

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Análisis de un caso diagnosticado como neurosis obsesiva abordado desde una perspectiva psicoanalítica

Alumno: Fabricio Silvestri

Tutora:

Mag. Mónica Hamra

Buenos Aires, 25 de marzo de 2022

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Neurosis obsesiva.....	4
3.1.1 Narcisismo.....	7
3.1.2 Interpretación de los sueños.....	10
3.2. Entrevistas preliminares	14
3.3. Transferencia.....	16
3.3.1 Síntoma.....	18
3.3.2 Defensa.....	20
4. Metodología.....	22
4.1 Tipo de Estudio.....	22
4.2 Muestra/participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	24
6. Conclusiones.....	36
7. Referencias.....	41

1. Introducción

Esta práctica de habilitación profesional se lleva a cabo en una institución de enfoque psicoanalítico, con orientación en la Escuela Francesa. Esta institución, ubicada en Capital Federal, realiza tratamientos ambulatorios con un tiempo institucional limitado. También realizan actividades que cubren la formación de estudiantes de grado y posgrado.

La institución ofrece una regulación que comprende la supervisión de casos clínicos, se realiza de forma grupal por analistas que trabajan con un modelo de articulación teórico - práctico. Enmarcado en este tipo de supervisiones, se seleccionó el caso que tendrá un papel central en este Trabajo Final de Integración. Al paciente del presente caso se le denominará L, fue atendido en la institución psicoanalítica hasta la interrupción del tratamiento. Una vez analizado el mencionado caso, pueden percibirse elementos o fragmentos del orden de lo teórico y de lo práctico que permiten dar lugar a la forma en que los síntomas de la neurosis obsesiva emergen durante las entrevistas preliminares, y en este caso particular, llevan a la interrupción del tratamiento.

El análisis y descripción de este Trabajo Final de Integración tiene como objetivo analizar las manifestaciones de la neurosis obsesiva desde las entrevistas preliminares hasta la interrupción del tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el material de un paciente diagnosticado con neurosis obsesiva durante las entrevistas preliminares en un tratamiento realizado en una institución psicoanalítica.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Describir las características de la neurosis obsesiva que presenta el paciente al inicio del tratamiento.

2.2.2. Describir cómo se establece la transferencia con el paciente durante las entrevistas preliminares.

2.2.3. Analizar la interrupción del tratamiento y su relación con los síntomas obsesivos del paciente.

3. Marco teórico

3.1 Neurosis obsesiva.

El psicoanálisis es una disciplina fundada por Sigmund Freud, de ella pueden distinguirse tres niveles diferentes, un nivel que se ordena con respecto a un método de investigación que consiste en señalar la evidencia de la significación inconsciente de las palabras, producciones imaginarias y actos de un individuo. Otro de los niveles, emerge como un método psicoterapéutico que tiene en su base la investigación mencionada y está caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, transferencia y deseo del individuo. En este segundo nivel se utiliza el término psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica. Luego, el tercer nivel es designado como el continente del conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en donde se sistematizan los datos obtenidos por los niveles anteriores (Laplanche & Pontalis, 1996). En el psicoanálisis se trata de una investigación propia del paciente sobre su historia ante otro. El psicoanálisis es un espacio en el cual el paciente, sufriendo por sus síntomas, se pregunta por el sentido de su malestar (Tamayo, 2005). Dentro de la nosografía comprendida por el Psicoanálisis está el término neurosis, esta estructura clínica implica una afección psicógena, sus síntomas se relacionan con una expresión del orden simbólico de un compromiso o conflicto psíquico. El conflicto sugiere que sus raíces pueden hallarse en la historia infantil del paciente. (Laplanche & Pontalis 1996). Según Napolitano (2013), Freud (1885) describe que las neuropsicosis de defensa están compuestas por la neurosis obsesiva, la histeria y la paranoia. A su vez, advierte de la existencia de una correlación en lo tocante a la morfología clínica de estas neurosis, por ejemplo, en la neurosis obsesiva menciona haber encontrado casos de individuos que experimentaron placenteramente agresiones sexuales, que se dan con posterioridad a un padecimiento de una experiencia del orden pasivo con respecto a la irritación de los órganos genitales.

La neurosis obsesiva representa un tipo aislado de las neurosis y constituye uno de los grandes cuadros de la clínica psicoanalítica. En su forma típica se manifiesta por los síntomas denominados compulsivos, entre ellos se pueden mencionar las ideas obsesivas, la compulsión a concretar actos indeseables, una lucha en contra de estos pensamientos y tendencias, y además por un tipo de pensamiento caracterizado por la rumiación mental, la duda, escrúpulos, conduciendo, éstos, al sujeto hacia inhibiciones del pensamiento y de la

acción (Laplanche & Pontalis 1996). En la teoría psiconalítica, la neurosis obsesiva se ha hecho un lugar de coprotagonista en la presentación de los caracteres de las neurosis, manifestando una diferencia al momento en que se concreta la operación de la represión, formándose como consecuencia el *falso enlace*, en lugar de la *conversión* perteneciente a la histeria. (Freud, 1917).

Según Freud (1909), aquellos que acuden a un psicoanálisis manifiestan no estar anoticiados del contenido, del texto formador de sus representaciones obsesivas. En su trabajo, Villa (2019) señala que en la neurosis obsesiva se habla de un sujeto cuyas expresiones tienen vínculo con estar ocupados por pensamientos que no les interesan y por impulsos o acciones que escapan a su control. Con respecto al trauma primitivo, Lacan (1957) señala que en un primer momento cronológico de la obra de Freud (1895), existe una oposición entre la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, es decir, por un lado, en la histeria existe un estilo intrusivo de lo sexual, mientras que por el otro extremo, en la neurosis obsesiva, se relaciona con el soporte que la crítica puede aceptar con respecto de la reconstrucción del trauma psíquico, ya que, en este caso, el sujeto se comportó activamente produciendo en sí placer. Según Freud (1895), la etiología de la neurosis obsesiva contiene las significativas vivencias sexuales de la infancia, relacionadas con acciones agresivas y dirigidas con placer, diferentes a la pasividad experimentada en la etiología de la histeria. Dotada de placer, la vivencia primaria se manifestó sin presencia de asco o dolor, pero, al momento de volverse un recuerdo, obsequia la mediatización de un desprendimiento de displacer, un displacer que al principio toma la forma de un reproche relacionado con ese recuerdo, ambos susceptibles de consciencia, para luego, pasado un tiempo, ser reprimidos, formando en la consciencia un síntoma contrario, cierto matiz de que Freud denomina *escrupulosidad de la conciencia moral* (Freud, 1886). Pantoja Palmeros (1999), indica que la experiencia sexual previa a la pubertad es acompañada por una sensación de placer presexual, un placer que luego tomará forma de autorreproche. Es decir, la conflictividad del orden de lo moral resalta como uno de los elementos que dan composición a la neurosis obsesiva. Por lo tanto, la dimensión del placer y su consecuente repudio entran en juego.

En sus primeros escritos, Freud (1886) describe que en la neurosis obsesiva la represión sobreviene a razón de que del placer contenido en el recuerdo se desprenda displacer al momento de un recordar posterior. Agrega que en el estadio del retorno de lo reprimido, el reproche reaparece sin alteración alguna, pero su retorno emerge como una conciencia de culpa sin contenido. Siendo así, que la representación sea un producto obtenido

como consecuencia de la concreción de un compromiso, de orden correcto con respecto al afecto y categoría, y perteneciente a un orden falso por su desplazamiento en tiempo y su sustitución analógica. Así, el afecto-reproche es capaz de explayarse en otros afectos que consigan llegar a la conciencia con mayor facilidad, por ejemplo en *angustia* frente al posible resultado de la acción-reproche, *hipocondría* cuando se denota miedo relacionado con efectos corporales, un *delirio de persecución* a la hora de enfrentarse con un miedo frente a las consecuencias sociales, como así también *vergüenza* ante la representación que otros puedan obtener un saber sobre esta acción-reproche. Avanzando en términos cronológicos del trabajo de Freud sobre la neurosis obsesiva, Lacan (1957) procura realizar un señalamiento advirtiendo que en el texto del obsesivo se ha plasmado una *defusión*, según Freud, de las intrincaciones de orden precoz de las denominadas pulsiones de vida y muerte, es decir, que en la neurosis obsesiva la separación de las tendencias dirigidas hacia la destrucción se ha manifestado en un estadio ordenado de una manera precoz con respecto a no haber dejado una marca en la continuación de su desarrollo, en lo que se infiere como la instalación de la subjetividad propia.

Así, el neurótico obsesivo se expresa como aquel que ocupa el lugar de un actor, uno que debe desempeñar el papel que le fue solicitado, lo llamativo es que ha de cumplirlo en cada escena como si estuviera muerto. Es una especie de juego que se le propone como una defensa ante la muerte, consiste en mostrarse invulnerable. En la escena, hace el intento de mostrar hasta qué punto le es posible o lícito proseguir con su labor, una labor que se aproxima al concepto de juego. Así, el neurótico obsesivo puede darse cuenta que este mencionado juego no se lleva a cabo en un lugar donde él está, a razón de tal inferencia le es posible juzgar que lo que ocurre en ese lugar carece de importancia. Pero eso no alcanza para que pueda obtener el saber sobre desde qué lugar consigue verlo (Lacan, 1956).

En la neurosis obsesiva los enfermos son prisioneros de cierto tipo de pensamientos que sostienen discrepancias con sus intereses. Comunican que en su interior habita una colección de impulsos, extraños para ellos, que los motivan con empeño a realizar ejecuciones de conductas que como resultado solo llevan al descontento y manifiestan, los pacientes, la imposibilidad de omitirlos. Estos tipos de pensamientos, o representaciones obsesivas conllevan un carácter disparatado o indiferente para el enfermo, pero funcionan, toda vez que aparecen, como el comienzo de un esfuerzo del pensamiento que deja agotado al paciente. Con respecto de los impulsos internos, tienden a contener imágenes que corresponden, para el enfermo, a un orden dirigido por la forma del espanto, ya que se

vinculan, por ejemplo, con llevar a cabo la concreción de un ilícito. Frente a eso, el neurótico obsesivo desmiente la intención de realizar tal acción criminal, pero, además, procura escapar de tal posibilidad de cumplimiento, y se protege de esa posibilidad apelando a acciones de poder punitivo contra su propia libertad y a prohibiciones. Entonces, el huir y la precaución toman un lugar que se aproxima al propuesto por el carácter del término triunfo, a razón de que aquellos impulsos que las generan nunca consiguen concretarse (Freud, 1917). Eidsztein (2008) plantea, tomando a Freud (1907), la relación existente entre la neurosis obsesiva y la religión para resaltar el uso del término *ceremonial* para caracterizar algunos de los síntomas obsesivos. Tales acciones contenidas en la ceremonia, dentro del método, pertenecen a un orden sagrado, a un orden que si su incumplimiento obtiene participación en la escena, la angustia se erige como protagonista en el ánimo del obsesivo.

Con respecto de la neurosis obsesiva en la actualidad, (Pedroza Gándara, 2016) la perspectiva psicoanalítica sigue apreciando la cualidad emocional de la misma, resultando de esta manera que la neurosis obsesiva integra con firmeza uno de los grandes cuadros de la clínica contemporánea. Está compuesta por síntomas compulsivos: ideas obsesivas, realizar actos indeseables, la lucha contra estos pensamientos cuya esencia emite una rumiación mental, la duda toma un carácter de suma importancia, como así también los escrúpulos. La autora subraya que Freud (1895) realizó el trabajo de incluir cierta especificidad *etiopatogénica* de la neurosis obsesiva a partir de la concreción de tres aspectos de orden fundamental. Estando, el primero, relacionado con mecanismos de defensa, específicamente, en este caso, el desplazamiento del afecto hacia representaciones alejadas del conflicto original, el aislamiento, y la anulación retroactiva. El segundo está relacionado con la pulsión: ambivalencia, fijación en la fase anal y la regresión. Y por último, dentro ya del tercer aspecto, se vincula con la relación sadomasoquista interiorizada por la tensión entre el yo y un superyó cruel.

Así también, el concepto de narcisismo en Freud (1914) cobra gran importancia en el tópico de la neurosis obsesiva, ya que su vinculación con la neurosis histérica y obsesiva se haya en que ambas estructuras han resignado, dependiendo del grado de la enfermedad, el vínculo con el mundo exterior. Pero resulta importante resaltar que esa resignación en ningún momento se vuelve una cancelación del vínculo erótico con las personas y las cosas del mundo exterior, ya que lo conservan en sus fantasías.

3.1.1 Narcisismo.

En su texto sobre la *Introducción del Narcisismo*, Freud (1914) da lugar a dos conceptos de gran importancia para la teoría psicoanalítica, *narcisismo primario* y *narcisismo secundario*. Es a partir de este momento que Freud lleva a cabo una división entre las pulsiones de las cuales el Yo es el continente, donde el término *interés* se vuelve protagonista, y, por otro lado, las pulsiones propiamente sexuales, estas últimas comprenden al concepto de *libido*. Al comienzo, las pulsiones sexuales obtienen su satisfacción mediante la anarquía que compone al *autoerotismo*, luego toman la dirección de llegar al yo y tomarlo como objeto, instituyéndose así el estadio narcisista de la libido.

Con relación al narcisismo primario, Laplanche y Pontalis (1996) dicen que Freud (1914) señala que éste se vuelve la representación de un momento donde el niño se toma como objeto de amor a su yo. Localizada entre el amor objetal y el autoerotismo, esta etapa se caracteriza por el predominio de la omnipotencia. No existe un Yo predeterminado, pues éste debe desarrollarse, al principio sólo existe el autoerotismo, un estado de anarquía a donde las pulsiones parciales convergen sobre un objeto común. El niño es capaz de satisfacer sus pulsiones parciales recurriendo a su propio cuerpo, sin objeto exterior.

Mientras que la satisfacción de la pulsión esté contenida por el autoerotismo, el niño no mostrará la necesidad de interactuar con del mundo exterior, pero igualmente recibirá de él objetos derivados de las vivencias de las pulsiones de autoconservación, por ello experimentará de manera displacentera ciertos estímulos pulsionales interiores. Así, introyectar los objetos que constituyan una fuente de placer y expulsará de sí aquellos que le causan displacer en su interior (Freud, 1914). Es importante destacar, que en parte las pulsiones sexuales pueden ser susceptibles de la satisfacción del tipo autoerótica. Esto quiere decir que es apta para ocupar el lugar de sustento para el desarrollo del yo placer. Las pulsiones sexuales que reclaman un objeto desde el comienzo y las necesidades de las pulsiones yoicas no podrán satisfacerse de forma autoerótica (Freud, 1914).

Para que se concrete la producción del pasaje comprendido entre el autoerotismo y el narcisismo, una nueva acción de índole psíquica ha de realizarse: las pulsiones aisladas han de agruparse en una unidad, Freud la denominará *Yo*, y representa la imagen unificada del cuerpo (Laplanche y Pontalis, 1996). La imagen de investidura libidinal yoica, denominada *Yo ideal*, es aquella que desplomará luego sobre los objetos del mundo (Freud, 1914). Por otro lado, el ideal del Yo compone el producto acaecido de las identificaciones de los progenitores y del narcisismo primario. (Laplanche y Pontalis, 1996).

Según Roitman (1997), la estructura denominada yo se va complejiza en un segundo momento, ya que no se organiza solamente en base al mecanismo de fuga, sino que también lo hace alrededor de la polaridad displacer y placer. Este yo representa a aquél que consigue reconocer como propios los estímulos de orden placentero y envía hacia el exterior los de orden displacentero. Es regido por el principio del placer y las pulsiones que lo determinan son las sexuales. Se trata del yo placer purificado. Se produce, a partir de esa instancia, una organización cada vez más compleja de las representaciones-cuerpo y el pasaje del autoerotismo al narcisismo, considerado un nuevo acto psíquico.

Tomando como referencia la concepción de libido yoica, Freud (1914) logró pesquisar cierta dinámica de las neurosis narcisistas. Hasta ese momento estas neurosis eran tratadas con la misma técnica que las neurosis de transferencia; sin embargo, resultaba claro que sólo se podía avanzar hasta cierto punto en los tratamientos y luego, se chocaba con una resistencia infranqueable. Estos pacientes tampoco aportaban demasiado material, a menudo, las respuestas no tenían que ver con lo que se les preguntaba. Profundizando su búsqueda, Freud (1914) resuelve el enigma de las neurosis narcisistas concluyendo que la libido de objeto puede convertirse en libido yoica y que, al no poder regresar a los objetos, se convierte en patógena. Este proceso es similar al de la represión. La fijación decisiva que es la que determina la formación del síntoma, se sitúa probablemente en estas patologías en el estadio del narcisismo primitivo.

Por su parte, Green (2008) se expide, con respecto de lo que él denomina *estructuras no-neuróticas*. En este estilo de estructura, el autor caracteriza como determinante la emergencia de una herida narcisista no cicatrizada que no da lugar a la estructuración yoica. El concepto de *analidad primaria* se yergue en su teoría, el contenido del concepto difiere de la manera clásica estipulada para la analidad, es entonces redefinida como una analidad primaria que está ligada a una analidad narcisista. Generando, entonces, un trastorno que se corresponde con los límites del yo, también se manifiestan fallas en lo que respecta a la constitución del yo, la cual será expresada en el efecto de un conflicto relacionado con la identidad, como así también un problema señalado en el límite yo-objeto. Así, el problema liminar entre el objeto y el yo denota la filtración pulsional con una complicación, es decir, que este doble límite se encuentra mal constituido. En contraste con lo mencionado, con respecto al evento de lo normal, el yo mantiene la firmeza de un límite con el ello, la represión primaria con todas las formaciones intermedias, esa frontera está suficientemente diferenciada de la frontera del yo con el objeto. Luego, el niño intentará por todos los medios

posibles recuperar la perfección narcisista experimentada durante la infancia, y lo hará bajo el imperio del *ideal del Yo*, como un deber ser reflejado en el mandato paterno (Freud, 1914).

Green (2008) sostiene que la etapa anal tiene en su final la constitución del narcisismo y que, en las estructuras limítrofes, la analidad se posiciona ejerciendo una función de resaltada importancia. La analidad que formula el autor no mantiene vínculos con la de la neurosis obsesiva. Lo que suele aparecer en estas estructuras no-neuróticas es un tipo de conflicto que no está en el orden de la tensión neurótica con el yo prohibidor del placer sexual, sino con relación a otro tipo de problemática limítrofe: la temática del poder y la potencia, por ejemplo. Adviene desde lo arcaico, de un estilo de indiferenciación entre el yo y el superyó que reproduce algo de los problemas limítrofes entre el yo y el objeto. El tópico de la valoración se torna fundamental y no el placer. No es una fijación, no tiene que ver con el placer sino con el trauma, y como todo trauma implica una situación paradójica.

Pueden percibirse, como componentes de esta analidad desarrollada por Green (2008), por un lado, el término *oposición*, que representa un tipo de relación de objeto. Esta oposición resulta ser vital para este estilo de sujetos, ya que sirve para delimitar eficientemente la propia identidad, ya que no podría proponerse de otra manera a razón de esta diferencia adquirida. Por otro lado, el término *pensamiento* tiene la función de una adquisición narcisista fundamental, no es operativo, no se trata del contenido del pensamiento sino, más bien, de la relación establecida entre el contenido y el continente. En este tipo de pacientes resulta más sencillo negarle algo al objeto antes que a ellos mismos.

Volviendo sobre el concepto de *estructuras no-neuróticas*, la conflictividad canónica se relaciona con la falla en los límites del yo producida a razón del movimiento realizado por una angustia paradójica, siendo ésta la alternancia manifiesta entre la angustia de intrusión y la angustia de abandono (Green, 2008)

Dentro del concepto de analidad primaria (Green, 2006) debe destacarse el rol cumplido por el masoquismo. Existe un deseo inconsciente de retención oposicional, que sirve como soporte de una delimitación identitaria entre una tentación de lo que Green denomina una *regresión fusional* y la *destrucción de un otro* como única prueba de la afirmación del yo, caracterizándose como el núcleo y motor del concepto de analidad primaria, ya que la concreción de esta paradoja implica la captura y mantenimiento a cierta distancia de un objeto que *efracciona* la membrana del yo.

A su vez, ya Freud (1893) en su trabajo señala que a la par de los casos comprobados de la existencia de una sucesión de la representación sexual inconciliable y de la

representación obsesiva hay una serie de otros casos donde como protagonista aflora una simultaneidad entre las representaciones obsesivas y las representaciones sexuales de orden penoso. En estos segundos tipos se trata de una defensa constante que opera a razón de una labor que no ha llegado a su término.

Así también, para abordar los mecanismos inconscientes que se organizan por fuera de concepción del estado consciente, Freud (1900) describe una de las formas enunciadas y aplicadas para pesquisar los elementos no susceptibles de consciencia del texto del paciente es la interpretación de los sueños. Todo componente material que emerge en el contenido onírico tiene su origen en lo vivenciado, es decir, que es recordado en el sueño. Por lo tanto, puede suceder que aquel contenido onírico no pertenezca, durante el estado de vigilia, al grupo de recuerdos autorizados a alcanzar la consciencia (Freud, 1900).

3.1.2 Interpretación de los sueños

Para resaltar la función intrapsíquica llevada a cabo por el sueño, Laplanche y Leclaire (1987) sostienen, irónicamente, que antes de la existencia del psicoanálisis la humanidad también soñaba. Expone este argumento para señalar que el soñar se diferencia del relato del sueño, con el que se trabaja durante el análisis.

Para Kantrowitz (2001), los sueños se vinculan con el procedimiento más eficiente para pesquisar los procesos inconscientes, al mismo tiempo manifiesta ser una fuente de información que expresa la representación inconsciente de lo que ella denomina relación paciente-analista.

El soñar es el vivir del alma durante el dormir, presenta semejanzas con el estado de la vigilia, como así también grandes diferencias. Representa un estado intermedio entre la vigilia y el dormir. El dormir es un estado que quita el interés sobre el mundo exterior. El sueño es un fenómeno psíquico y no somático, representa la reacción frente a un estímulo interno o externo que podría perturbar el dormir. De esta manera, el sueño procesa la emergencia del estímulo agresor, lo sustituye por algo diferente y lo coloca en concatenación. Siendo uno de los aspectos del trabajo del sueño (Freud, 1915).

Según Ferenczi (1931), los restos diurnos tienen la posibilidad de ingresar en la categoría de síntomas vinculados a la repetición de traumas. Define entonces que la función implementada por el sueño ocupa un espacio situado en un más allá del cumplimiento de deseo. Lo considera de esa manera en el momento en que afirma que el sueño, incluso aquel tipo de sueño no perteneciente al orden de lo placentero, intenta expandir y mejorar su

dominabilidad, como así también procurar obtener una resolución de las vivencias traumáticas.

Freud (1915) parte de la premisa de que el sueño pertenece al ámbito de lo anímico, y que también es posible que el soñante sepa el significado del sueño, la cuestión es que no sabe que lo sabe. El elemento onírico es algo no genuino, es un sustituto de otra cosa, de algo desconocido para el soñante, como lo era la tendencia de la operación fallida; es un sustituto de algo cuyo saber está presente en el soñante, pero le es inaccesible. El resulta ser el sustituto desfigurado de algo distinto, algo inconsciente. Entonces, la tarea de la interpretación del sueño es hallar aquello inconsciente.

Desde la perspectiva de Sandler (1976), a razón de la naturaleza de lo inconsciente, la presencia implícita del trauma tiene la tendencia de ser una compañera durante el estado de vigilia, como así también durante el dormir.

Según Freud (1915), resulta de suma importancia destacar que este mencionado estudio sobre el sueño no mantiene simplemente una relación con el compromiso de mejorar el escenario preparatorio para abordar luego el de las neurosis, sino que el sueño es un contenido perteneciente al síntoma neurótico, presentándose para el psicoanálisis como una condición de ventaja, ya que se manifiesta también en todas las personas sanas.

Con respecto a las fuentes y al material onírico, Freud (1900) señala que con claridad el sueño toma aquellas impresiones que impactaron durante la vigilia, también se torna necesario realizar la aclaración de que en su praxis, el sueño, selecciona de ese conjunto lo accesorio y lo inadvertido, no lo que podría denominarse esencial o importante. Además, a disposición del sueño pueden encontrarse habilitadas impresiones pertenecientes a la infancia.

Con relación a la interpretación de los sueños, Freud (1900) señala que distintos pacientes durante el tratamiento le confesaron el contenido onírico de sus sueños. De esa manera es que un sueño forma parte de un encadenamiento del aparato psíquico que ha de perseguirse en un retroceso en el recuerdo desde la idea patológica. Por lo tanto, Freud toma la decisión de que el tratamiento a realizar sobre el sueño ha de vincularse con aquel que interpreta al síntoma. También señala que resulta importante, al momento del primer paso de la interpretación del material del sueño, no abordarlo en su totalidad, sino desplomar la atención sobre aquellos fragmentos que lo componen. El segundo paso de la interpretación tiene como meta el desciframiento del sueño. Este método busca descifrar el misterio que

reposa en los fragmentos desprendidos de la totalidad del sueño a razón del cumplimiento del primero de los pasos.

El sueño se experimenta en imágenes visuales; ahí pueden entremezclarse también sentimientos, e incluso pensamientos; además, los otros sentidos pueden vivenciar algo. Pero fundamentalmente se trata de imágenes. Parte de la dificultad con que tropezamos para contar el sueño proviene de la necesidad de traducir estas imágenes en palabras (Freud, 1915)

Además, el sueño es un fenómeno psíquico pleno donde figura un deseo como cumplido, constituye una acción anímica, como todas aquellas otras que se expresan durante la vigilia y pertenecen así a un ámbito más comprensible para su análisis (Freud, 1900).

Freud (1915) comprende entonces, que el trabajo de la interpretación de los sueños se cumple en dirección contraria a la de una resistencia. Esta denominada resistencia se presenta en mayores y menores proporciones. Es decir, cuando la resistencia es escasa, la sustitución no se aleja demasiado de lo inconsciente.

Bleichmar (1998) sostiene que el psicoanálisis cumple el objetivo de una revolución al desarrollar que exista la posibilidad de la emergencia de un pensamiento sin la necesidad que pertenezca a un sujeto. Agregando también que ese pensamiento mencionado no puede encontrarse en ningún lugar dominado por la consciencia o por intencionalidad.

En lo tocante a la técnica, para el proceder de esta interpretación de los sueños, Freud (1915) destaca y advierte sobre la existencia de tres reglas fundamentales, en primer lugar es necesario no hacer caso de lo que aparenta expresar la trama general del sueño, ya que no es en ese lugar donde se ha de encontrar lo inconsciente que se busca. En segundo lugar, se debe llevar a cabo una limitación a evocar en cada uno de los elementos del sueño, sin que sea importante lo lejos que pueda llevar del elemento onírico. Por último, esperar hasta que lo inconsciente pueda instalarse por sí solo.

Freud (1900), mediante la interpretación onírica, sitúa en contraposición al *contenido manifiesto* del sueño, que se vincula con lo contado en la trama del sueño, con respecto del *contenido latente*, vinculado éste con lo oculto, con lo que la interpretación intenta abordar. Al hecho de que el sueño requiera una explicación, Freud lo denomina *desfiguración onírica*.

Las funciones de la omisión, modificación y agrupamiento son el producto de lo que Freud (1915) llama *censura onírica*. Esta censura es uno de los posibles causantes de la desfiguración del sueño. Cuando frente a la interpretación del sueño se opone la resistencia,

ésta ocupa el lugar de la objetivación de la censura onírica. Dando a entender, que la función de la censura onírica no tiene su final con alcanzar la desfiguración onírica.

Con respecto del trabajo propio realizado por el sueño, Freud (1915) describe que lo que él llama *condensación* se vincula con la primera de las operaciones que se realizan. Con este concepto, Freud desarrolla que, en cuanto al contenido manifiesto, éste resulta de una traducción del contenido latente, siendo el primero un continente con menor contenido que el segundo. En sí, la *condensación* es el producto concreto de que, por un lado algunos elementos de orden latente han sido omitidos, mientras que por otro lado, de un conjunto de elementos latentes solo un puñado es traducido al contenido onírico manifiesto, y por último, algunos de los elementos latentes que se organizan a partir de mantener algo en común se concentran, integran y forman una unidad en lo que respecta del contenido manifiesto onírico.

Siguiendo con el trabajo del sueño, Freud (1915) menciona al término que representa a la segunda operación, el *desplazamiento*. Hablar de esta operación en el trabajo del sueño es también señalar que la misma, al contrario de la función de la *condensación*, ésta sí demuestra pertenecer a la censura onírica. A su vez, está compuesta por dos formas que se desprenden de ella, primero se exterioriza que un elemento de orden latente no se sustituye por lo que Freud señala como un elemento propio, en su lugar lo hace por uno que corresponde a una alusión, es decir, algo que consiga estar posicionado en un lugar lejano con respecto del elemento latente. La segunda forma en que se expresa esta operación tiene su proceder en cierto traspaso de un elemento de carácter importante a otro elemento cuyo carácter se distancia de lo importante.

3.2. Entrevistas preliminares

Antes del comienzo del análisis, en su trabajo *Sobre la iniciación del tratamiento* (1913), Freud señala, con relación a la praxis de consultorio, que es el analista quien toma la decisión de recibir, entrevistar y, en el mejor de los casos, tomar al paciente para el inicio del tratamiento. Menciona que ante estas eventualidades se vuelve necesario el uso de ciertas *Entrevistas de prueba o Tratamiento de ensayo*. Hace énfasis en que puede llegar a percibirse, en un tratamiento de prueba de algunas semanas, la emergencia de sospechosos signos que puedan servir de argumento a la hora de llevar a cabo el diagnóstico de tomar el caso o no. Además, durante ese lapso de tiempo, se le podrían explicar al posible paciente las reglas principales que sirven al propósito del tratamiento analítico.

Es desde el primer encuentro, o quizás desde antes que consigue llevarse a cabo la ponencia en juego de mecanismos de lo inconsciente, éstos afectan a todo el proceso de admisión, generando diferentes efectos, analíticos, terapéuticos, todos aquellos que puedan servir como base para un posible tratamiento psicoanalítico (Lombardi, 2009). En su trabajo, Fernández Blanco (2011), advierte que las entrevistas preliminares pueden ocupar el lugar de umbral a un psicoanálisis, ya que en ese lapso de tiempo, se intenta discriminar entre un motivo de consulta y una demanda de análisis.

Con respecto al tiempo de las entrevistas preliminares, éste cumple la función que permite al analista formalizar la posibilidad de establecimiento de la transferencia, como así también aproximarlos hacia la coordenada de un diagnóstico presuntivo (Montón, 2012).

Con respecto al inicio de un análisis, Lacan (1966) lo relaciona con lo que él denomina *entrevistas preliminares*, mediante las cuales, el psicoanalista intenta deducir la estructura clínica de quien consulta, de esa manera elige iniciar el tipo de tratamiento necesario para la estructura clínica correspondiente.

Por su parte, Ferrari (2003) sugiere que el término *preliminar* se defina como un umbral entre una cosa y otra. Entonces, las entrevistas preliminares hacen referencia a un período variable que dura desde el primer encuentro con el analista hasta el comienzo del análisis. Menciona que un análisis comienza cuando el analista constata la existencia de la transferencia que pueda utilizarse para la cura. Silvestre (1987), señala que el acento puesto por Lacan con relación a las *entrevistas preliminares* mantiene también vínculos con la puesta en movimiento de quien consulta, es decir, es importante evaluar su demanda, no importa el tipo que sea. La solicitud del alivio de un sufrimiento determinado, no implica la emergencia de una demanda de análisis. El objetivo del analista, en el lapso de tiempo que ocupen las *entrevistas preliminares*, es observar la medida en que la manifestación del inconsciente, el síntoma, implica al paciente en una interrogación propia y, por otro lado, percibir la medida en que el analista está incluido en la demanda, siendo su lugar el de un supuesto saber, comenzando de esta forma el establecimiento de lo que el psicoanálisis denomina transferencia.

Para González Castañón (1992), la función de las entrevistas tiene su base en el orden, el límite y la habilitación de aquella consulta traída por parte de quien consulta. El modelo desarrollado por este autor marca la existencia de dos momentos ordenados lógicamente: primero, quien entrevista lleva un rol activo a la hora de la necesidad de construir un pedido.

En un segundo momento, lo que ha de advenir es un entrelazamiento del pedido antes mencionado con el tratamiento propuesto. Este segundo momento lógico no tiene como consecuencia directa la entrada en análisis por parte de quien consulta, ya que entre los posibles resultados podrían aparecer la derivación o hasta la internación.

En su trabajo, el autor Álvarez (1993) señala la importancia de las entrevistas preliminares a razón de que la admisión prepara un tiempo necesario para la recolección de información, como así también para llevar a cabo la reconstrucción histórica, o pasado historizado, narrado por el paciente. Para la concreción de tal objetivo, deben tenerse en cuenta las dos partes componentes de la decisión que ha de llevarse a cabo. Es decir, en uno de los extremos se encuentra la decisión de consultar tomada por el sujeto que acude, mientras, que por el otro, se manifiesta la emergencia de la indicación, dada por el extremo contrario, ocupado por quien ha de concretar o no la admisión para el posible tratamiento. Para Díaz Portillo (1998), quien desea dar inicio a un psicoanálisis, es decir, el paciente ha de volverse el continente de ciertas características tales como la capacidad de, traslado, de endeudamiento y comunicativa para con el analista. De más está aclarar, que el interés por atravesar obstáculos y resistencias frente a la cura es de suma importancia.

Las entrevistas preliminares mantienen relación con la implicancia de un aplazo del posible comienzo de análisis, mediante el cual quien ocupa el lugar del analista refrena la prosecución de la escena analítica hasta que su satisfacción se colme con los elementos que componen a una demanda de análisis (Miller, 1998).

3.3.1 Transferencia

Para el autor Herreros (2002), lo que diferencia al psicoanálisis de otras prácticas de la cura es el estudio, formalización y trabajo con el concepto de transferencia, entendiéndose como el espacio único donde se vuelve posible el desarrollo de la problemática en la cura psicoanalítica. El concepto de transferencia se relaciona con la reviviscencia de lazos inconscientes sobre la persona del analista, es motor del tratamiento, y puede ser obstáculo del mismo (Cáceres Goyos, 1999). Según Bustos Ancón (2016), para dar lugar al entendimiento del desarrollo teórico de Freud con respecto al término transferencia, no solo se deben buscar los artículos donde él lo menciona de manera explícita, sino también, es de suma importancia denotar aquellos otros textos suyos, es decir, los textos de historial clínicos donde puedan observarse sus intervenciones. Freud interpretó entonces, que el analista no puede irse de esa situación en la que el paciente lo involucra. Pero advierte que el analista no

ha de otorgar una respuesta directa al contenido del pedido de aquél, (Restrepo, 2002). Según Laplanche y Pontalis (1996), el término *transferencia*, es reconocido como el conjunto de fenómenos constituyentes de la relación entre el paciente y el analista, como así también el continente de las concepciones de cada analista con respecto de la cura. Desde una perspectiva clásica, hay transferencia positiva y transferencia negativa. Con respecto a la primera, puede decirse que es donde se emiten sentimientos de amistad desde el paciente hacia la persona del analista. La segunda, es decir, la transferencia negativa se vincula con la expresión de sentimientos de hostilidad hacia la persona del analista (Ruíz, 2013). Freud (1917), indicó en su trabajo con respecto a la transferencia, que se debe prestar atención cuando ésta pudiere mudarse en resistencia, ya que modifica su relación con la cura pretendida en el análisis. Cuando la inclinación tierna, presente en la transferencia positiva, se vuelve tan intensa que muestra su fuente sexual, puede verse en su interior una manifestación de la resistencia.

Con respecto a la transferencia y la neurosis obsesiva, Volta y Erbetta (2013) señalan que el paciente obsesivo no tiene acceso al texto de sus representaciones obsesivas. En el circuito de un análisis se incrementa el coraje de la enfermedad del paciente, expidiendo entonces sus formas más acentuadas. La neurosis de transferencia tiene su lugar de origen al establecer la conexión entre el paciente hablante y el saber inconsciente, su realidad sexual. Por su parte, Mendoza Sánchez (2015) escribe que la transferencia y la resistencia establecen su operación desde lo inconsciente, dando a entender que el paciente actúa su escena de la infancia sin tener conocimiento de ello.

El concepto de resistencia expresa un señalamiento que emerge durante el desarrollo de la cura analítica, ya que se conglomeran con las formas, es decir, palabras y actos, que en el paciente se oponen a ella, representando un obstáculo a la hora del esclarecimiento de los síntomas (Laplanche & Pontalis, 1996). En su trabajo, Napolitano (2013) expresa que una de las manifestaciones de la resistencia en la neurosis obsesiva es empleada por las formaciones reactivas que se generan en el interior del *yo* del neurótico obsesivo, éstas contienen un esfuerzo de inoponibilidad frente al avance del análisis. Así, el conjunto de elementos que dan origen a la neurosis se define como una constelación de defensas contra la libertad de circulación del flujo de afectos y representaciones inconscientes a la hora de volverse susceptibles de consciencia. Estructurando, en esos términos, al tratamiento psicoanalítico como aquello que consiste en la identificación y disolución de las resistencias para que las representaciones y afectos inconscientes reprimidos puedan aflorar en la consciencia.

Green (1986) advierte que frente al descubrimiento realizado por Freud con respecto del narcisismo, consigue alcanzarse cierto esquema descriptivo sobre la posibilidad causal mediante la cual un conjunto delimitado de pacientes no obtenían el necesario atravesamiento del umbral para concretar el acceso al psicoanálisis. Por ejemplo, al retirar la carga libidinal contenida en los objetos, la respuesta obtenida de aquellos pacientes comprendidos dentro de un cuadro neurosis narcisista, se relacionaba con la inaplicabilidad de afianzar la transferencia. La consecuencia de la falta de establecimiento de la transferencia y el ignorar la función ocupada por el analista se vuelve la principal referencia para la imposibilidad de producir una neurosis de transferencia.

Entre algunas de las recomendaciones existentes para tratar a este conjunto de pacientes que ocupan el espacio de una neurosis narcisista, se propone, con respecto de la dificultad que demuestran para asociar y para la posición del analista frente a ésta, por un lado, el señalamiento sobre el analista silencioso, ya que suele asociarse armónicamente con favorecer la compulsión a la repetición, produciendo, de esta manera el sometimiento del paciente frente a su mundo interior, en el cual impera el discurso de sus padres (Bleichmar, 1994). Además, con respecto de la escansión, ésta puede experimentarse con una aproximación a un corte ligado a la arbitrariedad y como una forma de autoritarismo, sosteniendo a su vez vínculo con el concepto de madre fálica (Bleichmar 1997).

3.3.2 Síntoma

El término formación de síntoma se utiliza para dar lugar a la designación de que el síntoma de la psiconeurosis aparece como el resultado de un proceso elaborado psíquicamente. Freud asimila la formación de síntoma a lo que él denomina el retorno de lo reprimido. En un sentido amplio, la formación de síntoma responde no solamente al retorno de lo reprimido en la manera de *formaciones sustitutivas* o de *compromiso*, sino también a las *formaciones reactivas* (Laplanche & Pontalis, 1996)

Freud (1899) sostiene que el síntoma ocupa, en la vida anímica, el cumplimiento de deseo de aquel pensamiento represor. Es decir, que el síntoma tiene su origen en el lugar y el momento donde el pensamiento reprimido y el pensamiento represor pueden dar una conjugación que se vincula a un cumplimiento de deseo. Puede señalarse que el contenido del deseo de un pensamiento represor se asocia con el cumplimiento de una autopunición.

El motivo de la formación de síntoma es la libido, así, el síntoma es también un *cumplimiento de deseo* si su cumplimiento contenta a la *defensa*. Se da este acontecimiento si el síntoma consigue trabajar como castigo o para establecer un impedimento (Freud, 1899).

En su carta a Fliess, Freud (1899) desarrolla tres supuestos para el devenir-consiente, entre ellos señala la noción de *compromiso* entre los diferentes poderes psíquicos que manifiestan recíprocamente tras la manifestación del regimiento de la represión. Estos poderes los denomina como *intensidad cuantitativa propia de una representación y atención libremente desplazable*. Dando a entender de esta manera que frente al conflicto entre los procesos *desinhibidos* y procesos con *inhibición-pensar* los síntomas se manifiestan, mayoritariamente, como *formaciones de compromiso*, a los que se les abre un sendero hacia la conciencia.

Según el trabajo realizado por Negro (2009), el síntoma se funda como *símbolo mnémico* del trauma. Describe que Freud (1895) lo homologa a aquella *vivencia de dolor* propuesta en su Proyecto de una psicología para neurólogos, agregando también que el síntoma representa el símbolo de una de las partes que estructuran la vivencia de dolor, volviéndose así, el síntoma, una metáfora de la cosa, un sustituto.

Al principio Freud relaciona la noción de síntoma con una forma desfigurada de la satisfacción sexual. Señala que de una manera figurativa el síntoma mantiene vínculo con la realización de una fantasía del orden de lo sexual. Luego, sostiene que el síntoma es el continente de más de un significado. Para después colocarlo como un indicio y sustituto de una satisfacción de la pulsión que ha sido interceptada, comprendiendo de esa manera al resultado de un proceso denominado represivo (Villa, 2019).

En sus primeros escritos, Freud (1886) describe que en la neurosis obsesiva la represión sobreviene a razón de que del placer contenido en el recuerdo se desprenda displacer al momento de un recordar posterior. Agrega que en el estadio del retorno de lo reprimido, el reproche reaparece sin alteración alguna, pero su retorno emerge como una conciencia de culpa sin contenido. Siendo así, que la representación sea un producto obtenido como consecuencia de la concreción de un compromiso, de orden correcto con respecto al afecto y categoría, y perteneciente a un orden falso por su desplazamiento en tiempo y su sustitución analógica. Llevando así a tres clases de síntomas en la neurosis obsesiva. El síntoma primario de la defensa es continente de la escrupulosidad de la conciencia moral. Luego, los síntomas de compromiso de la enfermedad, bajo su tutela se expresan las

representaciones obsesivas o afectos obsesivos. Por último, los síntomas secundarios de la defensa, aquí se puede encontrar a la obsesión caviladora, la obsesión de guardar, la dipsomanía y la obsesión ceremonial. Sobre las representaciones obsesivas, Freud (1909) advierte que en un tiempo fueron *reproches mudados* retornantes de la operación realizada por la represión y estaban siendo emitidos desde una acción placentera sexual acontecida durante la infancia, pero que formalmente caen dentro de lo objetable, ya que debido a las imprecisiones conjugadas por los pacientes contraen una mezcla de las formaciones psíquicas. Entonces, Freud sugiere otra manera de llamarles y los coloca dentro de lo que denomina un *pensar obsesivo*, de allí las producciones obsesivas pueden mantener vínculos con actos psíquicos que se relacionan con ciertas tentaciones, deseos, dudas, prohibiciones y mandamientos.

Green (2008) sostiene que en el caso de las estructuras no neuróticas y sus síntomas, en lugar del placer, lo que se pone en juego se realiza con respecto del poder y la potencia. Es decir, la proposición del autor se consolida con un distingo entre el poder y la potencia, elaborados ambos términos desde una perspectiva psicoanalítica. Sugiere que el término poder, a diferencia del término potencia, contiene una dinámica de repartición. En cambio, en el lugar ocupado por la potencia, existe la oscilación entre polos posicionados en oposición: la impotencia o la omnipotencia. Sostiene que lo arcaico distribuye sus efectos entre situaciones marcadas por estados extremos. Por ejemplo, desde el ángulo del objeto, el superyó no conoce más que la alternación de lo vinculante con la obediencia o la rebeldía. También, desde la posición del narcisismo, el ideal del yo se manifiesta como lo que se inclina hacia las reacciones exacerbadas de la humillación y el orgullo. Son, entonces, comprendidas en el marco de la analidad primaria, las formas, las maneras que sirven de puente para la edificación de la cultura del fracaso masoquista, es decir, existe, en estos casos mayor aferramiento al objeto que al goce, a razón de la retención esfinteriana. Su mira narcisista se relaciona con la invulnerabilidad que se ha conferido a la reversión de orden inconfesado de las reglas que pertenecen a un juego donde el que gana pierde. Porque si perder es el riesgo de toda ganancia, transformar toda ganancia en pérdida es la única manera de poder asegurar el resultado cada una vez, por la anulación sistemática de cualquier dependencia respecto del objeto. Así, el sujeto recientemente descrito es borrado para dejar sitio a un objeto del objeto. Deja de ser el sujeto como el agente de un deseo el que lo insta en tanto iniciador, sino que él confiere este lugar al objeto. Aun así, en lo inconsciente el sujeto conserva su lugar como instigador de un libreto en el que su

borramiento es pura fachada, ya que él maneja los hilos del juego. Es la lucha permanente contra un objeto omnipotente en el cual ser el rival de ese objeto tan omnipotente, eleva el narcisismo a la misma potencia (Green, 2008).

Con relación a la organización de la estructura fronteriza, Kernberg (1975) desarrolla la caracterización de elementos descriptivos que han de presentarse. Por sí solos, estos síntomas que serán enunciados no presentan una entidad patognomónica, aunque si se establece la aparición de dos, hay entonces una pesquisa óptima para desenmarañar una personalidad fronteriza subyacente. Entre estos síntomas aparece la ansiedad, ya que los pacientes limítrofes tienden a ser el continente de una ansiedad flotante, crónica y difusa. Otro de los síntomas se vincula con una Neurosis polisintomática, es decir, compuesta por un lado con fobias múltiples, que manifiestan tendencias de orden paranoide, provocando así inhibiciones sociales, constituyendo de esa manera una prueba presuntiva de personalidad fronteriza. Por otro lado, estas neurosis polisintomáticas también pueden servir de recipiente para síntomas obsesivo - compulsivos que de forma secundaria conviven coherentemente con el yo, que como consecuencia adscribe el carácter de pensamientos y acciones sobrevalorados. Así también, dentro de estas neurosis polisintomáticas, puede emerger la denominada hipocondría, la cual define una exagerada preocupación por la salud y un temor crónico a la enfermedad que se manifiesta como síntomas crónicos, rituales de salud y retiro de la vida social.

3.3.3 Defensa

Para el autor Napolitano (2013), la definición del término defensa es la forma mediante la cual Freud alcanza el permiso para establecer cómo se relacionan, por un lado, la neurosis histéricas y las obsesivas, y la psicosis con alucinación.

En sus primeros escritos, Freud desploma sobre su pensamiento, que la defensa ha de entenderse como la manera en que se realiza un proceso, mecanismo psíquico. La describe como la fuerza motriz que se genera por el afecto displacentero que empuja a la representación inconciliable fuera de la conciencia, que su representación sea reprimida (Castiglioni, 2010)

Desde la perspectiva de Sauval (1996), se puede explicitar la diferencia existente entre el concepto de represión y el de defensa, siguiendo el sentido de que el último término es más extenso, ya que su forma consigue abarcar a otros fenómenos. Según el autor, Freud ubica a

la represión como uno de los mecanismos de defensa, indicando que en esencia su función es la del rechazo de acierto elemento de la conciencia y mantenerlo alejado de ella.

Para Freud (1926), se debe utilizar el concepto de defensa como la designación general de las técnicas mediante las cuales el yo se vale en los conflictos que mantengan vínculos con lo que de forma eventual se dirigirán hacia la neurosis.

Gracias al término *defensa* (Napolitano, 2013), Freud señala un límite en lo que respecta a las neurosis, denominándose la primera neurosis histérica y la segunda neurosis obsesiva. Así, el término *defensa* es comprendido como una forma de escape no intencional del individuo frente a una vivencia experimentada como penosa. Tanto en la histeria como en la neurosis obsesiva, la operación efectuada por la defensa separa el afecto de la representación, dando origen a los síntomas manifestados en el paciente. La neurosis histérica contiene dos maneras de expresión de síntomas, por un lado, la histeria de conversión, de la cual se desprende cierta operación donde el conflicto psíquico toma su simbolización en síntomas corporales, paroxísticos o con extensa duración en el tiempo, y por otro lado, la histeria de angustia, cuya operación tiene vínculos con fijar la angustia de una manera relativamente estable a un objeto externo determinado, denominada también como *fobias* (Laplanche & Pontalis 1996).

Desde el descubrimiento de la represión como mecanismo de defensa de la histeria, Freud comienza a encontrar y recolectar experiencias clínicas que responden que no todo en las neurosis se reduce a ese mecanismo indicado por la estructura histérica. Ya en los comienzos, la clínica diferencial histeria y neurosis obsesiva se basa en modos diferentes de retorno, es decir, la histeria mediante la conversión y la neurosis obsesiva mediante el falso enlace (Sauval, 1996). Según Freud (1893), si un individuo predispuesto a la neurosis no tiene la capacidad convertidora para defenderse de una representación inconciliable, ocurre un divorcio entre esa representación y su afecto correspondiente. Así, la representación debilitada queda separada de la cadena asociativa susceptible de consciencia, quedando su afecto liberado para adherirse a otras posibles representaciones de un orden externo al de lo inconciliable, conformando un falso enlace. La representación obsesiva consiguió ser rechazada en la primera oportunidad, entonces, se vuelve de carácter necesario su desfiguración para así concretar un retorno a la batalla defensiva (Freud, 1909). Cuando, mediante la señalización del analista se enmarca dentro de la cadena asociativa la posible representación originaria, la respuesta del paciente tiende a elaborarse desde la objeción sobre la importancia de la misma (Freud, 1893).

Cuando Freud (1914) describe los mecanismos de la parafrenia (esquizofrenia), establece una diferencia entre ésta y las neurosis de transferencia, entendiéndolo que la libido liberada por frustración en el campo de la primera no toma posición en los objetos de la fantasía, sino que ésta se retira sobre el yo del sujeto, entregándole entonces la dominabilidad psíquica al delirio de grandeza para llevar a cabo la manipulación del volumen de la libido. La introversión es la equivalencia de lo antes mencionado, en términos operativos, en los casos de las neurosis de transferencia con respecto a la formación de la fantasía. De la frustración, en palabras de la parafrenia, nace la hipocondría, la cual es homóloga al concepto de angustia domiciliado en las neurosis de transferencia. Siguiendo el razonamiento de la angustia en las neurosis de transferencia, es importante resaltar que ella puede ser subrogada a partir de una elaboración de orden psíquico, es decir, la posible consecuencia se relaciona con que el cargo ocupado por la angustia se vuelva luego el lugar de trabajo de las funciones llamadas conversión, formación reactiva y formación protectora. En cambio, en la parafrenia, el intento de restitución toma esa función, ya que en esta afección existe un desprendimiento parcial de la libido con relación a los objetos, Freud (1914) enumera tres grupos de manifestaciones. La primera se vincula con lo que él denomina normalidad conservada o la neurosis. La segunda ésta se relaciona con las manifestaciones del proceso patológico, aquí entrarían los desprendimientos de la libido con respecto a los objetos, que llevan al delirio de grandeza, hipocondría. La tercera tiene su relación con las manifestaciones de la restitución, éstas depositan nuevamente la libido en los objetos al modo de una histeria (parafrenia) o al modo de una neurosis obsesiva (paranoia).

Desde la perspectiva de Green (2006) y las estructuras no-neuróticas, es de suma importancia mantener respeto hacia las defensas emergentes en el paciente, porque, en sí, resulta que gracias a ellas se mantiene estructurado. Pero, es menester señalar que, al mismo tiempo, estas defensas son empobrecedoras. Es decir, mantienen una relación fusional con el objeto primario al que odia y esta relación se reproduce en la transferencia. Así, la fijación al odio es más fuerte que las relaciones amorosas que suelen quedar a la merced de infiltraciones de amor y odio.

Sin embargo, cuando el deseo impulsa al avance del sujeto en la comprensión de lo que le ocurre comunicando al analista la manera en que lo vive, se genera la comprobación de la existencia de cierto introyecto de aquel objeto primario, uno del que ha quedado una expresión abstracta y que sólo ejerce su acción desde la manifestación de un estilo, un modo de obstáculo, de impedimento al placer narcisista. Significa, entonces, que son esas

proyecciones no desploman sobre la persona del analista, sino, más bien, en formas mucho más abstractas (Green, 2006).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso.

4.2 Muestra/participantes

- Paciente de 24 años, solicitó una entrevista en la institución de orientación psicoanalítica, en CABA. Convive con sus padres y hermano mayor. Al momento de la consulta transmitió no poder trabajar ni estudiar. Su motivo de consulta se relaciona con responder si existe algún tipo de ley que diga si tener deseo homosexual va en detrimento de la capacidad heterosexual. Tuvo un tratamiento terapéutico anterior breve, el cual fue interrumpido.

- La psicóloga psicoanalista de orientación lacaniana que realizó las entrevistas con el paciente. En ese momento, ella, recién recibida, llevaba solo dos años trabajando en la institución.

4.3 Instrumentos

- Se observó, remotamente y de forma no participante, el historial clínico del paciente entregado vía e-mail por la institución. El contenido de este material clínico se vincula con el conjunto de entrevistas preliminares, interpretado y narrado por la psicoanalista, que denotan la relación entre los síntomas de la presuntiva neurosis obsesiva del paciente y la interrupción del tratamiento psicoanalítico.

- Se le realizaron dos entrevistas semidirigidas de forma virtual a la psicoanalista del caso para obtener información precisa y necesaria que se relacione con los criterios que utilizó durante el tiempo ocupado por el tratamiento, es decir, se le preguntó sobre el caso seleccionado, también sobre las características que la profesional consideró pertinentes a la hora de señalar la existencia de una neurosis obsesiva con relación a los síntomas presentados por el paciente del caso. Otro de los aspectos que se abordó en las entrevistas fue preguntar sobre la manera en que se estableció la transferencia en el caso durante las entrevistas preliminares, para luego inquirir con respecto a la interrupción del tratamiento y su relación con los síntomas del paciente.

4.4 Procedimiento

En un primer momento hubo un contacto telefónico con la coordinadora de la institución para así poder transmitirle el contenido de los objetivos que darán forma a este Trabajo Final Integrador. Luego, la coordinación de la institución anunció vía WhatsApp los días y horarios correspondientes a las reuniones virtuales relacionadas con la supervisión grupal de casos, que duraron 120 minutos cada una y una vez por semana, y de las reuniones virtuales con respecto a las entrevistas de admisión, también de 120 minutos y una vez por semana. También se participó en reuniones virtuales quincenales de 120 minutos donde representantes de la institución darán a conocer el posicionamiento teórico que utilizan como base para el trabajo terapéutico.

Luego, se realizaron dos contactos telefónicos a la psicóloga del caso elegido para realizar una entrevista semidirigida. En la primera se le preguntó sobre el material clínico que contenga la información necesaria para el desarrollo de este trabajo, la misma fue de 30 minutos de duración. La segunda entrevista semidirigida tuvo relación con su posicionamiento teórico frente al caso presentado y su resolución.

5. Desarrollo

5.1 Descripción del caso clínico

El presente trabajo final integrador tiene la pretensión de abordar un caso clínico realizado en una institución psicoanalítica. La forma establecida para la construcción de este mencionado abordaje se vincula, en términos generales, con el análisis del material clínico de un paciente diagnosticado con neurosis obsesiva durante las entrevistas preliminares de un tratamiento psicoanalítico. La aproximación que se pudo realizar al caso consistió en dos encuentros telefónicos con la psicoanalista de la institución que llevó a cabo el tratamiento. A su vez, se pudo acceder, a través de archivos enviados vía e-mail a fragmentos redactados por la psicoanalista que reflejan al conjunto de las entrevistas preliminares del caso.

El caso que se desarrollará es el de L, un paciente que se presenta tras haber solicitado una entrevista con cierta urgencia. Manifiesta estar atormentado. Dice que no trabaja, no estudia y tiene serias dificultades a la hora de conciliar el sueño. Lo atormentan día y noche pensamientos respecto de su capacidad sexual que él resume en una pregunta que dirige hacia la analista: “¿Existe una ley que diga que tener deseo homosexual va en detrimento de la capacidad heterosexual?” A su vez, L informa que su familia está constituida por su padre, su madre y un hermano poco tiempo mayor que él, muy exitoso, profesional, con un excelente trabajo y una buena novia.

Llega a la consulta por una amiga, quien le dice haberse atendido con la psicoanalista.

5.2 Describir las características de la neurosis obsesiva que presenta el paciente al inicio del tratamiento.

Frente a la redacción y lo relatado por la psicoanalista del caso, es importante comenzar el análisis con aquél *tormento* que menciona L. El paciente dijo en la primera entrevista vivir bajo cierto tormento gobernado por sus pensamientos, tal agravio le producen que es así como no puede apartar un espacio o tiempo para conseguir un trabajo, para conciliar el sueño y para encontrar un tiempo necesario que le permitiera estudiar. Manifiesta que este conjunto de elementos conformadores del tormento, tienen un supuesto vínculo en común con respecto a su capacidad de orden sexual, específicamente delimita la cuestión en sí dentro de una pregunta: “¿Existe una ley que diga que tener deseo homosexual va en detrimento de la capacidad heterosexual?”.

Con respecto a lo enunciado en el fragmento, puede relacionarse con una forma expresada típica de la neurosis obsesiva, ésta redacta su manifiesto a través de aquellos síntomas denominados compulsivos, es decir, ideas obsesivas, la compulsión a concretar actos indeseables, una lucha en contra de estos pensamientos y tendencias, y además por un tipo de pensamiento caracterizado por la rumiación mental, la duda, escrúpulos, conduciendo, éstos, al sujeto hacia inhibiciones del pensamiento y de la acción (Laplanche, Pontalis 1996). Es también importante destacar que entre los elementos que conforman a las estructuras fronterizas, los síntomas obsesivo-compulsivos mantienen una coherente convivencia con la vida cotidiana del paciente (Kernberg, 1975)

La psicoanalista mencionó que al indagar sobre la construcción de la pregunta de L sobre la posible existencia de esa norma, él respondió que cuando era un niño realizó juegos sexuales con un primo y no con una prima, como hubiese sido lógico. Según la psicoanalista, esa escena le hace al paciente suponer que su capacidad heterosexual está desde entonces afectada y se encuentra con relación a cualquier otro hombre “en menos”. De similar manera, la autora Pantoja Palmeros (1999), indica que es en la experiencia sexual perteneciente a una escena previa a la pubertad donde ésta es acompañada por una sensación de placer presexual que después formará al autorreproche. Entonces, la conflictividad de lo moral en cuanto a su posición “en menos” como hombre resalta como un elemento que compone a la neurosis obsesiva. Por lo tanto, la dimensión del placer y su consecuente repudio entran en juego.

También puede, lo informado por la psicoanalista, relacionarse con lo que Freud (1886) describe de la neurosis obsesiva. Él redactó que la represión sobreviene a razón de que el placer cobijado en la representación del recuerdo se desprenda displacer al momento de una evocación posterior. Agrega que en el estadio del retorno de lo reprimido, el reproche reaparece sin alteración alguna, pero su retorno emerge como una conciencia de culpa sin contenido. Así también, Freud (1914) sostiene que es posible que a la par de los casos donde resulta una sucesión de la representación sexual inconciliable y de la representación obsesiva existe también una serie de otros casos, otros tipos de casos donde el protagonismo emerge en la simultaneidad entre las representaciones obsesivas y las representaciones sexuales penosas de orden penoso. Aclara que en estas diversas maneras se trata de una defensa cuyo esfuerzo constante es a razón de un trabajo que no ha podido ser terminado. A su vez, se señala que con respecto a las estructuras no-neuróticas (Green, 2008), éstas tienen su origen en una herida narcisista no cicatrizada que sirve de impedimento a la estructura del yo, dando lugar a una destacada dificultad liminar entre el yo y el objeto.

Según lo explicitado por la psicoanalista, L se presentó a la entrevista con la propuesta de “*discutir*” teorías psicológicas hasta que se dieran las condiciones necesarias para que el lugar de la aparición de una respuesta que satisfaga a la pregunta respecto de su capacidad sexual tuviera su momento. Además, aclaró, según la redacción de la psicoanalista, que no mantendrá relaciones sexuales hasta que la respuesta emerja. Es importante relacionar los planteos esgrimidos por L con cierto señalamiento de Freud (1909), él advierte que aquellos sujetos que terminan acudiendo a un psicoanálisis manifiestan no estar anoticiados del texto formador de sus representaciones obsesivas. Por su parte, Lacan (1956) sostiene que el neurótico obsesivo se expresa como un actor que debe desempeñar un papel que se corresponde con lo que le fue solicitado. Con esto se intenta señalar que en la escena, L estaría haciendo el intento de mostrar hasta qué punto le es lícito proseguir con su labor en la pregunta sobre su potencia sexual. Así, dice Lacan (1956), el neurótico obsesivo puede llegar a anoticiarse de que las reglas de este juego, es decir, las del personaje dentro de la escena, no se realizan en un lugar donde él es consciente.

Siguiendo esta línea conceptual, una segunda propuesta desplegó L en la primera entrevista. Esta propuesta suponía que, a razón de un anterior tratamiento psicológico que no consiguió prosperar, la psicoanalista actual debía acatar la condición de no preguntarle sobre tópicos de índole personal hasta que el lograra ocupar con una respuesta el espacio de cada pregunta que sobre la teoría psicológica se le ocurriese.

La psicoanalista redacta entonces, que de esa manera fue construyéndose la lógica de las sucesivas entrevistas, L llevaba al consultorio para debatir artículos psicológicos recortados o conceptos psicoanalíticos que alguna persona de su círculo personal le comentaba. De esa manera, a partir del pasar de las entrevistas, la psicoanalista menciona que se fue constituyendo, en base a la pregunta inicial, lo que L denomina “circuito 1”.

Este “circuito 1”, para L y la psicoanalista, tiene su soporte en todos aquellos argumentos que llevarían a la “*demonstración*” de la respuesta negativa de la pregunta inicial. Respecto de lo señalado, la psicoanalista advierte que como “mecanismo” del “*circuito 1*” se puede dar ubicación a la duda, ya que cualquier ocurrencia banal de L desata una tormenta de dudas sobre el edificio teórico que intenta construir, haciendo que la verificación se imponga una y otra vez, tranquilizándolo momentáneamente para volver a empezar este circuito sin fin. La psicoanalista prosigue describiendo que L grafica este circuito y lo lleva a las entrevistas acompañado de una hoja, en ella explicita cada uno de los ítems que lo componen. Este grafico inicial sufrirá una serie de modificaciones al ir avanzando las entrevistas en el sentido de la simplificación hasta llegar a convertirse en un esquema con solo tres ítems.

Lo que L denomina “*circuito 2*” se relaciona con poder hablar como él supone hacen el resto de los pacientes en un análisis, de su familia, sus cuestiones personales. Para poder abordar lo planteado en el caso (Freud, 1917), hay que aclarar que la neurosis obsesiva manifiesta una diferencia en la operatoria de la represión, formándose como consecuencia el *falso enlace*, en lugar de la *conversión* histérica. Es decir, que el empeño de L por el cumplimiento de la condición de agotar las preguntas surgidas a partir del “circuito 1” para llegar a la meta de la respuesta negativa a la pregunta inicial, podría relacionarse con que el afecto contenido en el empeño esté amparado por el concepto de *falso enlace* propuesto por Freud para figurar la operación de la represión en el caso de una neurosis obsesiva. No debe olvidarse, como se señaló anteriormente, que tanto las estructuras no-neuróticas (Green, 2008) como las estructuras limítrofes (Kernberg, 1975), en términos de la operatividad ejercida por la restitución, obtienen manifestaciones al modo de una neurosis obsesiva.

Pedroza Gándara (2016) menciona que Freud (1895) describió cierta especificidad en el mecanismo de defensa imperante en la neurosis obsesiva, es decir, el desplazamiento del afecto hacia las representaciones alejadas del conflicto original, el aislamiento, y la anulación retroactiva. Es de gran importancia la mención anterior para así resaltar el compromiso que L mantiene con la pregunta inicial, como así también con la necesidad que plantea al proponer el condicionamiento al que debiera someterse, según él, el tratamiento psicoanalítico para no

transitar el mismo sendero que llevó al fracaso del tratamiento anterior. Otro ejemplo presentado por L, y que compartió la psicoanalista del caso, puede con facilidad acoplarse a la serie contenida en la pregunta inicial. El ejemplo consiste en que frente al comercio conversacional con otros hombres sobre el tópico “mujeres”, L manifiesta sentirse “raro entre los raros”, ya que, además de no participar activamente como cualquier otro hombre que integra al grupo hablante señalado, su cuerpo comenzaba a transpirar ya temblar.

La psicoanalista comparte un sueño que L relató en una de las entrevistas, el mismo se transcribe de textualmente. *“Estoy en el vagón de un tren con compañeros de trabajo. Soy guardaespaldas de alguien. Tengo que elegir de quien. Entre todos los que están elijo a Jacqueline, una mujer. Después no se bien que pasa pero me paso de estación y tengo que volver manejando, cosa que no se”*. Se ha mencionado que Freud (1909) afirma que los sujetos que acuden a un psicoanálisis no están anoticiados del texto de sus representaciones obsesivas, algo similar ocurre con el soñar (Freud, 1900), ya que la interpretación de los sueños es una técnica de la que el psicoanálisis se sirve para pesquisar elementos inconscientes (Kantrowitz, 2001). A su vez, L, según lo redactado por la psicoanalista del caso, llevó a la entrevista una interpretación propia del sueño, *“elijo a una mujer entre todos los que están pero como yo sé que es lesbiana no corro ningún riesgo.”*

Con respecto del contenido del sueño y la interpretación de L, la psicoanalista compartió el siguiente razonamiento, *“Queda claro en el sueño como la homosexualidad cubre del riesgo de elegir a una mujer pero se trata de una cobertura fallida ya que lo que se cubre por un lado se descubre por el otro: tiene que volver manejando y no sabe manejar. Del mismo modo que en el resto de las entrevistas L habla sobre lo que ya calculo, lo que ya pensó previamente, ya que al preguntarle que se le ocurre con la segunda parte del sueño dice que no se le ocurre nada, que lo importante era volver rápidamente.”* Sobre el soñar, Ferenczi (1931) considera que su función ordenadora ocupa un lugar más allá del cumplimiento de deseo porque incluso el sueño que pertenece al campo del displacer intenta expandir su dominabilidad para procurar obtener la resolución de la vivencia traumática. Al respecto, Sandler (1976) sostiene que la presencia implícita del trauma tiende tomar la forma de una compañera durante la vigilia y el sueño.

Sobre la interpretación realizada por L, *“elijo a una mujer entre todos los que están pero como yo sé que es lesbiana no corro ningún riesgo”* y por la compartida por la psicoanalista con respecto de su lectura del sueño y de las escenas emergentes durante anteriores entrevistas, Freud (1915) expone que la interpretación de los sueños parte de la

dificultad de traducir las imágenes en palabras. En lo que respecta de la técnica de la interpretación de los sueños, Freud (1915) señala que no hay que hacer caso alguno a la apariencia manifestada por la trama del sueño en general, sino que mediante la evocación de los elementos que la componen se ha de esperar a que aquellos elementos inconscientes puedan instalarse en la consciencia por sí solos. A su vez, Freud (1915) afirma que el sueño es un contenido perteneciente al síntoma neurótico. De esta manera, los elementos latentes dispersos en la trama manifiesta del sueño (Freud, 1900) son parte y están dirigidos por la pregunta inicial de L.

5.3 Describir cómo se establece la transferencia con el paciente durante las entrevistas preliminares.

Según la psicoanalista del caso, *“L acude a la consulta por una amiga, a la que llamaremos Jacqueline, quien le dice haberse atendido conmigo. Lo cierto es que esta amiga había asistido a una única entrevista conmigo en un momento de ruptura con su pareja homosexual solicitándome que fuera informando sus logros terapéuticos a dicha pareja que exigía esto como condición para reconciliarse. Al no aceptar por mi parte esta condición no volvió y durante cinco años volvió a contactarse una vez por año para “retomar” su análisis. Combinábamos una entrevista que sistemáticamente cancelaba hasta el año siguiente. Recién en el quinto año pudo concretar un tiempo de tratamiento.”*

Con relación al comienzo de un análisis, Freud (1913) señala que es el analista, en este caso la analista, quien decide si recibe o no a quien quiera realizar una consulta en su consultorio, para luego determinar si se tomará o no como paciente. Ya desde el primer encuentro, o desde antes que pueden ponerse en juego los mecanismos inconscientes (Lombardi, 2009), como es el caso de L por haber llegado a la consulta a razón de la recomendación brindada por su amiga.

Tras la mención de la existencia del grafo del “circuito 1”, la psicoanalista compartió que *“Iniciamos así una larga serie de entrevistas donde la discusión psicológica ocupa el lugar central. Leo trae recortes de revistas o periódicos donde hay algún artículo psicológico o algo que leyó o le dijeron que dijo Freud y esto es lo que funciona como disparador.*

Se va constituyendo así lo que el paciente denomina Circuito 1, lo que supone la existencia de un Circuito 2 del que ya hablaremos.

El Circuito 1 está armado en base a la pregunta inicial y tiene como soporte todos los argumentos que terminarían “demostrando” una respuesta negativa a la pregunta. Como

“mecanismo” del circuito podemos ubicar la duda ya que cualquier ocurrencia banal desata una tormenta de dudas sobre el edificio teórico que intenta construir y así la verificación se impone una y otra vez tranquilizándolo solo momentáneamente para volver a empezar este circuito sin fin.

L grafica este circuito, trae el grafico, acompañado de una hoja explicitando cada uno de los ítems que lo componen. Este grafico inicial sufrirá una serie de modificaciones al ir avanzado las entrevistas en el sentido de la simplificación hasta llegar a convertirse en un esquema con solo tres ítems.

Lo que él va a llamar Circuito 2 es poder hablar como el supone hacen el resto de los pacientes en un análisis, de su familia, sus cuestiones personales etc.”

Con respecto del fragmento seleccionado de la psicoanalista, Fernández Blanco (2011) advierte que las entrevistas preliminares pueden llegar a representar el umbral a atravesar para comenzar un psicoanálisis, en el camino hacia ese umbral, durante ese tiempo quien ocupa el lugar de analista, en este caso la psicoanalista, debe separar del motivo de consulta una demanda de análisis. El autor Ferrari (2003), mantiene también cierto vínculo conceptual al sugerir que las entrevistas preliminares sean definidas como un umbral, un período variable que empieza con el primer encuentro y finaliza con el comienzo de un análisis.

La psicoanalista indica que, “Del mismo modo que en el resto de las entrevistas L habla sobre lo que ya calculo, lo que ya pensó previamente, ya que al preguntarle que se le ocurre con la segunda parte del sueño dice que no se le ocurre nada, que lo importante era volver rápidamente. Y así lo hace: en la siguiente entrevista aparece una nueva formulación de la pregunta inicial (una pregunta similar con otro argumento) que reactiva el Circuito 1 de una manera feroz. También en el consultorio “se pasó”, hablo de más...un sueño no es Circuito 1 por eso lo importante era volver rápidamente.”

Se puede observar en el fragmento seleccionado que la tarea de la analista durante las entrevistas preliminares es detectar la medida en que aparece lo inconsciente, el síntoma implique a L en una interrogación propia, mientras por otro lado percibir si el o la analista está incluido en la demanda en un lugar de supuesto saber (Silvestre, 1987). Las entrevistas preliminares tienen la importante función de recolectar información para luego proseguir con la reconstrucción histórica narrada por el paciente (Álvarez, 1993), es algo que también puede encontrarse en el fragmento seleccionado.

Tras el fragmento del sueño, redactado en el apartado anterior, la psicoanalista informa que *“Durante el tiempo del Circuito 1 se produjeron algunos cambios: se regulariza el dormir y la tortura mental disminuye notablemente. Esto le permite conseguir un trabajo administrativo. Por este tiempo decide que aún no va a intentar estudiar ya que tiene la cabeza muy ocupada en resolver su temática sexual y no quiere dividir energías.*

L menciona cambios que para él son el efecto del trabajo de la desconstrucción y simplificación del Circuito. Dice que al comienzo él se sentía un “raro entre los raros”, siempre por fuera del conjunto de los hombres y que ahora esta posición se modificó a otra que denomina “tan capaz como cualquiera”.

También dice que cree que el Circuito 1 ya no tiene sentido y que se siente en condiciones de pasar al Circuito 2 pero esto en verdad nunca acontece ya que siempre aparece alguna duda que le implica volver a verificar los pilares “teóricos” del Circuito 1.”

En el fragmento seleccionado puede percibirse que L, el paciente, muestra signos de volverse un continente de características que podrían corresponderse con el inicio de un análisis, ya que ha demostrado tener una capacidad de endeudamiento, de traslado y de comunicación para con la analista, y por encima de todas ellas, existe el interés de franquear obstáculos que se opongan a la prosecución de la cura (Díaz Portillo, 1998).

Una vez que L propone pasar al “circuito 2”, que en el texto del paciente indicaba la llegada del intercambio de tópicos personales, es decir, dejar a un lado la discusión teórica con la analista y poder compartirle asuntos acordes a una demanda de análisis. Es en ese momento en que el motor del tratamiento aparece, a partir de la reviviscencia de lazos de orden inconscientes sobre la persona de la analista, es decir, la transferencia (Cáceres Goyos, 1999)

A partir de la propuesta del paso al “circuito 2”, la analista redacta que *“Su familia está constituida por su padre, su madre y un hermano poco tiempo mayor que él, muy exitoso, profesional, con un excelente trabajo y una buena novia.*

Aparecen relatos de infancia que dan cuenta de una neurosis infantil bien constituida: a los ocho/ diez años necesitaba ordenar simétricamente los objetos en su escritorio para poder realizar la tarea.

Tenía rituales como la necesidad de levantarse y tocar tres veces la ventana para poder seguir leyendo un texto.

También recuerda que de chico no podía soportar ver una película en la que si había un robo a un banco o a una joyería los ladrones no se llevaran...todo!!!

Relata también un recuerdo infantil bastante significativo: una salida de su hermano y él con su padre al circo. Al finalizar la función los niños podían sacarse fotos sobre el lomo del tigre que minutos antes había sido la fiera a domesticar. Él se rehúsa y llora de miedo pero la foto de su hermano sobre el lomo del tigre aun cuelga en una de las paredes del comedor familiar. Esto enmarca la dimensión que en el discurso familiar adquiere la hombría y sitúa algunos comentarios de L acerca de sí mismo como un flojo y un cobarde.”

La presencia del “c circuito 2” durante las entrevistas denota la construcción de un espacio donde la práctica psicoanalítica consigue encuadrar la problemática emergente con respecto de la cura (Herreros, 2002). El despliegue que L realiza de recuerdos infantiles y familiares dan a entender que tanto el paciente como el espacio se hayan propicios para el comienzo de un psicoanálisis (Ruiz, 2013), pero aún faltaría el señalamiento de otro de los elementos necesarios para poder establecer la transferencia. Este elemento se encuentra presente también en el fragmento seleccionado, específicamente cuando la psicoanalista interpreta que *“También dice que cree que el Circuito 1 ya no tiene sentido y que se siente en condiciones de pasar al Circuito 2 pero esto en verdad nunca acontece ya que siempre aparece alguna duda que le implica volver a verificar los pilares “teóricos” del Circuito 1.”*. Este segmento resalta que la analista no puede irse de esta situación en la que L la involucra, pero, a su vez, es importante que en su función, la psicoanalista no debe otorgar una respuesta directa al pedido del paciente (Restrepo, 2002), detalle que se percibe en la interpretación realizada por ella al decir *“... se siente en condiciones de pasar al Circuito 2 pero esto en verdad nunca acontece ya que siempre aparece alguna duda...”*

La psicoanalista menciona que, con respecto de la apertura del paciente a desarrollar plenamente tópicos de orden personal, L *“en verdad nunca acontece siempre aparece alguna duda”*. Eso se relaciona con la neurosis obsesiva, ya que el obsesivo, L, no tiene acceso al texto de sus representaciones obsesivas. En el circuito de un análisis existe la tendencia, como señala la psicóloga del caso al advertir que la duda en L reaparece, de que el coraje de la enfermedad aumente (Volta y Erbeta, 2013). A su vez, la transferencia y la resistencia establecen su operación desde lo inconsciente, es decir, que L toma sin saber el papel determinado en una escena infantil. En este caso podría también mantener vínculo con el final del relato del sueño, donde el paciente dice que *“...tengo que volver manejando, cosa que no se...”*

Frente a lo tratado en el presente apartado, no puede omitirse mencionar la advertencia que Freud (1914), en su diseño del concepto de narcisismo, realiza sobre aquel conjunto de pacientes que cuentan con la imposibilidad de afianzar la transferencia. Esto puede verse registrado en las reglas que L impone desde la primera de las entrevistas preliminares, dónde aclara que él decidirá la manera y el momento en que la analista pueda preguntar sobre el “circuito 2” Ignorar la función que cumple la analista y la consecuencia de no poder establecer la transferencia son los indicios principales para el advenimiento de la falta de producción de una neurosis de transferencia (Green, 1986)

5.3 Analizar la interrupción del tratamiento y su relación con los síntomas obsesivos del paciente.

En el apartado anterior pudo percibirse la manera en que la transferencia fue establecida y cómo la resistencia fue señalada por la psicoanalista del caso en los momentos en que L manifestaba sentirse preparado para habitar las formas contenidas por el “circuito 2”, pero, en cada una de las oportunidades de hacerlo, la duda tomaba allí el protagonismo necesario para que L manifieste la contundente expresión de “...no se...”.

Primero, es importante hacer una diferencia entre represión y defensa, ya que el segundo debe entenderse como una designación general de técnicas que utiliza el yo en conflictos que eventualmente lleven hacia el armado de una neurosis, en cambio la represión está contenida en el término defensa (Freud, 1926). El motivo de la formación de síntoma es la libido, de esa manera, el síntoma puede volverse un cumplimiento de deseo, sólo si éste (cumplimiento) contenta a la defensa, es decir, si trabaja como castigo o impedimento (Freud, 1899). Que L exprese *no saber* se vincula con que su yo no lo sabe y que la duda tome un papel central, como lo menciona la psicoanalista en su redacción, es decir, “*en verdad nunca acontece ya que siempre aparece alguna duda*”, puede mantener relación con que haya un deseo que esté satisfaciendo a la defensa, en términos de castigo o en términos de impedimento, ya que, en forma general, el síntoma demuestra tener origen en el momento y en el lugar donde confluye un pensamiento represor con uno represivo para el cumplimiento de un deseo (Freud, 1899).

A su vez, la formación de síntomas no responde solamente a un retorno de lo reprimido ordenado en formaciones sustitutivas, como lo denota la serie de dudas que fueron describiéndose por las palabras de la psicoanalista en los apartados anteriores, es decir, desde la pregunta inicial hasta la formulación dada por L de aproximarse al “circuito 2”, sino que

existe la posibilidad de que aparezcan también formaciones reactivas, donde prevalece una organización defensiva (Laplanche & Pontalis, 1996), como bien lo dice la analista cuando explicita lo que el paciente comparte en la entrevista siguiente a la del sueño, *“También en el consultorio “se pasó”, hablo de más...un sueño no es Circuito 1 por eso lo importante era volver rápidamente”*.

Después de la entrevista en la que L menciona que haber compartido un sueño no era “circuito 1”, que lo mejor era volver, la psicoanalista dice *“Y así lo hace: en la siguiente entrevista aparece una nueva formulación de la pregunta inicial (una pregunta similar con otro argumento) que reactiva el Circuito 1 de una manera feroz.”* Agrega también que *“En una de las entrevistas del reactivado Circuito 1 Leo dice: “Creo que de lo que se trata es de resignar Circuito 1 porque me reaseguro de dos o tres boludeces que se me ocurrieron pero mañana se me ocurren tres o cuatro más. Así esto es infinito*

Intervengo diciendo que a partir de la próxima o resigna Circuito 1 o las entrevistas en las que hable del Circuito 1 las va a pagar el doble. Corto la entrevista.”

Es menester mencionar que la perspectiva clásica de la transferencia involucra no solamente su versión positiva, donde se emiten sentimientos amistosos hacia la persona del analista, sino que también existe la posibilidad de que la versión negativa tome una posición preponderante, es decir, que sobre el analista se expresen sentimientos de hostilidad (Ruiz, 2013), como dice la psicoanalista que sucedió en la entrevista que siguió a su intervención.

“L llega por primera vez angustiado. Se sintió abandonado, solo con su imposibilidad. No sabe porque le dije eso al final de la entrevista anterior si lo había venido acompañando todo este tiempo. Me pregunta que pretendo de él.

No sabe porque recordó algo que le pasaba al salir de sesión en su tratamiento anterior: tenía ideas de suicidio, allí lo único que lo detenía era pensar en su familia, en el dolor que causaría su desaparición.”

Volviendo sobre la noción de síntoma, y específicamente de la representación obsesiva, a razón del recuerdo evocado por L *“recordó algo que le pasaba al salir de sesión en su tratamiento anterior:”*, resulta pertinente enunciar que Freud (1909) prefiere que pertenezcan (las representaciones obsesivas) a un pensar obsesivo, ya que bajo ese término, las producciones obsesivas mantienen vínculos con actos psíquicos, como las dudas, prohibiciones y mandamientos. La pertinencia tiene su suelo en lo afirmado por L durante la primera entrevista, *“una condición: no tocar temáticas personales y menciona un tratamiento*

anterior que no prospero por la negativa por parte de la analista de aceptar dicha condición.”. El síntoma representa también un indicio y un sustituto de una satisfacción pulsional que ha sido interceptada, el resultado del proceso represivo (Villa, 2019). Así también, con respecto de lo faltante de la oración expresada por el paciente, *“tenia ideas de suicidio, allí lo único que lo detenía era pensar en su familia, en el dolor que causaría su desaparición.”*, se puede señalar que el contenido de deseo de un pensamiento de orden represivo se asocia con el cumplimiento de una autopunición (Freud, 1899). La comparación entre el tratamiento anterior y el actual que L expresa tiene su lugar en la representación del rol que neurótico obsesivo, ocupa en la escena, el papel que ha de desarrollar mediante el seguimiento de las reglas que componen a su guion (Lacan, 1956).

La psicoanalista prosigue en su redacción *“L paga varias entrevistas el doble ya que no puede dejar de verificar sus dudas a través del Circuito 1 pero en algunas otras entrevistas comienza a hablar de otra cosa. Esto se produce no solo a nivel de la palabra ya que por ese tiempo mantiene relaciones sexuales por primera vez con una “chica de un sauna” ya que considera que con las cuestiones del amor no se puede confrontar aun.”*

En el fragmento seleccionado es posible corroborar la presencia de la transferencia positiva, ya que, aunque la intervención de la psicoanalista produjo primero la emergencia de la angustia en L, llevándolo a recordar el negativo final acontecido en el tratamiento anterior, se puede observar el estilo del denominado “circuito 2” al comentar L sobre el comercio sexual concretado con la *chica de un sauna*, y no sobre los esquemas del “circuito 1” (Ruiz, 2013).

“En las entrevistas siguientes varias son las temáticas que una a una van sustituyéndose y ocupando un lugar protagónico. Aquí puede percibirse un repliegue por parte de L a razón de haber emitido contenidos pertenecientes al “circuito 2” durante la entrevista donde tuvo mención su participación en el acto sexual con la *chica de un sauna*. Es decir, que la representación sea un producto que se consigue a consecuencia de un compromiso correcto en orden y categoría e incorrecto por su desplazamiento en tiempo y su sustitución analógica, de esa manera, *las temáticas que una a una van sustituyéndose y ocupando un lugar protagónico*, aparecen a partir de que el afecto-reproche sea capaz de explayarse en otros afectos que sí puedan alcanzar la consciencia con mayor facilidad (Freud, 1886).

“Varios temas van sucediéndose unos a otros , referiré por último a la serie final que aparece en estrecha ligazón al cuerpo, comienza con una urticaria que se hace mucho más notable en circunstancias en las que tiene que relacionarse con otros: alguna salida, una reunión con su jefe, etc. Comienzan a tomar un lugar central viejos rituales caídos en desuso hace tiempo y corrientes eléctricas recorren su cuerpo por ejemplo desde la cabeza a las manos o los pies, obligándolo a tener que separar uno a uno los dedos para poder seguir trabajando”. En este caso puede percibirse cómo el pensamiento “sentirse menos” vuelve a afirmarse en la cotidianidad de L, reposando nuevamente sobre su interacción social, trayendo esta vez un nuevo pensamiento que consigue escapar de su control y torturarlo, su cuerpo, no sobre su cuerpo en términos biológicos, sino sobre el pensamiento incontrolable dedicado a su atención. (Freud, 1917).

“Solicita una derivación para consultar a un psiquiatra pero las vacilaciones se imponen nuevamente haciendo que la consulta no prospere: en particular por el temor a lo que pudieran decirle respecto de su patología. Esta investidura libidinal hace que todo el tiempo esté pendiente de su cuerpo, si le late el ojo, si es poco o muy visible la última roncha que apareció, etc.” La psicoanalista señala correctamente que las vacilaciones cumplen el cometido de detener su accionar. Al hablar de impulsos internos, estos mantienen vínculos con cierto tipo de imágenes que Freud (1917) asocia al orden de lo espantoso. Frente a esto, el neurótico obsesivo tiene la tendencia de huir de la concreción del acto contenido en la imagen, volviéndose su precaución y escape un triunfo, a razón de que aquellos impulsos que las generan nunca consiguen concretarse.

Siguiendo con el texto compartido por la analista: “Aquí se produce la última de las interrupciones en las entrevistas con la diferencia que esta vez L queda advertido, ¿advertido de qué? De que si no renuncia a este goce narcisista no hay mucho que hacer más que seguir dando rodeos y giros sin fin por la vertiente significativa.

Esto aparece claramente en su discurso: ‘creo que tendría que dejar de dar vueltas con todo esto me parece, me parece que me tendría que animar a iniciar algunas cosas: por momentos me parece que puedo pero después retrocedo y no intento nada. Lo que me queda claro es que hasta que no me mande todo va a ser igual’.

A partir de ese momento, tuvo varias interrupciones de algunos meses retomando las entrevistas y finalmente dejó de venir. En este final intenté situar como salida un precipitado de saber que se lleva como saldo del tratamiento”

Frente a la intervención de la psicoanalista, la primera reacción de L se manifestó de manera diferente a aquella otra intervención realizada con respecto al pago doble de las entrevistas toda vez que sobre el “circuito 1” el paciente quisiera hablar. Pero el discurso de L contiene elementos que mantienen relación con la interrupción del análisis, ya que su decir con respecto *“dejar de dar vueltas con todo esto”, “puedo pero después retrocedo y no intento nada”* y *“Lo que me queda claro es que hasta que no me mande todo va a ser igual”*, dejan en evidencia que él aún ocupa el papel que se le fue dado en la escena, es decir, es una forma de juego que se le propone como una defensa ante la muerte, consiste en mostrarse invulnerable (Lacan, 1956), aunque eso signifique quedarse como prisionero de los pensamientos que discrepan con sus intereses (Freud, 1917).

Para finalizar este apartado, es significativa la señalización de que en las estructuras no-neuróticas (Green, 2006), es menester que las defensas esgrimidas en el paciente sean tratadas con respeto y cuidado por parte de la analista, ya que, aunque sean empobrecedoras son ellas las que lo mantienen en una estructura a razón de que denotan la relación de fusión con el objeto primitivo al que odia.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha descrito el abordaje al caso de un paciente diagnosticado con neurosis obsesiva durante las entrevistas preliminares de un tratamiento psicoanalítico. Este tuvo lugar en el marco de la práctica y habilitación profesional V, llevada a cabo de forma virtual en una institución psicoanalítica.

Para poder establecer una conexión del caso clínico con el análisis psicoanalítico se realizaron recortes de las entrevistas remotas hechas a la psicoanalista del caso, como así también a la redacción suscitada y compartida por ella. De esta manera, se pudieron pesquisar y describir las presentes características de la neurosis obsesiva en el paciente al momento del inicio del tratamiento, para luego llevar a cabo la descripción del establecimiento de la transferencia durante las entrevistas preliminares y así analizar la interrupción del tratamiento y su relación con los síntomas obsesivos del paciente, cumpliendo de esta forma con el objetivo general de analizar el material de un paciente diagnosticado con neurosis obsesiva durante las entrevistas preliminares en un tratamiento realizado en una institución psicoanalítica.

En el primer objetivo, se menciona que el paciente comunica estar atormentado por el agravio que le genera la administración del gobierno de sus pensamientos. Ese malestar le produce impotencia a la hora de apartar un espacio para conseguir trabajo, conciliar el sueño y para encontrar tiempo para estudiar (Freud, 1917). A partir de este conjunto de pensamientos, emerge un supuesto vínculo en común que tiene relación con su capacidad sexual, ya que mencionó que durante la niñez realizó juegos sexuales con su primo varón, cuestión que le produce la sensación de haber estado fuera de lugar, ya que afirma que lo lógico hubiese sido tener juegos sexuales con una prima (Freud, 1895). Ese recuerdo produce en L la formulación de una pregunta “*¿Existe una ley que diga que tener deseo homosexual va en detrimento de la capacidad heterosexual?*”.

En el segundo objetivo, donde se describe el establecimiento de la transferencia durante las entrevistas preliminares, se puede primero ver que L acude a la consulta por recomendación de una amiga que ya había realizado (e interrumpido) un análisis con la psicoanalista del caso. Puede observarse que la analista recibe a L (Freud, 1913) y acepta las condiciones que él propone para tomar conocimiento del contenido de los circuitos 1 y 2, para así poder dar inicio al desarrollo de las entrevistas preliminares. Durante el pasar de las entrevistas preliminares, en algunas ocasiones, L enuncia contenidos que se corresponden con la historia personal y familiar (circuito 2), si se compara con el énfasis en la condición de sólo abordar tópicos del “circuito 1” puede interpretarse como irrupciones de lo inconsciente en su discurso. A su vez, la presentación de un sueño y su interpretación por parte del paciente, como así también su consiguiente resistencia frente a la mencionada apertura, dan a entender la emergencia del posible pasaje de un umbral que llevaría al establecimiento de un psicoanálisis (Ferrari, 2003) Que el “circuito 2” comience a formar parte de lo explicitado durante las entrevistas denota la construcción de un espacio donde la práctica psicoanalítica consigue encuadrar la problemática emergente con respecto de la cura (Herrerros, 2002).

El tercer objetivo se relaciona con analizar la interrupción del tratamiento y su relación con los síntomas obsesivos del paciente. Los síntomas presentados por L mantienen su congruencia en un “no saber” con respecto de su yo, por otro lado, la duda que señala la psicoanalista toma allí un papel protagónico, ya que puede que se relacione con un deseo que esté satisfaciendo a la defensa en términos de castigo o de impedimento. Freud (1899) dice que en forma general el síntoma tiene su origen en un momento y lugar donde se manifiesta la confluencia de un pensamiento represor y uno reprimido para el cumplimiento de un deseo. Entonces, una vez que L da a conocer que haber interpretado el sueño durante la sesión tuvo

como fruto la proliferación de elementos discursivos que no pertenecen a ninguna de las formas entendidas por el “circuito 1”, pronto menciona que lo mejor sería volver sobre sus pasos. La analista toma la decisión de intervenir, indicándole que toda vez que él utilice el dispositivo para solamente indagar al “circuito 1”, el costo será el doble. Esa intervención trae como consecuencia la llegada de la transferencia negativa como personaje de resaltada importancia en el análisis (Ruiz, 2013). El paciente expresa en la siguiente sesión el malestar que esa intervención le provocó, trayéndole recuerdos del anterior tratamiento, donde lo inundaban pensamientos de suicidio. La comparación entre el tratamiento anterior y el actual que L expresa tiene su lugar en la representación del rol que el neurótico obsesivo ocupa en la escena (Lacan, 1956). Sesiones más adelante, L comenta sobre el encuentro sexual que tuvo con la empleada de un sauna. A partir de ese momento, un repliegue se hizo de L, a razón de nuevamente haber pronunciado contenido del “circuito 2” sin haber respondido aun de forma negativa la pregunta inicial. Luego, el pensar obsesivo del paciente capta como objeto a su cuerpo. Le solicita a la analista la derivación a un psiquiatra, al cual nunca acude porque la vacilación se ocupa de que no lo haga. Entonces, ella realiza otra intervención, la cual contenía la advertencia de que si él no dejaba de lado su goce narcisista, no podría salir de donde se encuentra. L responde que es verdad, que debe dejar de dar vueltas con todo lo que respecta de sus vacilaciones, pero luego de unas entrevistas, decide interrumpir el tratamiento. Vuelve a aparecer así una forma de juego que se le propone como una defensa ante la muerte, consiste en mostrarse invulnerable (Lacan, 1956), aunque eso signifique quedarse como prisionero de los pensamientos que discrepan con sus intereses (Freud, 1917).

Para realizar una aproximación a las limitaciones presentes durante el desarrollo de la práctica profesional, cabe destacar que la pandemia a razón de la presencia de la Covid-19, trajo una virtualidad obligatoria en términos comunicativos para la transmisión de los elementos del caso, esto ha cumplido un rol central. Es decir, la virtualidad, por un lado permitió la no interrupción de la práctica profesional, pero por el otro lado, las conversaciones telefónicas y el material enviado por e-mail no alcanzaron o mostraron ineficacia a la hora de llevar a cabo el entendimiento del caso clínico. La principal limitación que podría encontrarse es que, el trabajo mismo tuvo que realizarse a partir de las anotaciones enviadas via e-mail y los recuerdos evocados por parte de la psicoanalista del caso clínico, en ningún momento surgió la oportunidad de tener un acceso directo a la palabra del paciente.

Si bien, no es una limitación emitida por parte de la institución, sí puede decirse que el contexto pandémico ejerció sobre la escasa recaudación de datos un rol preponderante.

Puede considerarse, como limitación teórica la obturación del abordaje al caso al momento de señalar a L como representante de la estructura clínica de la neurosis obsesiva. Como se dijo en el apartado del marco teórico, las estructuras-no neuróticas son la consecuencia de una herida narcisista no cicatrizada, lo cual no da permiso a una estructuración del yo. La analidad primaria está ligada a analidad narcisista, la cual mantiene vínculo con un trastorno en los límites del yo, donde puede manifestarse una falla en la misma constitución yoica. Esto puede llevar a una expresión relacionada con la identidad de L, ya que habría un problema en el sistema liminar entre el yo y el objeto. Trae entonces un inconveniente de filtración pulsional con una complicación a razón de este doble límite constituido fuera de una lógica neurótica (Green, 2008). La analidad primaria no se relaciona con la analidad de la neurosis obsesiva, como la intenta determinarse en la construcción del caso de L. En las estructuras no-neuróticas hay un conflicto que se relaciona con la temática del poder y la potencia, y no con una tensión neurótica con el yo que prohíbe placer sexual. Es decir, se toma la valoración por sobre el placer, no se compone la forma de una fijación, sino que tiene que ver con el trauma, y eso genera una situación paradójica. El pensamiento en las estructuras no-neuróticas tiene la función de una adquisición narcisista fundamental, no es operativo, se trata de la relación que se generó entre el contenido y el continente. Esto quiere decir que para este tipo de pacientes es más difícil negarse algo a ellos mismos que al objeto (Green, 2008). En el paciente del caso, L, puede observarse el rol de un masoquismo a razón de que existe un deseo inconsciente de retención oposicional, este le sirve a su estructura como soporte al conseguir delimitar la identidad entre una tentación de regresión fusional y la destrucción de un otro para así concretar la afirmación del yo (Green, 2006). Para abordar la dinámica transferencial del caso desde la perspectiva de las estructuras no-neuróticas es necesario señalar que cierto conjunto delimitado de pacientes no consiguen atravesar el umbral para concretar el acceso al psicoanálisis. Es decir, al retirar la carga libidinal de los objetos, la respuesta de estos pacientes se relaciona con una imposibilidad de afianzar la transferencia. Como consecuencia de ello, se ignora la función ocupada por el analista y se anula la posibilidad de producir una neurosis de transferencia (Green, 1986). Con esto se quiere señalar que en los momentos donde se realizaron, por parte de la psicoanalista, las intervenciones, éstas tuvieron su fuente en una perspectiva que delimitaba a L ocupar el lugar de una neurosis obsesiva, pero en el caso de la posición teórica que intenta

enunciarse en esta conclusión, es decir, la del autor Green(2006), se suele proponer con relación a la dificultad presentada a la hora de asociar y para la posición del analista frente a ésta, es decir, que la emergencia de un analista silencioso puede asociarse con favorecer la compulsión a la repetición, produciendo el sometimiento del paciente frente a su mundo interno, donde prepondera el discurso de sus padres (Bleichmar, 1994). Además, con respecto de la escansión, ésta puede experimentarse con una aproximación a un corte ligado a la arbitrariedad y como una forma de autoritarismo, sosteniendo a su vez vínculo con el concepto de madre fálica (Bleichmar 1997).

Con respecto a las nuevas líneas de investigación, a criterio de este tesista, sería importante que en la institución psicoanalítica otras corrientes del pensamiento psicoanalítico, además de la lacaniana; tomen interés de estudio. Que se aproximen a teorías como las mencionadas en los párrafos anteriores de las conclusiones. Que lleven a cabo investigaciones y manifiesten la construcción de posibles nuevas líneas de tratamiento a la hora de llevar adelante un caso. Se plantea esto último porque la institución psicoanalítica donde fue realizada la práctica posee un enfoque lacaniano, donde la inclusión de otras perspectivas psicoanalistas podrían acompañar a una revisión teórica que como consecuencia sumaría diferentes maneras de representar la praxis psicoanalítica, pues permitiría la ampliación de la concepción del paciente a la hora de intervenir. Para lograrlo, sería necesario que a la hora de formar a los integrantes de la institución, ésta sea desde un número mayor de corrientes teóricas psicoanalíticas, no solamente la lacaniana, especialmente con respecto a la construcción de caso; sería preciso pensar en seminarios.

Para finalizar; podría decirse que el presente trabajo final integrador resulte ser un aporte útil en términos de abordaje a los casos clínicos. Si bien hubiera sido más amable para su entendimiento no haberse constituido durante una pandemia como la de la Covid-19, con entrevistas cara a cara con la psicoanalista de caso, donde hubiera podido realizara un seguimiento del caso para profundizar en el mismo, se pudo sacar provecho de las entrevistas efectuadas, cumpliendo así con los objetivos propuestos en el comienzo del trabajo.

7. Referencias

Alvarez, I. (2012). *La Transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. (pp.

58- 61)Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Recuperado de: <http://www.academica.com/000-072/716.pdf>

Bustos Ancón, V. A. (2016) *Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una nueva perspectiva analítica*. *Psicología desde el Caribe*, 33 (1), 97-112.

Bleichmar, H. (1994) *Aportes para una reformulación de la teoría de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente*. *Revista argentina del Psicología*, 15, 23-44.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en la terapia psicoanalítica*. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Buenos Aires: Paidós

Cáceres Goyos, L. (1999) *La transferencia y sus destinos*. Acheronta. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 10. Recuperado de:

<https://www.acheronta.org/acheronta10/transferencia.htm>

Castiglioni, A. (2010) *Ambigüedades y usos de los términos “defensa” y “represión”, en la obra de Freud (1893-1915)*.II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-031/707.pdf>

Ferrari, N. (2003) *Entrevistas ¿preliminares?* Acheronta. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 17. Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta17/ferrari.htm>

Freud, S. (1886/1994) *Cartas a Wilhelm Fließ 1892-1899*. En *Obras Completas*. T I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1893/1991) *Las neuropsicosis de defensa*. En *Obras Completas III*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1893/1991) *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia*. En *Obras Completas III*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1900/2017). *La interpretación de los sueños*. En *Obras Completas*. T IV. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1909/1992). *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. En Obras Completas. T X Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1991). *Sobre la iniciación del tratamiento*. En Obras Completas. T XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1991) *La transferencia*. En Obras Completas. T XVI. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1916-1991) *El sentido de los síntomas*. En Obras Completas. T XVI. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1916-1991) *El sueño*. En Obras Completas .T XV. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1926/1992). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas. T XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández Blanco, M. (2011). *Transferencia e Institución*. *Letras Lacanianas*. Revista de Psicoanálisis de la comunidad de Madrid. Nro. 5 (p. 14-21). Recuperado de: http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=184:transferencia-e-institucion&catid=36&Itemid=50
- González Castañón, D. (1992). *La admisión: un campo de problemáticas*. Revista Psicoanálisis y Hospital. N°2. Recuperado de: <http://www.psicomundo.com/psa-hospital/2.ht>
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2002). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Green, A. (2006) *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Green, A. (2008) *De Locuras Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herreros, G. (2002) *Los tres registros de la transferencia*. Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura, 16. Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta16/transferencia.htm>
- Kernberg, Otto (1975) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Ed. Paidós.
- Lacan J. (1966/2009). *Escritos 2. Variantes de la cura-tipo*. Buenos Aires Siglo veintiuno.

- Lacan J. (1957/2016). Seminario V: *Las Formaciones del inconsciente. El fantasma más allá del principio de placer*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan J. (1956/2008). Seminario IV: *La relación de objeto. Las tres formas de la relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J (1996) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Paidós.
- Laplanche J. y Leclaire S. (1987) *El inconsciente y el ello: Problemáticas IV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lombardi, G. (2009). *El proceso diagnóstico en Psicoanálisis. En Singular, particular, singular*. Buenos Aires: JVE
- Montón, O. (2012). *Las entrevistas preliminares*. Nucep.com. Recuperado de:
http://wp-content/uploads/2012/09/prod_Olga-Monton-_Las-entrevistas-preliminares.pdf
- Mendoza Sánchez, G. (2015) *Entre la transferencia y el hoyo negro. Un estudio de caso de neurosis obsesiva*. (Trabajo de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/9638/>
- Miller, J. A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Napolitano, G. (2013). *El campo de la neurosis en la Obra de Freud*. Universidad Nacional de La Plata. La Plata: Editorial Edulp. Recuperado de:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/31672/Documento_completo_.pdf%3Fsequence%3D1
- Negro, Marcela Ana. (2009). *Función del síntoma en la estructura psíquica*. Revistas UdeA: Afectio Societatis, 10. Recuperado de:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/5308>
- Pantoja Palmeros, M. y Velasco García, J. (1999) *Neurosis Obsesiva, un Estilo de Amar*. Revista electrónica de Psicología Iztacala, 2. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22840>
- Pedroza Gándara, N. (2016) *La incertidumbre en la vida y el temor a muerte. Un caso de neurosis obsesiva*” (Trabajo de grado). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de: [1080243182.pdf \(uanl.mx\)](http://1080243182.pdf(uanl.mx))
- Pontalis, J. (1978). *Entre el sueño y el dolor*. Buenos Aires: Sudamérica.

- Pontalis, J. (2011). *Al margen de las noches*. Buenos Aires: Paidós.
- Restrepo, L. (2002) *La transferencia es un juego de repetición* Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura, 16. Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta16/trasnferrepeticion.htm>
- Roitman, C. R. (1997) *Narcisismo primario. Entramado pulsional y yoico en la infancia temprana. Sus alteraciones*. Asociación Psicoanalítica Argentina. Revista de Psicoanálisis, 52, 4. Recuperado de: [Narcisismo primario Roitman.pdf \(uces.edu.ar\)](https://www.acheronta.org/acheronta16/trasnferrepeticion.htm)
- Ruiz, J. J. (2013). *Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional*. Realitas: revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1, 52-58. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766802>
- Sauval, M. (1996) *El síntoma y la dirección de la cura*. Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura, 3. Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta3/s95-1.htm>
- Silvestre, D. (1987). *El significante de la transferencia*. Buenos Aires: Ediciones Manantial
- Tamayo, L. (2005) *La invención del psicoanálisis y la formación del psicoanalista*. Acheronta Revista de Psicoanálisis y Cultura, 22. Recuperado de: <https://www.acheronta.org/acheronta22/tamayo.htm>
- Villa, M (2019) *La neurosis obsesiva a partir de Freud y Lacan*. (Trabajo de grado) Universidad de la República del Uruguay. Recuperado de: [Villa, Matias.pdf \(udelar.edu.uy\)](https://www.acheronta.org/acheronta22/tamayo.htm)
- Volta, L. & Erbetta, A. (2013) *Fases pasionales de la transferencia en la neurosis obsesiva*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado de: [Acta Académica - Fases pasionales de la transferencia en la neurosis obsesiva \(aacademica.org\)](https://www.acheronta.org/acheronta22/tamayo.htm)