempo para acompañarlo y porque ésta se culpaba por no haber detectado antes lo que le había ocurrido.

Posteriormente, cuando exploramos los recuerdos que tiene en relación a la separación de sus padres, señala que éstos se divorciaron cuando tenía 3 años debido a que su padre le fue infiel a su madre (esto lo supo por una conversación que tuvo con una prima aproximadamente a los 12 o 13 años). En un comienzo, pensaba que éstos se habían separado a causa de que se preocuparon más por los cuidados de su cardiopatía que por su relación de pareja. Cuando conoció a su media hermana (hija del segundo matrimonio del padre) -aproximadamente a los 9 o 10 años- empezó a inferir otras cosas. Dice que en ese momento sintió “*odio*” por su padre, ya que le era “*fuerte*” asimilar que éste tenía otros hijos. En sus palabras: “*era una lucha heavy por quien se ganaba el amor de mi papá*”.

En el momento en que me habla de su madre, recuerda que tenía actitudes como de “*niña*” y que “*pocas veces ejercía autoridad*”. Dice que alrededor de los 6 años le ponía incómodo que otros hombres la miraran porque asumía que sus padres seguían siendo pareja. A pesar de que no recuerda haberlos visto dándose un beso, tenía esa certeza porque andaban tomados de la mano.

De acuerdo a su padre señala que, si bien han tenido *“altos y bajos”*, mantiene una buena relación con él y piensa que puede ser por *“una relación de género”*. Dice que tienen más intereses en común que con su madre, en la medida que éste lo acercó a la política y a la poesía. En la dictadura su padre colaboró transportando armas encubiertamente para el partido comunista y fue torturado a aproximadamente los 20 años. Esto último lo supo en una conversación de sobremesa con unos tíos cuando tenía 13 años y dice que en ese momento sintió *“pena”* y quedó como en estado de *“schock”*.

Añade que su padre tiene problemas con el consumo de alcohol –al igual que su abuelo- y lo asigna al hecho de que se encuentra muy endeudado.

Un punto importante que J. ha repetido a lo largo de las sesiones es que siente que éste no estuvo presente en los momentos que para él eran importantes, por ejemplo, cuando le gustaba una niña o cuando quería jugar a la pelota. Además, piensa que su ausencia lo llevó a asumir una mayor *“responsabilidad”* con su hermana menor ya que intentó cumplir un *“rol paterno”* con ella. Siente *“culpa”* porque actualmente no la ve tan seguido y teme que en algún momento pueda sufrir lo mismo que él.

Desde la tercera sesión refiere algunos significantes con los que se define y creo que esto fue posibilitado a raíz de que indagamos lo que piensa de las relaciones de pareja que ha tenido, de la relación de sus padres, y de las similitudes y diferencias entre ambas tramas.

Me señala que en una oportunidad, cuando se encontraba junto a su madre y su primera polola en la playa, su madre comenzó a hablar de su padre con *“orgullo”* de su *“virilidad”*, como un *“tipo masculino”*, *“macho”*. En ese momento le hubiese dado *“vergüenza”* que su ex polola hubiese hablado de él, porque a diferencia de su padre, no es *“seguro”*, *“valiente”* *“viril”*, *“macho”* y *“políticamente activo”*.

En otro momento refiere que siempre ha tenido una *“personalidad ansiosa”*, ya que sus padres le decían que desde pequeño se mostraba *“ansioso”* o *“nervioso”*. Esto lo atribuye al hecho de que en general le restringían las actividades físicas para que no presentara arritmias. Por otra parte, relacionó posteriormente su *“ansiedad”* y

“nerviosismo” al temor que sentía frente a la posibilidad de discutir con sus padres o amigos, lo cual le evocaba la posibilidad de separarse de las personas con las que mantenía un lazo afectivo.

5.3. Ámbito de pareja

La primera pareja la tuvo a los 18 años. Refiere que no eran una *“pareja formal”* y que con ella tuvo la primera ocasión para perder la virginidad, sin embargo, no pudo tener relaciones sexuales debido a la *“angustia”* que sintió. Terminaron debido a que ella entró a la Universidad y comenzó una relación con un chico que conoció en ese contexto. Señala que quedó muy *“cagado”* por esa situación, no obstante, dice que entendió que ella *“rehiciera su vida”* por el hecho de entrar a estudiar una carrera. Agrega que en ese periodo *“no estaba bien emocionalmente”* ya que se encontraba asistiendo a las sesiones psicológicas en las dependencias de la P.D.I.

Señala que sus *“celos”*, la eyaculación precoz y los flashbacks se remontan a la primera relación de pololeo que tuvo, la cual la comenzó cuando tenía 19 años. Dice que en esa relación duró 4 años y que terminó porque hubo *“mucho daño”*, *“idas y vueltas”* y discusiones a causa de su *“inseguridad”*. Con esta pareja perdió la virginidad y recuerda que a pesar de que fue un acontecimiento *“bonito”*, sintió *“presión social”* en relación a su desempeño sexual. Si bien a ésta le había contado que había sido víctima de violación, refiere que ese tema era un *“tabú”* entre ellos. Señala que la encontraba *“vulnerable”* por haberse criado en una familia conservadora y no quería preocuparla hablándole de la *“inseguridad”* que le provocaba la aparición de flashbacks en los momentos en que tenían relaciones sexuales. Cuando terminaron, J. protagonizó discusiones con ella y peleas con sujetos que pensaba que la querían cortejar.

Me cuenta una anécdota que vivieron en ese entonces: refiere que estaba junto a ella en un microbus y que se encontró con el sujeto que lo violó. Señala que desde ahí ha sentido *“miedo de persecución”* en algunos lugares, pero no se explica por qué debiese sentir algo similar en un ascensor. Señala que la última vez que tuvo *“miedo de persecución”* fue cuando caminaba cerca del metro Moneda y lo asigna

al hecho de haber visto a lo lejos unos compañeros de colegio que son amigos de quien lo violó.

Con posterioridad, mantuvo otras dos relaciones en las cuales tuvo pocos episodios de eyaculación precoz, y piensa que pudieron haber ocurrido porque éstas eran atractivas físicamente. Agrega que con ellas no sentía la “presión” de perderlas, no obstante, dice que con una de ellas mantuvo una relación para no estar “solo”.

Desde Octubre de 2014 comenzó a pololear con su actual esposa y comenzó a vivir con ella desde Marzo de 2015. En un comienzo señaló que se sentía “ansioso” debido a que, en sus palabras, “no sé si será porque es escritora, creativa, etcétera”. Desde Marzo hasta Julio tuvo varios episodios de eyaculación precoz y lo asignaba al hecho de sentirse “inseguro” frente a una mujer “resuelta”, dueña de una editorial y que “sabe lo que quiere”. Por otro lado, señala que en los momentos en que tenían relaciones sexuales también le venían imágenes de la violación. Frente a dicha “ansiedad”, dice que había comenzado a recurrir al alcohol para sentirse “más tranquilo”.

A propósito de esta temática, en la cuarta sesión señala que ha tenido una reducción general de sus síntomas, con lo cual lo cual pienso que pudo haber tenido lugar un giro en el curso del tratamiento. En esa oportunidad, refiere que se siente mejor después de haber vuelto de N.Y. A pesar de que tuvo crisis de pánico en el metro de esa ciudad, no sintió “miedo de persecución” como en oportunidades previas. Añade que sólo ha presentado eyaculación precoz con su pareja cuando no ha tenido relaciones sexuales con ella por varios días y que, por otro lado, no ha presentado flashbacks. Dice que tampoco se siente “ansioso” con Claudia porque se dio cuenta de que se sentía presionado por tener que “vivir solo” y “pagar cuentas”, pero que con el tiempo se ha dado cuenta de que no era una situación que no pudiese manejar. En otro momento, me cuenta que se encuentra postulando junto a una lista para ser parte del Centro de Estudiantes de su carrera y que dejó de tomar alcohol para disminuir su ansiedad por petición de su padre. En lugar de esto se encuentra haciendo ejercicio en las noches hasta quedar cansado.

Me dice que atribuye los cambios a la Sertralina, a las temáticas que hemos trabajado en la terapia y a los sueños que ha tenido desde que estuvo en N.Y. En relación a la terapia refiere que se ha sentido “cómodo” y lo atribuye a la *“lectura de familia”* que le he ayudado a hablar. Agrega *“hablar de más temas me ha ayudado a estar tranquilo. El tema de S. [el sujeto que lo violó], el tema de mi papá, de la eyaculación. Me puedo dar cuenta de eso, veo un cambio visible”*. Al preguntarle en qué ha notado ese “cambio visible” contesta *“en lo del transporte público, esa sensación de persecución me da menos”*.

En la quinta sesión me cuenta un sueño que tuvo en N.Y. en que se encontraba en un departamento meciendo a una hija que había tenido con Claudia. En relación al sueño, asocia el momento en que aún vivía junto a su madre y su hermana menor. Señala que en ese momento cumplía *“inconscientemente”* el rol de *“figura masculina”* y que no dejaba sola a su hermana hasta los 2 o 3 años. Agrega que se preocupaba de acompañarla o de que hiciera sus tareas. Con el objetivo de anudar algunos elementos que había señalado, le pregunto qué se le ocurre en relación a su sueño, al rol que desempeñaba con su hermana y lo que dijo en relación a su padre (que estaba ausente), y contesta *“no sé, estar como muy presente en la vida de tu hijo, estar presente, apoyarlo, estar ahí, calmarlo, aconsejarlo, pero también –este tema es importante- que tomen sus decisiones. Que estudie lo que sea, ojalá que le dé estabilidad económica, pero bueno...eres responsable de una vida. Lo tengo internalizado porque mis papás se separaron y no estaba mi papá presente. No quiero replicar eso. Nos ve Viernes por medio, eso me parece mal”*.

5.4. La vivencia de la violación

El tema de la violación es una temática que empezamos abordar con mayor detalle desde la quinta sesión. Pienso que ha sido un eje que me presentó dificultades en la medida que J. se mostró muy angustiado hablando de lo que le ocurrió o de otras situaciones que se relacionan con este suceso. En ese entonces, privilegié intervenciones que apuntaron a contener al paciente, sin embargo, en un momento le comuniqué una interpretación que lo dejó muy angustiado y que pudo haber participado en el desmayo que sufrió en la calle.

Un ejemplo del primer tipo de intervenciones lo puedo ilustrar en la quinta sesión. En dicha oportunidad, después de comunicarme que sintió *“miedo de persecución”* al haber visto a los amigos de quien lo violó en el metro Moneda, refiere *“es complicado, se me aprieta la garganta, el pecho. Es un pasado oscuro. Ahora me cuesta menos hablar. La garganta se me seca heavy y eso que me tomé un vaso lleno. Ahora de hecho sudé un poco”*. En ese momento me siento preocupado al verlo tan incómodo y le digo que vaya al baño a tomar agua si quiere. Se dirige al baño a tomar agua y vuelve al box. Dice que se encuentra *“mejor”* y sonríe.

En la sexta sesión volvemos a abordar lo que le ocurrió en el baño de su colegio. En ese momento me comunica que, estando en el baño, el sujeto llega sorpresivamente, le pega en las costillas y lo inmoviliza. Luego le dijo que lo iba a *“matar”* y comenzó a amenazar a sus padres en caso de que dijera algo. En este momento lo veo muy angustiado, incómodo y a punto de llorar. Le señalo *“tranquilo, este es tu espacio”* con motivo de contenerlo. Prosigue diciendo *“pude haber hecho algo más pero el problema era que con la amenaza me dejó inmóvil. Después el evidente dolor que dura en el tiempo. Pude haber gritado, haber acusado...”*.

Después de preguntarle a qué se refiere con lo de *“evidente dolor”*, contesta *“por la penetración, es doloroso y también por lo anímico. Me sentía devastado”*. Le pregunto cómo se siente ahora que me está contando esto y dice *“siento pena. Estoy tratando de no llorar, ahora no quiero llorar. Me afecta mi vida sexual. Mi papá es súper macho y yo no tengo eso, me considero más sensible. Quiero controlar las emociones. No quiero mostrar fragilidad”*.

Luego le señalo la intervención. Le digo que hay elementos que tal vez presentan una relación entre sí de acuerdo a lo que me ha contado a lo largo de las sesiones. Le recuerdo que en la primera sesión piensa en una relación que pueden tener sus síntomas con la violación que sufrió y con la separación de sus padres. De esto se desprende que a raíz de lo que hemos hablado, desde que era pequeño pareciera verse imbuido o participando en triángulos constituidos por él, una mujer en disputa o bajo amenaza, y un hombre con el cual rivaliza por una mujer o que puede constituir una amenaza. Agregó que un caso similar –aunque con matices- lo

constituye el momento en que se incomodaba al ver cómo otros sujetos miraban a su madre cuando era niño y el tiempo en que mantenía una rivalidad con A. (su media hermana) por el amor de su padre. Le digo que en otro momento podríamos pensar el contenido del sueño en el que él era padre, ya que no se inscribe en esta serie que le comentaba anteriormente. Le dejo claro que pueden existir muchas lecturas de lo que hemos trabajado y que lo que le refiero es sólo una de tantas. Luego le pregunto qué le parece lo que le estoy diciendo.

Se muestra interesado, sorprendido o tal vez atónito. Se toma la cara y dice *“¡que heavy!”*. Le pregunto a qué se refiere con *“heavy”* y señala que le hace *“sentido”* lo que le digo porque para él es como si hubiese un patrón que se repite en su vida y en el que sólo cambiaran los personajes que participan en un momento determinado. Agrega *“eso es lo complejo, me gustaría salir de esa triangulación”*.

Al verlo al borde del llanto, le pregunto qué le incomoda de llorar en este momento y refiere *“es que lloré por una película con Claudia, en otro momento discutimos por una casa, etcétera. Estoy chato de llorar. Ante ti no tengo ningún problema personal, sino que quiero estar bien parado frente a estos temas. Sé que los tengo que hablar...”*.

En la sesión siguiente, me cuenta que después de haber salido de la sesión se fue caminando y a la altura del metro Moneda se desmayó. Lo atribuye al haber salido *“muy angustiado”* debido a que hablamos de sus padres y de la violación que sufrió. Dice que fue asistido por 2 carabineras y una señora, y que después se fue rápidamente a la editorial a ver a Claudia. Después de haberle preguntado por qué no avisó a la Clínica Psicológica lo que le había pasado, refiere que le molesta *“ser una carga”* ya que quería manejar esa situación solo y que no le gusta *“hueviar a nadie en sentido de salud”*. Más adelante señala que con ella siente *“cariño”, “amor”*, y agrega que tienen un *“diálogo constante”* y una *“relación de mutua seguridad”*. Le pregunto a qué se refiere con *“seguridad”* y señala *“que quiera estar conmigo, preocupada de mí. Tenemos un proyecto común de vida y literario. Su amor y su cuidado es muy heavy”*. Posteriormente señala que ha tenido discusiones con ella porque subió a Facebook una foto en que sale junto a una compañera de lista, y en

un día posterior, una foto de un alfajor junto a una frase que decía *“eat me”*. Dice que le *“angustió”* y le dio *“pena”* que le dijera que ya no podía confiar en él. Dice que ella había empezado con sus teorías freudianas de que *“todo era sexual”* porque le señaló que esa reacción de *“niño dolido”* pudo venir por *“miedo a la separación”*. Le pregunto a qué se refiere con eso y contesta *“me acordaba de hueas’ sin importancia”*. Estos recuerdos fueron una inasistencia de su padre a una presentación en el colegio y que su padre le dijo en una oportunidad que no sabía si se había casado enamorado de su madre. Agrega *“sentí una ausencia de padre muy presente, eso lo sentí heavy”, “me invadió una pena gigante, lloraba desconsoladamente, sentí ese vacío. Había un vacío”, “por ejemplo, en tema de cómo del tiempo en que me hubiera gustado compartir más con él y se expresó en un llanto más fuerte. También típico de cuando pololear y mi papá debiera haber estado ahí. Mi mamá estuvo ahí”*.

6. ANÁLISIS COMPRENSIVO DEL CASO

6.1. Desmayo como *acting out*

Al presentar el suceso acontecido en la sexta sesión en el Taller de Destrezas Clínicas, se propone pensar dicho fenómeno clínico como un *acting out*.

Como señalaba anteriormente, J. me cuenta en la séptima sesión que después de haber salido de la Clínica Psicológica U.D.P. se fue caminando y a la altura del metro Moneda se desmayó. Lo atribuye al haber salido “*muy angustiado*” debido a que hablamos de sus padres y de la violación que sufrió. Dice que fue asistido por 2 carabineras y una señora, y que después se fue donde Claudia.

Dicha escena presenta un “montaje fantasmático” que se puede inferir a partir de relato de un acontecimiento anterior: la última vez que estuvo en el metro Moneda, observó a lo lejos a los amigos de quien lo violó. Revisando con mayor detalle este suceso, el paciente levantó una *demanda* vinculada a lo “materno”: “no ser confrontado”, no ser “violentado por el Otro” y un reclamo a que no lo “dejase caer”. La referencia a esta “caída” puede estar vinculada al “*miedo de persecución*” que asoció en sesiones anteriores al estar en ese lugar, no obstante, por la intensidad del afecto, planteo como hipótesis alternativa que puede estar enlazada al *terror* que experimentó a propósito de lo vivido en el baño de su colegio –el cual designa como haberse sentido “*devastado*”- y que lo llevó a haber realizado un intento de suicidio a los 17 o 18 años.

Esta conjetura toma sentido en relación a la *angustia* que yo mismo experimentaba, principalmente en el momento en que hablaba del suceso de la violación. Constante me veía convocado a contener al paciente y, en un comienzo, me encontré descuidando lo que me estaba *demandando* por cuanto me estaba aproximando a comprobar la hipótesis de *Estructura Clínica Histórica* en el caso. Esto lo manifesté de forma patente en la intervención que le comuniqué, sin haber considerado previamente si el paciente estaba preparado para recibirla. En otras palabras, más allá de haber acertado o no con el contenido que le señalé, me apresuré en “comprender” y no leer una *demanda* que debía investigar por la vía de interpretaciones que apuntaran a abrir el sentido de su discurso.

Recordemos que respecto del *acting out*, Lacan (1963) señala que “...es esencialmente algo, en la conducta del sujeto que se muestra. El acento demostrativo de todo *acting out*, su orientación hacia el Otro debe ser destacado” (p.136). De este modo, aquello que se muestra tiene una “estructura de ficción” y llama a la interpretación del Otro en el marco de una “transferencia salvaje” (no analizada), no obstante, el autor recuerda que es fundamental no interpretar dicha conducta, sino atender al “resto” mediante la posición que tome el analista. Como señala Chemama (2002):

Durante un análisis, el *acting out* es siempre signo de que la conducción de la cura está en una *impasse*, por causa del analista. Revela el desfallecimiento del analista, no forzosamente su incompetencia. Se impone cuando, por ejemplo, el analista, en vez de sostener su lugar, se comporta como un amo [*maître*: también: maestro] o hace una interpretación inadecuada, incluso demasiado ajustada o demasiado apresurada (p.4).

Cabe recordar que Lacan (1961b), el analista debe precaverse de “comprender” demasiado rápido al analizando y ejercer una contrademanda -bajo la forma de interpretaciones que apunten a descifrar lo inconciente- que termine por obturar su deseo. A su vez, no importa si el analista siente afectos que no “comprende” en un análisis en curso, sino que pueda suspender su saber con motivo de permitir que emerjan las condiciones para la instalación de la “metáfora del amor”, fenómeno central que constituye el pivote del proceso analítico.

Por consiguiente, el paciente me “muestra” algo que no escuché y que me estaba dirigido a nivel transferencial. A su vez, al haberme centrado en la idea de que el paciente había levantado una pregunta por la masculinidad, perdí de vista otras lecturas posibles y complementarias que se desprenden de la *demanda* detectada en el Taller De Destrezas Clínicas.

Algunas alternativas que se me ocurren son: ¿será que J. me pidió que tolerara su comunicación de la violación sin caer presa de la *angustia*?, ¿existirá la posibilidad de que me haya demandado reconocer una experiencia que su psicóloga anterior no relevó?, ¿me habrá comunicado que se encuentra construyendo un lugar propio como padre que se diferencia del que su padre tiene?

La primera pregunta la analizo a partir del sentido mismo de la interpretación que realicé: ayudar a J. para que pudiese integrar lo que vivenció en el baño de su colegio en una trama más amplia compuesta por otros sucesos vividos en su biografía. Si bien yo intenté contenerlo para que no se desbordara, pienso que descuidé interrogar al paciente en relación al *trauma* para que lograra abrir otros sentidos posibles de esa experiencia y una pregunta que lo convocara como sujeto. Por ende, pienso que me precipité movilizado por la *angustia* a cerrar el significado de lo que me comunicó al realizar una construcción transversal de lo vivido con su familia, con sus parejas y en el establecimiento educacional, mediante la inserción de un tercero encarnado por su padre, por aquellos hombres que se acercaban a su madre cuando tenía alrededor de 6 años, su media hermana, quien lo violó y quienes sentía como rivales en el plano de sus relaciones de pololeo.

Cabe destacar que para Freud (1917 [1916-17]), todas estas figuras no se encasillarían en una misma categoría de lo que para J. es traumático, sino que se inscriben y participan de las distintas variables que configuran una organización etiológica compleja que se encuentra a la base de su sintomatología: la “predisposición por fijación libidinal” y el “vivenciar accidental (traumático) del adulto”. Este punto lo desarrollaré de forma más extensa posteriormente.

Ahora bien, conjeturo retrospectivamente que las intervenciones imaginarias basadas en la contención no fueron poco pertinentes, ya que tienen una estrecha relación con lo que demandó por medio de la escena del desmayo (esto lo explicaré luego con mayor detalle); sin embargo, la imposición de un sentido de mi parte para estos eventos, pudo haber obturado el deseo de J. y haber sido un factor que desencadenó lo que experimentó en el metro Moneda.

Por otro lado, la pregunta que planteo respecto a su experiencia de tratamiento en las dependencias de la P.D.I. cobra importancia por los efectos que pudo tener la interpretación que le referí a J. en la sexta sesión. De acuerdo a lo que el paciente me había referido al comienzo del trabajo terapéutico, la psicóloga realizó una labor de peritaje que le pareció “*desagradable*” en la medida que dudaba de que había sido forzado a tener relaciones sexuales; en sus palabras: “*trataba de buscar una*

fisura más que algo reparador". De este modo me pregunto ¿no lo habré confrontado con una "fisura" al haber evocado un contenido edípico intolerable en un momento en que se encontraba sumamente angustiado? Esto lo pienso debido a que J. se encontraba elaborando una pregunta respecto a su "ser" gracias a la apertura de temáticas que para él eran significativas, por tanto, la interpretación que le dije en esa oportunidad, puede haber conllevado una ruptura respecto de la dirección que le estaba brindando al trabajo terapéutico. Si considero la impresión que me había comunicado en ese momento, *"salía con un peso, diferente de cuando salgo de acá, porque de acá salgo bien"*, creo que propicié la imposición de un significado triangular a su sintomatología por sobre la traducción de su malestar en una pregunta fundamental; dicho de otra forma, obstaculicé su investigación a causa de mi preocupación por cerrar el sentido de su sufrimiento en la categoría de *Estructura Clínica Histórica*: ¿qué es "ser" una mujer o un hombre? por sobre ¿qué es "ser" un padre?

Lo que atañe a la pregunta por "ser" un padre, lo propongo a raíz de lo que me señaló en relación a los beneficios que ha encontrado en la terapia, por cuanto si le ayudé a tejer una "lectura de familia" y a hablar de sus síntomas, puede que algo haya elaborado bajo la forma de un sueño en el que él aparecía como padre. Este punto creo que se relaciona a una pregunta que formuló a lo largo del proceso terapéutico en la medida que, ya en las sesiones que siguieron a su vuelta de N.Y., me había comentado se encontraba *"en campaña"* con Claudia para tener un hijo. Asimismo, infiero que la queja que levantó contra su propio padre también estuvo entramada con algunas preguntas que formulo del siguiente modo: ¿puedo "ser" padre?, ¿cómo puedo "ser" un padre distinto al de mi padre? Creo que también levantó preguntas similares en relación a "ser" esposo de acuerdo al material que refirió en torno a Claudia.

Como refiere Lacan (1956b), la ponderación que se tenga acerca de la interrogación por el "ser", posibilita el acceso a la "duplicidad subjetiva", vale decir, a la pregunta por el sujeto que desea en el analizando, cuestión de suma importancia por cuanto

el “fenómeno analítico” (síntoma, lapsus, acto fallido, olvido, sueño, chiste) posee un “plano de estructura” (Lacan, 1956b).

Las interrogantes señaladas anteriormente toman especial relevancia en las sesiones posteriores, por cuanto me señala en la novena sesión que Claudia estaba embarazada. Había faltado a algunas sesiones previamente pero se justificó diciéndome que se encontraba junto con ella realizando los preparativos del matrimonio por la iglesia (evento que se celebró el 9 de Enero del presente año) y porque se encontraba “*tapado de pruebas*”. El 18 de Diciembre habían contraído matrimonio civil. Después de reflexionar en torno a la *demanda* que expresó a través del desmayo, no lo confronté o lo interpele respecto de sus inasistencias (algunas de ellas no justificadas con anticipación), sino que sólo dejé que prosiguiera su discurso, mientras que por mi parte, había comenzado a emplear intervenciones que apuntaron a abrir sentidos a los significantes que me señalaba. En otras palabras, reformulé la dirección que le estaba dando al trabajo terapéutico y comencé a ocuparme de interrogar sus identificaciones y de guiarlo por las preguntas fundamentales que él mismo había instalado y que se relacionaron estrechamente con su *demanda* de análisis.

Un poco antes (octava sesión), me había señalado que comenzó a participar del Centro de Estudiantes de la carrera (lo cual designaba como una forma de ejercicio político), que postuló a fondos de traducción y que empezó a trabajar en un libro de poesías que quería publicar. La lectura que les doy a este giro es que J. había iniciado la construcción de un lugar propio como padre y esposo, al tiempo que tomó distancia del modelo de su propio padre para no replicarlo.

Por otra parte, también me es llamativo como aparece la figura de su pareja desde la novena sesión. El día 23 de Noviembre de 2014, su prima estuvo hospitalizada por la pérdida de su hijo de 3 meses. Esta noticia se la informaron mientras estaba con Claudia viendo los partes de matrimonio. La observó preocupada por lo sucedido y ésta le comunicó que tuvo “*miedo*” porque tiene un año más que su prima. Agrega “*fue bueno que me hablara de sus miedos*”. Le pregunto a qué se refiere con eso y señala que intentó calmar a Claudia diciéndole que tiene hábitos

de vida sana. Dice *“en general siempre está bien, le digo que los problemas se solucionan conversando. Eso...también en diferentes cosas. Me habla de varias cosas, trato de calmarla”*. Le pido que me hable acerca de otras oportunidades en que ha intentado calmar a Claudia y señala que, hace como 3 semanas, ella tuvo una discusión por redes sociales con otras figuras de la escena de la literatura chilena que salió posteriormente en La Segunda. Dice que fue descalificada por un poeta debido a que éste señaló que es fácil criticar algunos temas desde un *“lugar cómodo”* de *“mujer burguesa”*. Refiere que en esa oportunidad le dijo a Claudia que *“siempre van a haber estos prejuicios”*.

De este modo, Claudia aparece como una figura que tiene *“miedos”* y que puede ser contenida por él, a diferencia de las primeras sesiones, en que aparecía como una persona *“resuelta”*, *“segura”* y frente a la que se sentía *“ansioso”*.

En términos clínicos, me llama la atención que hasta ese momento solamente conservaba las crisis de angustia, ya que los otros síntomas por lo que había consultado en un comienzo habían remitido. Los momentos en que últimamente había tenido crisis eran a raíz de discusiones con su padre y por andar en metro.

Como refería anteriormente, esto lo explico por la reformulación de las intervenciones que me encontraba realizando: había comenzado a trabajar más en torno a las identificaciones con las que respondía las preguntas que me formulaba (en tanto terapeuta) y me había abocado a la exploración de las *fantasías* que presentaba, principalmente, aquellas relativas a la infancia y a la paternidad. Por consiguiente, en vez de centrarme a comunicarle interpretaciones que me permitieran *“comprenderlo”*, me dediqué a abrir sentidos posibles, por ejemplo, interrogando los significantes que me dirigía. Considero que también pudo haber influido el certificado psicológico que le entregué a propósito de que se encontraba en *“causal de eliminación”*, ya que se le aceptó la *“anulación”* del primer semestre.

6.2. Trauma de la violación y de la separación de sus padres

En relación a este punto, expondré ciertos acontecimientos que pudieron haber actuado como diferentes *“traumas auxiliares”* y otros que se remontan a un

“vivenciar infantil” de acuerdo a lo establecido por Freud (1917 [1916-17]) respecto de la ecuación “etiología de la neurosis”.

De acuerdo a su discurso, el “vivenciar accidental traumático” más reciente corresponde al momento en que observó a quien lo violó a lo lejos en el metro. A partir de ahí comenzó a tener insomnio medio, mayor número de crisis de angustia, un aumento de los episodios de eyaculación precoz y problemas de rendimiento académico y laboral. Cabe recordar que como recurso para disminuir la *angustia*, había comenzado a beber alcohol antes de tener relaciones sexuales. También postulo el encuentro que tuvo con éste anteriormente (cuando se encontraba con su ex polola en el microbus) y con sus amigos en el metro Moneda como otros dos “traumas auxiliares”, debido a que a raíz de dichos sucesos comenzó a presentar “*miedo de persecución*” en varios contextos.

Un “trauma auxiliar” previo, pudo haber sido experimentado en su primera relación de pololeo, por cuanto comenzó a presentar eyaculación precoz y los “*celos*” que desencadenaron sucesivos conflictos de pareja. A diferencia de las 2 parejas con las que estuvo después de ese pololeo, con Claudia nuevamente comenzó a experimentar “*celos*” que terminaron por constituir el principal impulso que tuvo para consultar por atención psicológica, en la medida que ésta le pidió que se tratara para que no siguieran teniendo problemas interpersonales. Cabe recordar que tanto con su primera polola como con Claudia presentó flashbacks de la violación que sufrió en el baño de colegio. Llama la atención que la diferencia que hace de ambas parejas respecto de otras que ha tenido, es que con ellas mantenía una relación “*estable*” y “*formal*”.

El “trauma auxiliar” que precede a su primera relación de pololeo lo constituye el suceso de la violación. A partir de éste empezó a manifestar las crisis de angustia y los sueños de angustia. Por las características que relata de este hecho, postulo que constituye un suceso “traumático” en calidad de un acontecimiento externo experimentado “sin preparación”, que destronó –al menos en parte- el “principio de placer”, y que conllevó a que el funcionamiento del aparato psíquico quedara a merced del ejercicio de la “compulsión de repetición”. Esto lo considero a raíz del

contenido de los flashbacks: la repetición de la “literalidad” de lo sucedido, sin ninguna desfiguración que mostrara un intento por brindarle elaboración a esa vivencia, a diferencia de los otros síntomas que ha presentado y que sí incluyen un “trabajo psíquico” vinculado al *principio de placer*. El intento de suicidio que cometió a los 17 o 18 años pudo haber sido movilizado desde la experiencia de *terror*.

Por último, J. señala que el primer “trauma” que vivió fue todo aquello concerniente a la separación de sus padres. Además de la responsabilidad que se adjudicó por este hecho (a causa de los cuidados que requería por padecer de *Tetralogía de Fallot*), en la última sesión refiere *“Me sentí solo muchas veces, no sé, mucha soledad, era una ambigüedad de que mi padre estaba y no estaba, ese vaivén de que podía volver”*. Esto lo recuerda a propósito del vínculo que mantenía con su madre, por cuanto andaban de la mano. Agrega *“Eso, el cotidiano de padre, además, en gran parte me faltó en el cotidiano el papá, la protección, no fue una infancia mala...mala...mala, mi mamá estuvo presente. Pero por eso no tengo una buena relación con él”*. Al pedirle que me hablara acerca de a qué se refería con “protección”, contesta *“me gustaba estar con él, me cuidaba, íbamos de vacaciones o salíamos a lugares que me gustaban. Después él se iba para su casa y yo para la mía, y quería estar con él y no podía. Siento que si yo hubiese vivido con él, no hubiese sido así. Él puede estar con deudas pero es disciplinado, le envidio eso. Si le critico haber tenido 2 familias mal constituidas”*. En relación a esto, señala que a partir de una discusión que tuvo con su padre por celular debido a que no le hizo muchos regalos de matrimonio, éste le dijo que no se preocupaba de *“problemas de minas”* y que él sí pudo afrontar problemas importantes cuando estaba casado. Refiere que eso lo *“huevió”* porque apeló a su *“masculinidad”*. Después de preguntarle a qué se refiere con *“masculinidad”*, señala *“es como esta figura de hombre que sabe resolver los problemas con mente fría y todas esas cosas heteronormadas. Apeló a esas cualidades, pienso que las tengo pero no tanto”*. Pienso que este pasaje ilustra en mayor medida aquello que lo hacía sentir en falta con respecto a su padre, esto es, las acciones que éste realizaba como esposo para resolver diversas dificultades; por consiguiente, pareciera ser que no reduce el significativo *“masculinidad”* a una mera alusión al desempeño sexual o a la virilidad.

En otro momento, le había preguntado desde cuándo cree que comenzó a identificarse a sí mismo en oposición a las características que resalta de su padre (*“no viríl”, “no macho”, etc.*) y señala que como a los 14 o 15 años, antes del suceso de la violación. Refiere que su padre lo molestaba haciéndole comentarios acerca de las compañeras que le gustaban o de las niñas que pasaban alrededor de él. En sus palabras: *“no conectaba con la lógica zorrón, del ponceo. Mi mamá siempre me decía lo del respeto a las niñas, en el fondo no tratarlas como objeto. Me causa rechazo eso de la lógica zorrón”*. Agrega que no recuerda que su madre haya hablado mal de su padre, y cuando aproximadamente a los 13 años hablaron de la separación, su madre le señaló que lo decidieron en conjunto.

Lo que se logró establecer en las últimas sesiones, corresponde al nexo que J. ha realizado entre lo que vivió a raíz de la separación de sus padres y las experiencias de pareja que ha tenido, sin embargo, también manifiesta que no desea que su hijo viva la misma experiencia de *“falta de padre”* que experimentó él y tampoco desea fracasar en su matrimonio como su padre, sus tíos y su abuelo. Específicamente, se ha referido a ese tema a raíz del nacimiento de su hijo que se encontraba en camino.

Esto lo comunicó a propósito de que hablamos del nombre que pensaban ponerle al bebé. Señala *“Que no sea nombre de la familia”, “no quiero...creo un poco en la carga de los nombres [risas]. No como Alejandro Jodorowsky. No sé, es como que creo y no creo. No quiero ponerle nombre de tíos. Esos son nombres manchados, han habido separaciones, engaños en el matrimonio”*. Agrega que en su caso, porta el nombre de su abuelo, figura que considera *“cruel”* en cuanto fue severo en la crianza de su padre y porque engañaba a su abuela. Éste también era alcohólico como su padre. Le pregunto qué piensa acerca de su consumo de alcohol, el de su padre y el de su abuelo, y contesta *“yo creo que a lo mejor no nos gusta vivir situaciones de presión fuertes, pero ahora yo ya no lo estoy haciendo. Desde que Claudia me dijo lo del embarazo, he tratado de estar bien de salud”*.

A continuación, recuerda un sueño que me quería contar: *“Estaba en una piscina, habían juguetes, estaba buscando algo y siento que algo me agarra los pies y llega*

mi papá y me saca. Desperté así como ahhg. Le pedí a Claudia una mitad de clonazepam porque había despertado muy angustiado". Al trabajar en torno al sueño, asocia lo siguiente: *"Puede ser como una especie de que haya aceptado inconscientemente esa disculpa en un simbolismo, como que me rescata, es como la lectura que le puedo dar. Me dijo el Sábado que cuando tuviera la guagua iba a estar lo más presente posible, que de repente agache el moño es significativo".*

La disculpa a la que se refiere se remonta a unos días previos a la sesión, en que habían discutido por teléfono debido a que su padre no le concedió un favor. Posteriormente, su padre le había pedido disculpas por medio de Whats App.

En síntesis, la experiencia de violación que sufrió a los 14 o 15 años no reduce el malestar que lo lleva a consultar a la Clínica Psicológica U.D.P. Esto ya lo había adelantado en su motivo de consulta, no obstante, logré investigar en mayor medida lo que había experimentado en su infancia a partir de la sexta sesión. Pienso que esto pudo haber sido posibilitado por la nueva dirección que le brindé al trabajo terapéutico en vías de abrir otros sentidos posibles para los significantes que comunicaba.

Si bien no es concluyente lo que refirió en torno a su infancia, infiero que la figura del padre fue determinante en su malestar por cuanto participó en la emergencia de una "angustia señal" a raíz de su partida. Como refiere Freud (1925 [1926]), en el caso de la *angustia*, el niño ya cuenta con la posibilidad de registrar la partida de la madre –o la pérdida de su amor- como una "señal de peligro". A esto se suma posteriormente la responsabilidad que tomó por la separación de sus padres, la rivalidad imaginaria que J. mantuvo con su media hermana y la construcción que comenzó a realizar de su identidad a raíz de los comentarios que le hacía su padre. Todavía me parece enigmática la razón por la que dichos sucesos se le presenten como "traumáticos" a J., no obstante, es posible que estas vivencias hayan sido resignificadas después del suceso de la violación.

A pesar de esto, me parece fundamental destacar que, de forma análoga a Claudia, la figura del padre no tenga el lugar y todas las características que le atribuía en un comienzo. En la décima sesión refiere *"Mi papá en general fue fuerte para mí. La*

única resolución a la que llegué es a tratar de entenderlo y no tener un vínculo de pseudodependencia". Le pregunto a qué se refiere con eso y contesta "Cuando peleo con él siempre quedo mal y ahora que voy a tener un hijo me siento ahora más responsable del cotidiano, de Claudia, de decisiones laborales. Siento que no puedo quedarme en ese lugar, tengo una vida".

En suma, J. comienza a referirse a su padre de otra manera, como un sujeto alcohólico que ha fracasado en sus matrimonios y cuyo ejemplo no quiere seguir. También refiere indicios de que se encuentra construyendo un lugar propio como padre y esposo al cual le otorga un protagonismo por sobre los conflictos que tenga con éste, y en ese mismo sentido, también se encuentra construyendo un lugar distinto para su propio hijo. Si bien ha quedado pendiente la remisión de las crisis de angustia (las cuales se le presentaron en las últimas sesiones debido a discusiones con su padre y por andar en metro) y cierto malestar a causa de no poder resolver problemas como él lo hace, en el último sueño, manifiesta una posición distinta de las anteriores: su padre puede ser disculpado por cuanto ahora puede estar presente para su nieto. A esto se suma lo que responde después de que le pregunto en la última sesión a qué se refiere con la *"lectura de familia"* que le ayudé a formular: *"hemos pasado por momentos complejos pero la familia está. Está presente, no omnipresente y a pesar de los roces, mi papá está, yo cuento con él"*.

7. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES

A partir de lo expuesto anteriormente, considero importante resaltar el lugar que debe tener el terapeuta y el diagnóstico en relación al trabajo clínico.

En esta monografía he intentado ilustrar las consecuencias que tiene un procedimiento clínico guiado por la confirmación diagnóstica en lugar de una escucha abierta al discurso del paciente, cuestión que resulta problemática en la medida que no permite la traducción del síntoma en una pregunta fundamental para el sujeto.

Sin embargo, también he tenido por objetivo ilustrar los avances significativos que tuvieron lugar a raíz del replanteo que llevé a cabo en relación al entendimiento y dirección de la terapia una vez que, en conjunto con las supervisiones y el Taller de Destrezas Clínicas, pude delimitar algunos fenómenos fundamentales del caso.

Es por ello que la suspensión del saber acerca del paciente y la determinación de una nueva orientación para las intervenciones resultó fundamental. Fue necesario pensar, en primer lugar, la pertinencia del diagnóstico de *Estructura Clínica* de acuerdo a su función y utilidad para obtener una lectura del paciente. En mi caso particular, dicha función se vinculaba a disminuir la angustia que yo mismo estaba sintiendo a raíz de las temáticas que el paciente comunicaba, fundamentalmente, aquella concerniente al suceso de la violación; mientras que su utilidad, se encontraba más bien en la detección de la dinámica de su deseo en el marco transferencial. El cruce de ambos puntos terminó por ser paradójico: la investigación que me encontraba realizando de su posición subjetiva, estaba siendo obturada por el empleo que le estaba dando al diagnóstico clínico.

Ahora bien, también creo necesario plantear algunas interrogantes y reflexiones acerca de las intervenciones que le propuse al paciente en el curso de este proceso ¿Podría haber llegado a delimitar la *demanda* de amor del paciente habiendo omitido la interpretación en que incorporé la figura de un tercero en la serie conformada por las relaciones significativas del paciente?, ¿hubiese logrado aproximarme a lo que el paciente me demandaba en transferencia en caso de que

solamente hubiese interrogado su discurso? Pienso que dicha consideración constituye una ilusión que pierde de vista la retrosiginificación que opera de forma inherente en la lectura clínica desde la perspectiva psicoanalítica, debido a que el valor que tuvo la manifestación del *acting out* para el paciente, sólo pudo alcanzarse a posteriori por medio de su discusión en las supervisiones y el Taller de Destrezas Clínicas. Lo pertinente en este caso no estuvo en establecer un desarrollo respecto a cómo pude haber prevenido el registro del “acto”, sino en haber instalado una re-dirección teórica y clínica del proceso terapéutico que relevó la investigación de la pregunta del paciente por “ser” padre y esposo (la cual involucraba la construcción de un espacio subjetivo) por sobre la reducción de su deseo en lo relativo a la masculinidad. En consecuencia, el impasse que tuvo lugar a nivel transferencial se relacionó estrechamente con haber descuidado la contextualización de la teoría en este caso particular; vale decir, con haber descifrado precipitadamente su malestar en la pregunta ¿qué es “ser” una mujer o un hombre? y con haber desatendido la dinámica del deseo de J. por la utilización que hice del diagnóstico de *Estructura Clínica Histórica*. En este sentido, la comprobación de la hipótesis que plantea la rivalidad del histérico hacia el padre y su *identificación* con la madre, pierde valor frente a la apreciación de su variada manifestación sintomatológica como vía que apuntó a captar el deseo del Otro.

Por otro lado, ¿habré participado en el despliegue del *acting out* por parte del paciente al haber realizado intervenciones que estuvieron destinadas a contenerlo?, ¿habré con ello encarnado el lugar de un interlocutor imaginario que actuó la “metáfora del amor” en transferencia? Para intentar contestar esta interrogante, pienso que es necesario separar dos momentos en la terapia a partir del suceso del desmayo.

En un primer momento, me sentía preocupado en los momentos en que J. hablaba de la violación que experimentó en el baño de su colegio, ya que sus signos de *angustia* me confrontaron con mi temor a re-traumatizarlo. Conjeturo que esta precaución me llevó a ocupar la función de una figura acogedora que pudiese cuidarlo de aquello que le resultaba amenazante, por tanto, sin haberlo notado, me

desplacé del lugar de Claudio-psicólogo al de Claudia-psicóloga. De forma retrospectiva, creo que también yo puse en “acto” un fragmento que no pude elaborar por la *angustia* que yo mismo experimenté en transferencia.

Después de considerar lo señalado en las supervisiones y en el Taller de Destrezas Clínicas acerca del *acting out* del paciente, en un segundo tiempo apunté a contenerlo con un sentido diferente al anterior, en la medida que ya había tomado conciencia de la *demanda* de amor que me había dirigido. En consecuencia, postulo que las intervenciones que realicé para “no confrontarlo”, “violentarlo” o “dejarlo caer” le permitieron instalar preguntas fundamentales que lo implicaron subjetivamente y que, por otra parte, lo impulsaron a proponer y materializar diversas metas personales, académicas y laborales (ser padre y esposo, participar del Centro de Estudiantes de su carrera, postular a fondos y crear un libro de poesías).

¿Pude de este modo haber respondido a la *demanda* de amor del paciente? Respondería que sí, no obstante, contextualizando la teoría a este caso particular, las intervenciones que apuntaron a contenerlo -posteriormente a la escena del desmayo- lo ayudaron a realizar un trabajo de traducción en que pudo establecer una *demanda* de análisis.

También me ha surgido la pregunta por el estatuto clínico que tuvo la consumación, por parte del paciente, de los distintos planes que había trazado individualmente o con su esposa. ¿Fueron necesariamente el matrimonio o el embarazo de Claudia “puestas en acto” u otros obstáculos para el proceso clínico que se encontraba en curso? Tomando en cuenta la delimitación de la *demanda* y de las preguntas que me dirigía J., considero que dichas acciones constituyeron más bien logros de la terapia, por cuanto no sólo obtuvo un alivio sintomático sino que, además, incursionó en el cumplimiento de todos aquellos objetivos que le eran significativos. Es por esta razón que creo pertinente considerar el rol ético que desempeñé al acompañarlo en el cumplimiento de sus proyectos vitales, ya que éstos fueron inherentes al lugar subjetivo que había intentado construir desde las primeras sesiones.

Quedaron varios elementos pendientes de ser investigados, por ejemplo, lo que tenía que decir en relación al haber compartido con su padre una experiencia de tormento: él como víctima de violencia sexual, y su padre, como víctima de tortura en época de dictadura. Tal vez el significante (La) Moneda podría haber incluido otros sentidos posibles en caso de haber explorado, en mayor medida, la posición política del paciente y la de su familia. Sin embargo, la decisión de haber empezado a transitar por un camino propio le otorgó la posibilidad de situarse de forma distinta respecto de su filiación, ya que si bien comparte un lazo familiar con su padre, sus tíos y su abuelo, toma distancia del modo en que éstos escogieron vivir. Simultáneamente, este recorrido también le permite a su esposa y su hijo participar de un destino diferente, por cuanto se encuentran escribiendo una historia particular en conjunto cuyo desarrollo se encuentra en curso.

8. REFERENCIAS

- Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis*. Bs. Aires: Amorrortu.
- Dor, J. (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Bs. Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896a). “La herencia y la etiología de las neurosis” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- Freud, S. (1896b). “Anotaciones ampliadas sobre las neuropsicosis de defensa” en *Primera clínica freudiana*. Bs. Aires: Imago Mundi, 2003.
- Freud, S. (1897). “Carta 69 (21 de septiembre de 1897)” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- Freud, S. (1906 [1905]). “Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- Freud, S. (1905). “Tres ensayos de teoría sexual” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- Freud, S. (1917 [1916-17]). “23ª conferencia: Los caminos de la formación del síntoma” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- Freud, S. (1920). “Más allá del principio de placer” en *Obras Completas*. Bs. Aires: Amorrortu, 1982.
- González, J., Cadavid, A., Aguilera, D. & Cazzaniga, M. (2008). “Artículo de actualización para formación continuada. Tetralogía de Fallot”, en *Revista Colombiana de Cardiología*, 15, 3, 139-147.
- Herrán, A., Hoyuela, F., Parrilla, M. & Vásquez-Barquero (2007). “Trastornos de ansiedad”, en *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula médica, 2007.
- Lacan, J. (1949). “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como ella nos es revelada en la experiencia psicoanalítica”, en *Escritos*. México: Siglo XXI, vol. 1, 1984.

- Lacan, J. (1956a). "La pregunta histérica", en *El seminario III: Las Psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956b). "La pregunta histérica (II): «¿Qué es una mujer?»", en *El seminario III: Las psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961a). "Crítica de la contratransferencia", en *El seminario VIII: La transferencia (1960-1961)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961b). "Demanda y deseo en los estadios oral y anal", en *El seminario VIII: La transferencia (1960-1961)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963). "Pasaje al acto y *Acting Out*", en *El seminario X: La angustia (1962-1963)*. Buenos Aires: Paidós.
- Manfredi, H. (2003). "El *fort-da* y el más allá del principio de placer", en *El giro de 1920. Más allá del principio de placer*. Bs Aires: Imago mundi.
- Miranda, G. (2003). *Jacques lacan y lo fundamental del psicoanálisis*. Santiago: Ediciones UCSH.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)* (1995). Caracas: Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades.
- Safouan, M. (2010). *Lacaniana I. Los seminarios de jacques lacan 1953-1963*. Bs. Aires: Paidós.