

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Julia A. Un caso de *acting out*.

Alumna: Ana Ordóñez
Tutora: Lic. Caludia Garber Barg

Buenos Aires, 23 de Febrero de 2021

Índice

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	2
2.1. Objetivo general.....	2
2.2. Objetivos específicos.....	2
3. Marco Teórico.....	3
3.1. Introducción al psicoanálisis.....	3
3.1.2. Algunos aportes de Lacan	5
3.2. Narcisismo.....	7
3.3. La tercera tópica.....	9
3.4. Acto, acción y acting	12
3.4.1. Acting out o subir a escena.....	13
3.5. La noción de transferencia.....	15
3.5.1. Transferencia y <i>acting out</i>	18
3.6. Intervenciones en el psicoanálisis habitual y de la tercera tópica.....	19
4. Metodología.....	22
4.1. Tipo de Estudio.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	22
4.4. Procedimiento.....	23
5. Desarrollo.....	23
5.1. Presentación del caso	23
5.2. Describir las modalidades de acting out de una paciente de 25 años durante el proceso terapéutico.	25
5.3. Describir las intervenciones realizadas por la analista frente a los actings out durante el proceso terapéutico de una paciente de 25 años.....	29
5.4. Analizar la interrupción del tratamiento y su relación con la modalidad de acting out de una paciente de 25 años.....	34
6. Conclusiones.....	38
7. Referencias Bibliográficas.....	42

1. Introducción

El psicoanálisis es tanto una teoría de la mente humana como una práctica terapéutica. Fue fundado por Sigmund Freud entre 1885 y 1939 y continúa siendo desarrollado por psicoanalistas de todo el mundo. Una de las principales áreas de aplicación es el tratamiento de los problemas psíquicos.

En virtud de la materia Práctica y Habilitación Profesional N°5, se llevó a cabo una actividad en una asociación civil dedicada a la asistencia y a la docencia en psicoanálisis abierta a la comunidad. Dicha institución brinda asistencia clínica comunitaria con orientación psicoanalítica a niños, adolescentes y adultos, parejas y familias a través de un bono voluntario de atención clínica. Por esta razón, es una asociación privada con un marcado perfil público que, además, forma y capacita profesionales del campo de la salud mental que eligieron el campo psicoanalítico para el ejercicio de su profesión.

La institución efectúa una propuesta teórico-clínica de capacitación integral que incluye ciclos de conferencias, entrevistas a profesionales de la institución, un curso de formación en psiquiatría y psicoanálisis, así como talleres de diferentes especificidades clínicas, motivo por el que fue elegida. En esta oportunidad, se realizó por objetivos y de manera tanto virtual como remota, debido al contexto de pandemia de Covid-19 y el decreto de aislamiento social, preventivo y obligatorio vigente en el país.

El trabajo tiene como objetivo analizar, en base a un caso clínico las modalidades de *acting out* desplegadas por una paciente de 25 años, estudiante de derecho, con diagnóstico de patología narcisística de tipo *borderline*, y su articulación con el proceso analítico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Analizar en base a un caso clínico el proceso analítico de una paciente de 25 años con numerosas situaciones de *acting out*.

2.2. Objetivos específicos

1. Describir las modalidades de acting out de una paciente de 25 años durante el proceso terapéutico.
2. Describir las intervenciones realizadas por la analista frente a los actings out durante el proceso terapéutico de una paciente de 25 años.
3. Analizar la interrupción del tratamiento y su relación con la modalidad de acting out de una paciente de 25 años.

3. Marco teórico

3.1. Introducción al Psicoanálisis

El psicoanálisis consiste en una teoría y una práctica iniciadas por Freud, a partir de su descubrimiento del inconsciente. Freud distingue entre el psicoanálisis como un método de investigación de los procesos mentales inconscientes, un método para tratar los trastornos neuróticos y un grupo de teorías sobre los procesos mentales revelados por el método psicoanalítico (Evans, 2015; Freud, 1923). Se trata de un modelo descriptivo-explicativo de los procesos del aparato psíquico así como de los mecanismos relacionados con su producción. En él se entienden de manera entrelazada la práctica y la teoría, por lo que es impensable trabajar la una sin la otra (Laplanche & Pontalis, 2018).

Freud, a partir de su práctica con pacientes histéricas, propuso que los síntomas que padecían encarnaban un significado que se ocultaba al mismo tiempo que se revelaba. Luego agregó que los síntomas neuróticos y las conductas eran mensajeros que transportaban contenido psíquico reprimido e inconsciente. Esto lo llevó a desarrollar un método de cura a través de la palabra. Invitados a decir lo que se les viniera a la cabeza, sus pacientes le proporcionaban asociaciones que conducían a experiencias, deseos y fantasías infantiles reprimidos que habían resultado en conflictos inconscientes; una vez que estos conflictos eran llevados a la conciencia, se analizaban y los síntomas remitían. Este método de trabajo analítico se basa en la asociación libre. Se parte entonces de los procesos de pensamiento del paciente, revelando conexiones no disponibles a nivel consciente, con deseos y defensas, conduciendo así a las raíces inconscientes de conflictos, hasta ese momento irresolubles (International Psychoanalytical Association, 2020). Se trata de una técnica que posibilita una nueva forma de vínculo terapéutico (Freud, 1923). El área de trabajo abarca a las dos formas

de neurosis de transferencia, la histérica y la obsesiva, incluyendo además fobias, inhibiciones, alteraciones de carácter, perversiones y dificultades de la vida amorosa (Freud, 1922).

A través de sus intervenciones el analista posibilita el surgimiento de una nueva comprensión del padecimiento del paciente. Resolver los conflictos libera a la mente del paciente de inhibiciones y permite la apertura a nuevas alternativas. Freud compara el trabajo del psicoanalista con el del arqueólogo, que desentierra, mediante construcciones e interpretaciones, lo que ha sido sepultado por la represión y que se halla básicamente intacto (Lanza Castelli, 2020).

En su trabajo teórico inicial, Freud formaliza su primera tópica a partir de la observación clínica de contenidos tanto conscientes como inconscientes. Realiza una propuesta de aparato psíquico organizado en subsistemas, a los que llama consciente, preconsciente e inconsciente (Barbeta Viñas, 2014).

De acuerdo con Salatino (2013), en su lectura de Freud (1915), el inconsciente está regido por un proceso primario, caracterizándose por su atemporalidad, en tanto es habitado por mociones que carecen de ligazón histórica temporal, careciendo de este tipo de orden. De acuerdo con Freud (1915), los tiempos cronológicos -pasado, presente y futuro- se simultanean, producto del colapso de la estructura del psiquismo. Otra característica del inconsciente es la ausencia de contradicciones, negaciones y dudas, pudiendo realizar dos mecanismos, la condensación, y el desplazamiento. Propone además que es regido por el principio de placer, que consiste en la búsqueda inmediata y carente de censura de la satisfacción de necesidades o deseos. Existe una represión primaria, que carece de relación de objeto y no discrimina yo de no yo. Se relaciona con el modelo de la aspiración, que coloca o quita investidura a las representaciones. También hay una represión secundaria, que consiste en el mecanismo que impide que los representantes que pulsán por subir al consciente lo logren. El concepto de represión como elemento fundante es esencial para esta idea de inconsciente. Consiste en un mecanismo individual que conlleva un gasto de energía constante en su puja por hacerse consciente con una contraprestación que la empuja hacia abajo en la constrainvestidura. Es una operación por la cual el sujeto busca mantener en el inconsciente representaciones ligadas a una pulsión que serían capaces de generarle un displacer intolerable para su consciente. Es tanto un mecanismo de defensa como un destino pulsional (Freud, 1900; 1915; Laplanche & Pontalis, 2015).

Con esta primera tónica, Freud intenta fundamentar cómo se constituye y funciona el aparato psíquico, a partir de su observación de fenómenos capaces de ser abordados desde su método. El deseo inconsciente, solidario al principio del placer, es el que ordena la experiencia de satisfacción. En esta misma lógica de desplazamiento a través de una cadena de representantes de las investiduras, que se encuentra en la base del síntoma, se basa el dispositivo analítico (Laznik, Lubian & Kligmann, 2010).

Posteriormente introduce un nuevo concepto, la pulsión de muerte, que alude a lo no ligado. Propone que existe algo que se encuentra más allá del principio de placer, haciendo caer su hegemonía. Utiliza tres referentes clínicos para ejemplificar esta pulsión de muerte: uno es el juego infantil (*fort-da*): una manera de controlar activamente el abandono pasivo de la madre, como forma de elaborarlo. Otro son los sueños de neurosis traumática, que reconducen al sujeto una y otra vez a la situación del accidente, alterando entonces la función del sueño, consistente en el cumplimiento del deseo, comenzando a pergeñar que hay algo de la pulsión de muerte detrás de estas formaciones. Y el tercero es la compulsión a la repetición: pulsiones no ligadas que retornan eternamente, en un volver constante de lo mismo (Laznik et al., 2010).

A partir de esto formula su segunda tónica, que no sustituye a la primera, sino que la entiende como una manera de abordar situaciones observadas en la clínica que no eran susceptibles de ser tratadas desde la primera (Laznik et al., 2010). Las nuevas instancias propuestas por Freud (1923) son el ello, el yo y el superyo, produciendo además una redefinición de la estructura psíquica. Es esta tónica la que posibilita la lectura de fenómenos como la melancolía, la angustia, lo traumático o la compulsión a la repetición.

Ambas tónicas fueron estructuradas a partir de distintos problemas con los que Freud se encontró en su práctica. La primera propone la manera en que se forman los síntomas y cómo abordarlos, para lo que estipula un primer modelo de aparato psíquico. La segunda permite abordar fenómenos que quedaban por fuera de la primera, permitiendo resituar mociones pulsionales más allá del principio de placer, reordenando el campo de la praxis clínica (Laznik et al., 2010).

3. 1. 2. Algunos aportes de Lacan.

Lacan (1954) propone un retorno a Freud a partir de la lectura centrada en el yo que se realizara en la época sobre su obra. Sostiene que sus contemporáneos resistieron

la teoría psicoanalítica al omitir el papel del significante al quedar fascinados por el significado, omitiendo parte de la obra. Enfocar la práctica analítica con el yo en el centro lleva a una desviación de la práctica en la que se apunta a una alianza entre el analista y la parte sana del yo del enfermo, proponiéndose él mismo como Ideal del yo del paciente (Lacan, 1954; 1955). Para el autor no se trata de comprender al analizado sino de escucharlo, haciendo derivar la técnica analítica de la necesidad de *Otro*, oyente, que permita la realización del sujeto. Aporta la necesidad de realizar una lectura en tres registros: simbólico, imaginario y real. Para esto propone una lectura a la letra, recurso extraordinario de Freud, que entiende como una originalidad, entendiendo que la interpretación psicoanalítica consiste en un desciframiento realizado a partir del significante (Lacan, 1952).

El inconsciente, de acuerdo a lo que afirma Lacan (1957), se estructura como un lenguaje, a partir de un encadenamiento de significantes, siguiendo las leyes que regulan su funcionamiento, las de metáfora y metonimia. La de metáfora, relacionada con el proceso de condensación freudiano, consiste en la sustitución de un significante por otro. La de metonimia, relacionada con el proceso primario de desplazamiento, en el que se hace referencia a un todo a partir de una parte con la que está vinculado, aludiendo al modo en que los significantes pueden combinarse en la cadena significativa. Ambas operaciones constituyen el modo de producción de significación. Los significantes se articulan entre sí en una cadena, definiéndose en esa relación y adquiriendo así sentido. Sostiene el autor que el significante no representa totalmente, no alcanza a nombrar completamente al significado, no respondiendo a la función de significar al significado (Lacan, 1956).

Tesoro de los significantes, el Otro, es para Lacan (1960) determinante. No se trata de una persona, aunque puede estar representado por una, es en realidad el lugar que otorga a la palabra. Es un Otro de la verdad, del deseo, capaz de determinar al sujeto. Es entonces en el Otro en donde está la verdad, es aquel que habla en el sujeto, del que este no es ni su amo ni su semejante, que lo determina (Lacan, 1955b; Miller, 1984). Respecto del Otro sostienen D'Angelo, Carbajal y Marchilli (2010) que es la función materna quien lo encarna al principio, cuando al oír el llanto de su hijo lo interpreta en su respuesta, a modo de demanda, introduciéndolo así en el campo de la palabra, sujetando sus necesidades al Otro. A partir de esta estructura es que interpreta que no hay posibilidad de una significación absoluta, quedando siempre un resto que escapa, que constituirá el deseo, la falta constitutiva. La demanda no puede ser

satisfecha, puesto que lo que reclama es incondicionalidad, presencia (D'Angelo et al., 2010; Lacan, 1958). Afirman D'Angelo et al. (2010) que hay una falta de significante que no puede ser suturada, constituyendo el objeto pequeño *a*, único descubrimiento aportado por Lacan a la obra freudiana.

3.2. Narcisismo

Un concepto fundamental abordado tanto por Freud como por Lacan, es el de narcisismo. Es a partir del texto *Introducción al narcisismo* (Freud, 1914) que este comienza a ocupar un lugar fundamental en la obra de Freud, sin embargo aparece por primera vez en sus escritos en el año 1910. De acuerdo con Evans (2015), Freud define el narcisismo como la libido catectizada en el yo y lo opone al amor objetal, en el cual la libido es investida en objetos. El autor establece la existencia de un equilibrio entre la libido del yo y la libido de objeto, afirmando que cuanto más aumenta una, la otra más se empobrece. El yo es considerado por Freud como un reservorio de libido desde donde ésta es enviada hacia los objetos y desde donde es recibida en su retorno a partir de ellos, persistiendo en este movimiento, catexis libidinal del yo. El narcisismo desde este punto de vista tiene carácter estructural e implica un estancamiento de la libido en el yo, que no se sobrepasa con ninguna catexis de objeto (Freud 1914; Laplanche & Pontalis, 2018).

Para pasar del autoerotismo, en el que no existe el yo como unidad, y que el narcisismo se constituya, es necesaria una nueva acción psíquica, la identificación con el Ideal. En un primer momento el narcisismo fue considerado como una perversión que absorbía toda la vida sexual de la persona, ya que se trataba de una conducta que consistía en dar al cuerpo propio el trato que se le daría al cuerpo de un objeto sexual. Más tarde deja de ser un rasgo aislado, y de ser considerado una conducta Freud pasa a definirlo como una colocación de la libido, una etapa del desarrollo libidinal donde la libido está colocada en el yo. El narcisismo entonces, deja de ser una perversión y es el complemento libidinoso del egoísmo propio de la pulsión de autoconservación. Es fundante, constitutivo del yo, ya que es la primera unificación de la anarquía pulsional del autoerotismo tomando al yo como objeto (Freud, 1914).

Freud postuló que por medio de un desdoblamiento el cuerpo se constituye a partir del lenguaje, utilizando para describir esto la estructura que llamó narcisismo. Lacan (1949) ubica este desdoblamiento en el estadio del espejo, en que el yo se

identifica a una imagen especular. El cuerpo se constituye vía el Otro, pero esta acción significativa deja un resto en la estructura, que quedará por fuera de la imagen especular, que Lacan llamó *fantasma*. La alteridad es asumida como propia en esta identificación a una imagen ideal, produciéndose un pasaje de lo intrínseco a lo extrínseco, que constituye un hecho del lenguaje (Hochman, 2012).

Lacan (1949) denomina estadio del espejo al momento por el cual el niño comienza a reconocer su propia imagen en el espejo. Esto es algo propio del ser humano y es un reconocimiento que está dado por la palabra, requiere de un Otro que lo confirme. Es mediante ese Otro que el sujeto humano ubica su imagen como propia y es también el medio que lo separa de ella. Ese es el estatuto que tiene el Otro en la constitución del yo del sujeto.

El esquema del espejo permite señalar que el yo se constituye vía la palabra del Otro y vía la imagen. Este momento de asunción de la propia imagen, tiene para el autor el carácter de acto. En un estado de prematuración en el que el cuerpo del niño aún no se presenta como unificado, la imagen especular anticipa una gestalt completa y el niño se aliena a esta imagen que le devuelve el Otro. Esto tiene un valor fundante ya que el yo se constituye vía esta doble alienación, a la imagen especular, y al lenguaje. La función del estadio del espejo es para el autor la de imago, la de establecer una relación entre el organismo y su realidad (Lacan, 1949).

Lacan (1958) introduce una distinción entre el *otro semejante* y el Otro del lenguaje. El sujeto está habitado por el lenguaje, es hablado por otros desde antes de su nacimiento, por el hecho mismo de ser nombrado y depende del Otro materno que interpreta su demanda. Esto implica que la demanda del sujeto al Otro se exprese en los términos de ese Otro. Es ese Otro quien sanciona lo que le pasa al niño. Este proceso por el cual el Otro es quien decide lo que al sujeto *le pasa* es lo que lo insta en el lenguaje y a la vez lo aloja.

De acuerdo con Evans (2015), Lacan atribuye gran importancia al concepto de narcisismo en la obra de Freud puesto que inscribe el yo como un objeto de la economía libidinal y vincula el nacimiento del yo a la etapa narcisista del desarrollo. Lo define como la atracción erótica generada por la imagen especular; esta relación erótica subtiende la identificación primaria que da forma al yo en lo que el autor llama el estadio del espejo. Es este estadio el momento del que se vale Lacan para plantear su lectura del narcisismo, tanto primario como secundario.

La omnipotencia del pensamiento en la vida anímica de los niños y los pueblos primitivos son para Freud expresiones del narcisismo primario mientras que el comportamiento ante la enfermedad orgánica y la hipocondría reflejan la vuelta de las catexis libidinales sobre el propio cuerpo. Más tarde aborda la cuestión del narcisismo en relación a la elección de objeto, en el que las personas eligen su objeto de amor según el modelo de apuntalamiento o narcisístico. La libido narcisista también se articula con lo que Freud denomina el sentimiento de sí, que va a depender del residuo del narcisismo primario, del cumplimiento del Ideal del yo y la satisfacción de la libido de objeto (Freud, 1914; Pujó, 2017).

A esta idea de un narcisismo que implica una vuelta de la libido sobre el yo retirada de sus catexis objetales, propia del delirio de grandeza parafrénico, es a la que Freud, de acuerdo con Laplanche y Pontalis (2018), llama narcisismo secundario.

Freud (1914) introduce la idea de narcisismo durante el trabajo estructurado a partir de su primera tópica y Lacan (1949) lo lee desde allí.

3.3. La tercera tópica.

La obra de Freud gira, como se mencionó anteriormente, en torno a dos tópicos, la primera y la segunda. En la primera gobierna el principio del placer. Luego introduce la escisión como un mecanismo estructurante y universal, permitiendo la coexistencia de dos modos de funcionamiento del psiquismo; el de lo reprimido y el de lo escindido. Tomando como base esta idea se plantea una tercera tópica (Muñoz-Martín, 2017). Esta tercera tópica, de acuerdo con Zukerfeld y Zonis (2016) permite el trabajo con patologías de la práctica actual, que no son plausibles de ser encaradas desde los dos modelos de psiquismo anteriores, dada la ausencia de representación. Esta tercera tópica constituye entonces un modelo superador de los anteriores, habilitando el abordaje de pacientes en los que la asociación no es posible, debido a la carencia de representación. Esta ausencia de asociación, para esta propuesta, no constituye una resistencia debido a la ausencia de actividad fantasmática (Zukerfeld & Zonis, 2016).

El psicoanálisis surge de la práctica que Freud realizara con pacientes histéricas, con neurosis obsesivas y fobias, en las cuales el inconsciente reprimido retorna en sus formaciones y es revelado por el analista. Desde el inicio de su práctica y teorización sobre el psiquismo planteó la existencia de algo que no admite simbolización, algo que nunca fue cifrado, y por tanto, no podrá ser descifrado ni tampoco interpretado. En su

propuesta incluye dos posturas psíquicas, una en la que opera la represión y gira en torno al Ideal de yo, que es la base de la intersubjetividad y la otra, escindida, que se constituye a partir de la desmentida, en torno del yo ideal, que no reconoce la alteridad y es pura descarga. Conviven entonces en el aparato psíquico la represión como mecanismo defensivo, por un lado y la escisión del yo frente al trauma temprano, por el otro (Zuckerfeld & Zonis, 2016).

Junto a la represión, en la que hay una sustitución significativa, coexiste un segundo mecanismo, el de escisión. Sobre este, Freud (1914) postula que el campo representacional se construye en la interacción pulsión–objeto materno. En ese campo intersubjetivo pulsional entre el bebé y la respuesta materna, el yo va conformándose. Lo singular del sujeto dependerá de ese encuentro, construyéndose así las representaciones propias. Cuando el objeto auxiliador no es lo suficientemente bueno como para sostener la ilusión de retorno a la situación fusional que el yo placer anhela, lleva a una separación con el objeto que es tan grande que el yo no puede tolerar, defendiéndose a través de un repudio absoluto a esto traumático e insoportable para el sujeto, la escisión. Aparece allí una angustia, un terrible alarido que no puede nombrarse del que el *infans* se defiende mediante la pulsión de muerte, expulsando la investidura tornada insoportable a causa de la ausencia. Esta expulsión de la investidura genera un vacío, conduciendo al reinado de la pulsión de muerte (Green, 1996).

Green (2012) postula, en relación con estos mecanismos, la existencia de un inconsciente reprimido y de un inconsciente escindido. Según predomine en la constitución del aparato psíquico un mecanismo fundante o el otro, operará la represión originaria o la escisión originaria. Define al inconsciente como la argamasa que reúne y consolida los múltiples elementos que constituyen al yo y le dan coherencia, en la medida en que al darle un sentido al existir, le da un sentimiento de existencia al yo.

Al narcisismo freudiano de 1914, Green (2012) lo describe como un narcisismo en pos de la vida, como un narcisismo trófico mientras que, por otro lado, coloca a lo tanático como desligadura. Las patologías narcisistas, para el autor, son analizables sólo si se hace un viraje dentro de la técnica freudiana y se recuperan conceptos que dan lugar a trabajar con aquello que no es verbal, ya que es el inconsciente reprimido el que tiene ligadura con la representación palabra. El modelo de inconsciente escindido habla de formas arcaicas que quedan escindidas en el aparato psíquico, en un inconsciente diferente y que quedan al nivel de una representación de la forma del afecto.

Existe un inconsciente reprimido habitado por lo representado, que por medio de la represión fuera separado del afecto. Por otro lado, el modelo del inconsciente escindido responde a lo no representado. La pulsión es una fuerza que busca una forma, es un afecto en búsqueda de una representación. Es por esto que el autor plantea que es necesario el cambio en la técnica. Un analista que cumpla el rol del auxiliar ajeno, que abra el juego de la intersubjetividad, dialectice la pulsión y sobre esa dinámica interprete la demanda del otro con el fin de construir su sentido en el entre dos de la pareja terapéutica. Por eso en el primer modelo, el del inconsciente reprimido, el trauma se va a expresar a través del discurso; en este otro modelo, el trauma lo hará a través del acto o de la patología somática (Green, 2012; Mac Dougall, 1995).

Dentro del campo de lo escindido se incluyen las patologías de borde, del desvalimiento, del acto y las narcisistas. En la práctica clínica de Freud, que dio origen al psicoanálisis, trabajó sobre las conversiones, mecanismo que luego se constituyó en el modo paradigmático de producción sintomática, con enorme pregnancia en la clínica. Esto minimizó los desarrollos acerca de las neurosis actuales, requiriendo hoy una diferenciación en su consideración y abordaje. Los psicoanalistas lacanianos caracterizan algunas de estas formas de neurosis a partir de un mecanismo fronterizo, no psicótico, no neurótico (Mac Dougall, 1982). Estos casos border, que no son considerados en el modelo neurocéntrico, permiten abordar las manifestaciones de manera coexistente y simultánea en un inconsciente con ambos mecanismos estructurantes. En este caso, toda manifestación clínica debe ser considerada mixta dada su imposibilidad de separación, por ser una única estructura con ambos mecanismos. Se evidenciarán en la clínica las formas predominantes, ya sea las de tipo escindidas o las de tipo reprimidas. Anteriormente llamadas *vulnerabilidad*, las hoy patologías a predominio de lo escindido, presentan manifestaciones expresadas como déficit de la actividad fantasmática, precariedad de recursos yoicos para la elaboración de duelos o afrontamiento de eventos vitales y como tendencia al acto-descarga, ya sea somático o comportamental (Zukerfeld & Zonis, 2016).

El *acting out* freudiano, etapa de la situación analítica en la que los conflictos movilizados en transferencia, en lugar de ser verbalizados y elaborados son dispersados mediante una acción, es visto como una forma de economía, en la que mociones pulsionales, deseos y fantasías son transformadas en una acción, con el objeto de evitar representaciones que le son muy excitantes, dolorosas o conflictivas (Mac Dougall, 1982, Zukerfeld & Zonis, 2016). En el *acting out*, algo que debe mantenerse dentro para

ser operado psicológicamente, se coloca afuera de uno o de la situación de análisis. Por otro lado, se drena la tensión, evitando la huella del conflicto interno, proponiendo así una doble noción sobre la idea del *agieren*, concepto económico en el que se evitan representaciones conflictivas, como se postuló, en lo que conforma un repudio psíquico, expulsión fuera de psique o desestimación, que opera de manera distinta a la represión, un mecanismo particularmente psicótico. El mecanismo de repudio va unido entonces al *acting out* y a la descarga de tensión, por lo que corresponde su aplicación en estos casos, descargando de este modo en el exterior el funcionamiento psíquico, estructura distinta que evita la simbolización, no permite la compensación a través de la creación de síntomas psicológicos, constituyendo intentos más rudimentarios de autocuración. Con esto se busca la expulsión de un dolor intolerable del psiquismo en la que se intenta una solución alternativa, difiriendo en la manera de hablar de los mecanismos neuróticos habituales, situación que debe ser considerada en el análisis. Se trata de una comunicación no verbal, reducida a acciones y reacciones, no se elabora el teatro interno de la manera esperada, externalizándolo en el escenario de la vida (Mac Dougall, 1994).

3.4. Acto, acción y acting.

Zukerfeld y Zonis (2016) hacen la distinción entre acting, que alude a una actividad motriz en reemplazo de una actividad fantasmática, que por tanto existe, es decir que en lugar de poder pensar o poner a funcionar el aparato psíquico sólo realiza descarga; *acto*, que se refiere a una descarga que implica actividad motriz sin actividad fantasmática, entendida entonces como pura descarga; mientras que *acción* alude a la presencia de actividad motriz con actividad fantasmática.

La acción y el recordar son términos enlazados entre sí, aludiendo a situaciones del orden de la compulsión a la repetición, que se sostienen a partir de procesos pulsionales que han sido reprimidos. Allouch (1977) afirma que no es posible recordar aquello que fue reprimido, olvidado, expulsado por fuera de la existencia del sujeto sino que será reproducido y repetido en actos o *agieren*. Freud (1911) explica sobre lo olvidado que se ve reducido a un bloqueo en el cual las vivencias se mantienen silentes y separadas de sus consecuencias. En el mismo orden, Allouch (1977) continúa afirmando que no hay un camino de pasaje directo entre la compulsión a repetir y la recordación, por lo que, ante el fracaso de su inscripción en

palabra, se presenta a modo de acto. Freud (1911) postula que esta compulsión, que no es otra que la de repetir lo ocurrido en el pasado y se ha olvidado y resistido, se vincula a la transferencia, posibilitando entonces la cura a partir su repetición en el proceso transferencial. El yo deberá enfrentar las resistencias provenientes de lo reprimido, lo que le ocasionará dificultades que serán reelaboradas una vez que se reasignen, conduciendo a la cura (Freud, 1925).

A partir del manejo transferencial es posible abordar esta compulsión y transformarla en una motivación para el recuerdo, convirtiendo a la transferencia en una forma de escenificación sobre el médico que permita la expulsión de las mociones pulsionales patógenas escondidas en la psiquis del analizante, sustituyendo así a la neurosis originaria en una de transferencia, con la posibilidad de cura (Freud, 1911).

A diferencia del acto, que como se afirmó no presenta actividad fantasmática, el *acting* implica la existencia del fantasma, incluyendo la aparición en escena del *objeto a*, implicando una intención dirigida al otro (Zukerfeld & Zonis, 2016).

3.4.1. Acting out o subir a escena

Para hablar de acting out puede realizarse un recorrido en la obra de Freud con el objeto de localizar un antecedente de la noción posteriormente teorizada por Lacan. El concepto remite directamente a la noción de *agieren*, que el autor aplicó al actuar, sin embargo debe distinguirse que este es un concepto más amplio y refiere dentro de este marco a la resistencia del paciente a recordar, a un modo de recordar en acto (Muñoz, 2009). Freud observó que algunos pacientes no recordaban nada de lo reprimido y en su lugar, lo reproducían como acción. Es en este sentido que intenta advertir a los analistas sobre dos puntos importantes en relación a la transferencia; por un lado no solo permitir si no también fomentar que los analizados desplieguen todo su caudal pulsional con total libertad; y por otro advierte en relación a que estos analizados, pueden tener esta misma modalidad de recordar en acto en los diferentes ámbitos de su vida (Freud, 1914).

La traducción al inglés que se hizo del *agieren* es *to act out*, para luego ser modificada a *acting out*, en forma de sustantivo, refiriéndose a ciertas acciones que evitan que el paciente ponga palabras al recuerdo reprimido (Evans, 2015). El acting out es uno de los conceptos que Lacan utilizó para explicar los tropiezos del deseo y de la demanda dirigidos al otro de la especie (Sinatra, 2020). El acting out consiste

esencialmente en algo en la conducta del sujeto, que se muestra, con una orientación hacia el Otro que debe destacarse (Lacan, 1963). Lacan (1963) opone el acting out con pasaje al acto y establece una relación necesaria entre el acting out y el objeto *a*. Se trata de que la presencia del *objeto a* en la escena muestra lo que no fue simbolizado o lo que no fue lo suficientemente articulado (Lacan, 1967). Es una acción enigmática e incomprensible para el sujeto que la produce, ya que no responde a los estándares esperados y produce un corte en la armonía de su conducta (Muñoz, 2009).

Siendo el acting out un mensaje dirigido al Otro, si surge en el curso de un análisis es entendido como dirigido al analista (Lacan, 1963) ubicándolo en este sentido como parte de su producción (Lacan, 1967). Muñoz (2009) afirma en relación a esto que es el analista ese Otro a quien el sujeto muestra su causa y a quien dirige su demanda de simbolización. En este sentido, Allouch (1977) explica que el acting out es aquello del acto que aparece como problemático cuando el analista renuncia a su demanda de abreacción, esto es a su posición de analista como tal.

Lacan (1963) da al acting out el estatuto síntoma en tanto se muestra distinto de lo que es; sin embargo lo diferencia de éste al ubicar que el acting out llama a la interpretación, la cual será o no posible, pero que plantea interrogantes tanto en la teoría como en la práctica. La diferencia radica en que no es condición natural del síntoma que deba ser interpretado, ya que se basta a sí mismo, no es llamada ni mostración al Otro, como en el acting out. El síntoma es goce revestido, se dirige a la *cosa* y no llama a la interpretación (Lacan, 1963). Muñoz (2009) señala que existen dos condiciones esenciales presentes en el acting out. La primera tiene que ver con la imagen narcisista, que el sujeto en acting out se niega a arriesgar. Se trata del impedimento por parte del sujeto de pedir ayuda en pos de no verse expuesto ante la mirada de los demás y preservar de este modo su imagen narcisista o su yo. Es impedimento en la acción ya que ésta se encuentra enlentecida. La *turbación* es la segunda condición y tiene que ver con una gran pérdida de fuerza y poder por parte del sujeto como respuesta ante la angustia. La acción en la turbación ya no está reducida si no que por el contrario está en su punto máximo, sin embargo es acción pura, sin sentido, que desconoce hacia dónde se dirige y que solo podrá ser controlada en caso de encontrar Otro que actúe de anclaje, permitiéndole el viraje al síntoma.

A través del acting out el sujeto evita la angustia por medio de una acción, mostrándole al Otro el objeto causa de su deseo, pero sin reconocer qué está mostrando y el significado de lo que muestra está velado. Haciendo referencia al deseo, su

cumplimiento tiene todo que ver con la dimensión de los actos, sin embargo, el acting out es un modo fallido y paradójico de expresarlo, que no llega a ser acto (Muñoz, 2009). En este sentido, en el acting, además de la mostración de la verdad, del deseo que sube a la escena, que se afirma de un modo singular; hay algo del orden de lo que no se puede terminar de decir en la cadena y sube a la escena. El sujeto se ve llevado a hacer escenificaciones extrañas cuando el deseo es dejado de lado, las que se relacionan con una respuesta a la angustia, se trata entonces de un intento de evitación de la angustia (Davidovich, 2020).

Davidovich (2020) sostiene que para Lacan esa angustia es la sensación del deseo del Otro, un deseo que junta de alguna manera la certeza de que lo concierne, la angustia se siente en un primer momento en el yo, es inequívoca, es un afecto. Se trata del único afecto real que no se desplaza, pero advierte algo al sujeto. Consiste en la sensación de lo real del objeto, es decir está en relación a la incertidumbre respecto a qué me quiere el otro; pero está también la posibilidad de convertirse en el objeto del Otro. Hay sensación de peligro por la amenaza de transformarse en el objeto a ser devorado, tragado por el otro; es una sensación donde falta la falta (Davidovich, 2020; Lacan, 1963, Muñoz, 2009).

El acting se puede convertir en una modalidad constante en la vida del sujeto, pacientes melancólicos por ejemplo, en los que faltó la constitución del yo como yo ideal, o puede ser un acting relativo a la dirección de una cura en particular. Hay algo en relación al acting out que se viene repitiendo como del lado de la falla del analista como causante, como partero de lo que se llama acting out. Es muy limitado pensar así el acting y se pierde gran parte de la riqueza de lo que Davidovich (2020) llama acting como oportunidad.

Para Miller (1993) en la esencia de todo acto lo que hay es un “no” dirigido al Otro, en el caso del acting out, esto ocurre en una escena; pero afirma que así como él se da en la relación analítica, también se da en toda relación de dominio. La escena de la que Miller habla, es la palabra y el sujeto actúa sobre ella demandando al Otro como espectador.

3.5. La noción de transferencia

Freud (1895) afirma que una parte importante del trabajo terapéutico psicoanalítico se sostiene sobre la figura del médico, en relación al quiebre de las

resistencias ofrecidas por el paciente. En lo que constituye un primer acercamiento a la noción de transferencia manifiesta que se produce un falso enlace entre el paciente y el terapeuta, en el que el primero deposita sobre el segundo, sentimientos que son originariamente dirigidos hacia un tercero y que el paciente desconoce. Se trata entonces de una corriente afectiva enlazada falsamente en este vínculo.

Freud (1895) sostiene que la transferencia está basada en la presencia de ese falso enlace, sobre lo que Delgado (2005) afirma, en el mismo sentido, que se produce un desplazamiento de representaciones inconscientes, que eran originariamente dirigidas hacia un tercero, hacia el terapeuta. Ese desplazamiento se solidariza con el enlace falso a partir de su sostenimiento en asociaciones extrínsecas, posicionando al analista en el lugar de un representante que lo posibilita. Por su parte, en *La interpretación de los sueños*, Freud (1900) agrega al respecto que no existe posibilidad de que se realice un pasaje al preconscious de una representación inconsciente en estado puro. Para el pasaje debe establecerse una conexión a una representación presente en el preconscious que le resulte inofensiva, a la que transferir encubiertamente su intensidad. Este mecanismo constituye el falso enlace.

Posteriormente, Freud (1901; 1913b), entiende que en la práctica psicoanalítica la transferencia resulta inevitable y necesaria, a partir del caso Dora. Afirma sobre ella que consiste en formaciones inconscientes que reeditan fantasías y mociones pulsionales que, a partir de la situación de análisis, se desplazan, colocándose sobre la persona del analista, reviviéndose así en el vínculo. Se trata de la revelación de mociones existentes, que a partir de su interpretación se transforman en un auxiliar importante para la cura del paciente, lo que le otorga el mencionado carácter de necesaria.

La transferencia es un concepto particularmente importante dentro de la práctica clínica, dado que permite que el analista otorgue el lugar para que aparezca, a partir de la escucha del paciente, un saber no sabido. Es en transferencia donde se logra, a partir de esa escucha, la realización de una construcción, la interpretación, que busca la verdad propia del sujeto. Esta operación constituye una intervención propia del psicoanálisis (Bustos Arcón, 2016). Sostiene Freud (1913b) que en el tratamiento analítico, desde el primer momento, debe ligarse al paciente al analista y por tanto a la cura. Desde la demostración de genuino interés logran superarse resistencias iniciales, a partir del establecimiento del falso enlace. Se inserta, por medio de este, a la figura del médico en

alguna otra por la que el paciente se siente bien visto, quebrando así esas primeras resistencias.

Cuando lo pulsional no puede acceder al consciente mediante la palabra en el ámbito analítico, se hace presente como acto sobre el médico, permitiendo el acceso a lo reprimido. Se está en presencia de un acto transferencial que se constituye en el motor que impulsa la cura (Freud, 1914). Se trata de una situación propia del proceso analítico que requiere del adecuado manejo por parte del analista, puesto que además de ser condición necesaria puede resultar obstaculizante para el mismo. Ese carácter ambiguo representa uno de los más grandes problemas que enfrenta el proceso de cura, requiriendo de su atención y comprensión por parte del médico, posible fuente de resistencia o de impulso (Álvarez, 2012; Freud, 1917).

Por su parte, Lacan (1951) sostiene sobre la transferencia que si bien en la mayoría de las ocasiones se presenta bajo la forma de fuertes afectos, su estructura es intersubjetiva, afirmación que se mantiene en toda su obra, otorgándole carácter eminentemente simbólico, aunque con efectos también imaginarios.

En la base transferencia se halla presente una nueva función, descrita por Lacan (1965), que es la del *Sujeto de Supuesto Saber*. Mediante esta se otorga a la persona del analista un supuesto conocimiento por parte del paciente. No se trata de un saber total acerca de su analizado sino que es estructural del acto analítico. Es en realidad una condición según la cual el analista, posicionado en el lugar del Otro, decide de manera retrospectiva sobre la significación de un significante que le es dirigido por parte de su paciente (Miller, 1984). Del mismo modo, Nasio (1994) afirma que desde que el paciente acude al analista le otorga un saber que le será devuelto de manera develada, a través del proceso de interpretación, posicionándolo en el lugar del Otro que lo irá conduciendo hacia la cura. El posicionamiento del analista en ese lugar de privilegio, de un Otro del supuesto saber es el del poseedor de la verdad, el que se deberá trascender para posibilitar la emergencia del sujeto barrado, del de la falta, permitiendo que emerja el deseo, a partir de su instalación como eje que articula un espacio vacante (Lacan, 1960; Rabinovich, 1992; 2010).

Álvarez (2012) sostiene que existe una diferencia entre Lacan y Freud con respecto a la transferencia en cuanto a su relación con el concepto de repetición. Coincidiendo con esto, Rabinovich (2010) agrega que para Lacan la transferencia es la actuación de la tendencia presente en el paciente hacia la repetición en el marco del vínculo psicoanalítico. En su presencia la repetición aparece sin saber que se está

repetiendo, requiriendo del analista comprenderlo como un recuerdo actuado en el presente, en el vínculo, conformando una obra en la que el médico forma parte, prestando su persona para que sobre ella se proyecten representaciones desconocidas por el paciente (Lacan, 1965).

3.5.1. Transferencia y acting out

En relación al manejo de la transferencia Lacan se refiere al acting out como la *transferencia salvaje*, es decir la transferencia sin análisis y es este punto en el que plantea las dificultades que se presentan a la hora de poner al sujeto del acting out en posición de interrogarse sobre eso que hace (Lacan, 1963). De acuerdo con Muñoz (2009) es una transferencia sin Otro, donde el sujeto en su intento de convocar al analista ensaya una articulación del objeto que causa su deseo en una escena, en un intento de recobrar su posición subjetiva en el campo del Otro. Situada esta mostración del objeto a en la escena del Otro, Lacan (1963) advierte al sujeto del acting out aún enlazado, y advierte a los analistas sobre la importancia de sostener ese lazo, no dejando caer a sus analizantes.

Para que el acting out sea interpretable debe producir un texto, que pueda ser leído por el analista e interpretado. Éste debe darle la posibilidad al analizante de posicionarse de una manera diferente frente a lo que hace y superar esta modalidad. No sirve cuestionar al sujeto, hacerle sugerencias ni prohibiciones, tampoco demandar ya que el sujeto del acting out desconoce su resistencia, desconoce que en el acting hay un saber y un sentido que tiene que ver con una verdad a ser leída. Que el acting out se produzca durante el transcurso de un análisis, tiene que ver con que el analista no sostuvo su lugar, hizo una interpretación en el plano imaginario, o porque se apresuró en hacer una interpretación, o hizo una interpretación que no fue conveniente u oportuna. Sin embargo, esto no debe confundirse con que el acting out sea efecto inmanente de un analista que no oye o no ve, ya que el acting out es estructural del ser hablante más allá de que haya un Otro que momentáneamente no escuche o no vea. No debe circunscribirse exclusivamente a las condiciones del proceso analítico porque el sujeto actúa lo que no es capaz de expresar y sabemos que hay siempre un real que no es abarcable por lo simbólico, más allá de que haya un Otro que no escuche. En el acting out se requiere un cambio de posición como analistas, ya no la posición del Otro de la escucha, sino un lugar que tiene que ver con la estrategia y que lo que el sujeto

actúa pueda entrar en la transferencia y abrir una posibilidad de que se forme un síntoma que pueda ser interpretado (Muñoz, 2009).

Harari (2000) plantea que el acting out es efecto de un analista que no logró leer el discurso del analizante, o que en su defecto lo leyó mal, lo que equivale a no haberlo leído. El analizante responde montando una escena que convoca a la simbolización, demandando interpretación. En este sentido el acting out busca reinsertarse en la cadena significativa de la cual se ha desprendido. En relación a esto, Lacan (1966) refirió que el analizante no está solo ante las dificultades que se le presentan; el analista debe pagar con palabras, pero también con su persona ya que la dona como sostén de lo que surja en el análisis

3.6. Intervenciones en el psicoanálisis habitual y de la tercera tópica

De acuerdo con Freud (1913a), dentro del psicoanálisis es esencial para el abordaje de un paciente la implementación de entrevistas preliminares, establecer claramente el encuadre, el despliegue de la transferencia, la elaboración de un diagnóstico y, como fundamental herramienta de intervención se propone la interpretación psicoanalítica. Sobre la primera etapa, la de las entrevistas preliminares afirma Bustos Arcón (2016) que tienen una importancia vital, dado que es el momento en el que se determinará si un sujeto es capaz de ser analizado o no lo es. A partir de la asociación libre y la interpretación se irá estableciendo la transferencia y deberá operar el cambio en la posición subjetiva del sujeto, yendo de la solicitud de terapia y su motivo de consulta hacia la apertura de lugar al despliegue de la pregunta, en lo que consiste en una real demanda de análisis. El establecimiento de la transferencia, siempre atravesado por resistencias que el sujeto opone a la cura, es determinante para que se produzca el cambio en la posición subjetiva. Este cambio, relacionado con el despliegue de la real demanda analítica es condición necesaria para el éxito terapéutico (Bustos Arcón, 2016; Freud, 1913a).

Freud (1913a; 1916) sostiene que las resistencias, fuerzas que se oponen a la cura, se presentan en todas las etapas del proceso, tanto en forma de actos como de ocurrencias y dichos, por lo que deben ser consideradas, estando atentos a ellas en todo momento. Requieren ser superadas, lo que posibilitará al sujeto la modificación de su vida anímica, cancelándolas y transmutándolas en conscientes.

En el marco de la transferencia y a partir del proceso de asociación libre es entonces posible la emergencia del sujeto del inconsciente, a partir del cambio de posición subjetiva del paciente. De esto se desprende la importancia trascendental que conlleva el despliegue de la transferencia para el proceso analítico, constituyéndose en garante del tratamiento y de la puntualización de la emergencia del sujeto del inconsciente por parte del analista, desde la escucha activa del discurso y la interpretación que al médico le compete. La metodología de la interpretación conlleva mucho rigor, entendiéndose que no se interpreta de manera sistemática sino que lo hace desde la captura del sujeto dicente, analizando y respondiendo interrogantes propios del sujeto analizante. Se vale para esto de la escucha, del análisis del discurso y del de las resistencias (Bustos Arcón, 2016). De acuerdo con el autor, la verdadera intervención analítica es la interpretación, posibilitando la aparición del saber no sabido, construcción desplegada sólo a partir de la tarea del médico.

Por su parte, Lacan (1960) afirma que la transferencia consiste en una modificación de la posición subjetiva de tipo rectificatoria, en relación con lo que las relaciones objetales representan y significan y apuntando a su deseo, por lo que entiende que el analista conduce a la cura por lo que es, más que por lo que dice. Desde su posicionamiento como Sujeto de Supuesto Saber, el analista expresa, valiéndose de la interpretación, un conocimiento acerca del paciente que este ignora. Es el sujeto el que revelará su saber, a partir de sus dichos, debiéndose evitar que el analista vuelque sus conocimientos erróneamente sobre este (Bleichmar & Bleichmar, 1997). Desde su lugar del Otro, el médico señalará, como puntuación afortunada, aprovechando quiebres y marcas en el discurso, evitando revelar cuestiones personales que puedan derivar en una asimilación del paciente hacia su persona, considerándolo como su semejante, que podrían culminar en su comparación o competencia (Fink, 2007). No se trata de que el sujeto cambie, lo que el psicoanálisis produce que el sujeto hizo, sino que se produzca un cambio en su posición subjetiva, de asumir aquello que considera que no es y probar aquello que antes escenificó en el síntoma (Soler, 1988).

Fink (2007) entiende que la interpretación, intervención característica y propia del psicoanálisis, consiste en comunicar la significación que el analista entiende es la de los síntomas, fantasías o sueños de su analizante. Sin embargo, la idea psicoanalítica sobre esta es la de proponer varios significados, evitando sugerir sólo uno, otorgando la posibilidad de que el paciente acuerde con aquel que le sea más acorde a su propia interpretación, de la que se espera esté cercano por el trabajo realizado.

Elemento necesario en la búsqueda de la rememoración, la interpretación es un elemento necesario en una relación como la analítica, en la que la transferencia sostiene la acción de la palabra, colocando así a la transferencia en garante del proceso terapéutico y de la interpretación, apuntando al deseo del sujeto, aquello del inconsciente que se ve reflejado en el discurso (Bustos Arcón, 2016; Lacan, 1960).

Propone Lacan (1955) que es tarea del analista asegurarse de que el yo quede ausente permitiendo la apertura del sujeto en análisis, buscando abrir el paso a la palabra plena, aquella que reúne al sujeto con el Otro, ofreciéndose como un espejo vacío. Se intentará que el sujeto pueda reconocer aquello que es suyo y aquello en lo que no se reconoce, a partir del despliegue de la transferencia, en un progresivo desplazamiento de la relación, que inicialmente será de yo propio del analizante y los otros para ir luego hacia este reconocimiento.

Green (1996) plantea la cuestión de cómo trabajar con pacientes donde la palabra es una palabra vacía, hueca, que no genera la retranscripción, ya que es necesario inscribir para luego reinscribir. El proceso de reconstrucción del campo representacional, que es la construcción del aparato psíquico, tiene como pilar fundamental lo intersubjetivo, ya que el aparato psíquico es representación de afectos, así como representaciones de las relaciones que se dan entre las representaciones del objeto y las del infans. La construcción del campo representacional depende de la investidura del objeto, de la función objetalizante. Depende de un objeto auxiliador, del objeto materno que acude frente al desamparo del infans, para satisfacer eso que primero es necesidad y luego va a devenir en deseo. El acento está puesto en la polaridad pulsión - objeto, es decir, infans - madre, que más tarde será paciente-analista (Green, 1996).

Lo irrepresentable opera a modo de imposición para el sujeto. Es por esto que la única opción posible, es en principio, aceptar sin representarlo. Lo conforman lo ajeno del otro, lo propio que no pudo ser cubierto por representaciones pulsionales (más allá del principio de placer) y lo social que no puede ser representado (más allá del principio de realidad). Estas mociones no representadas resultan intolerables, por lo que debe buscarse, a través del trabajo psíquico, su inscripción inconsciente. Por lo tanto, la tarea analítica debe consistir en recuperar la representación inconsciente y ligarla al afecto, para lo cual habrá que atender a aquello que nunca fue representado apuntando a su inscripción inconsciente, constituyendo una novedad en la práctica. La producción de nuevas inscripciones resulta en la producción de nueva subjetividad. Se trata de un

analista dador de significado que transforma los contenidos en algo capaz de ser dicho (Zukerfeld & Zonis, 2016).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo

4.2. Participantes

Se trabajó sobre un caso de una paciente, a quien se llamará Julia, de 25 años de edad, estudiante de abogacía, que llegó a la institución con un diagnóstico de patología narcisista, con diferentes modalidades de *acting out*. Presentaba angustia e inhibición en sus actividades cotidianas, no acudiendo a clases regularmente. Ante una discusión con el novio, amenazó con suicidarse si la dejaba, buscando retenerlo.

Los participantes fueron psicoanalistas de la institución, con orientación lacaniana. Para el presente trabajo se alterarán sus nombres. Una de ellas, Marcela, coordinadora institucional del grupo de adultos y admisora del caso, con ocho años de antigüedad en la institución. Valeria, analista de Julia, con cuatro años de antigüedad. Andrea, coordinadora del grupo Variantes de la neurosis clásica, con cinco años de antigüedad. También se realizó una entrevista a Matías, psicólogo encargado de coordinar el grupo Patologías del narcisismo.

4.3. Instrumentos

Resumen de historia clínica.

Observación participante en talleres acerca de variantes de la neurosis clásica, patologías del narcisismo y clínica de adultos.

Cuatro entrevistas semidirigidas a los citados profesionales de la institución, se solicitó el acceso al caso clínico y se profundizó sobre temas pertinentes al mismo. Entre las temáticas abordadas se enfatizó en las modalidades de *acting out* de la paciente y el abordaje terapéutico llevado a cabo en este caso.

A Marcela, admisora y coordinadora del equipo de adultos se le consultó acerca de su conceptualización del caso clínico, su diagnóstico inicial, características de la estructura, situaciones de acting out a ella relacionadas, estrategia, posibles intervenciones, dificultades observadas y recomendaciones clínicas.

A Valeria se la consultó acerca del diagnóstico de llegada, estrategia y recomendaciones recibidos por parte de la admisora, su lectura y evaluación del caso, diagnóstico propio, transferencia establecida, resistencias, contratransferencia y su manejo, dificultades surgidas durante el proceso, intervenciones realizadas, necesidad de supervisión

A la coordinadora del grupo Variantes de la neurosis clásica, Andrea, y al coordinador del grupo Patologías del narcisismo, Matías, se los consultó acerca de sus puntos de vista del caso, posibles alternativas a tener en cuenta sobre el mismo y profundización sobre la modalidad de acting out y sus maneras de abordaje.

4.4. Procedimiento

Se realizó observación y participación de los talleres sobre variantes de la neurosis clásica, patologías del narcisismo y clínica de adultos, con una frecuencia semanal para cada temática a partir del mes de agosto y hasta el mes de noviembre del año 2020.

Las tres entrevistas a los miembros de la institución se llevaron a cabo de forma virtual, dentro del marco de la asignatura Práctica y habilitación profesional N°5, coordinando para esto con los profesionales, horarios y días convenientes durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2020. Tuvieron una duración aproximada de 50 minutos cada una.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Para el presente trabajo se tomó el caso de una paciente que presentaba una modalidad de acting out, dado el interés particular de la autora por las presentaciones clínicas en las que predomina el acto en lugar de la palabra.

El proceso analítico de Julia A. se llevó a cabo durante el pasado año. No se optó por uno del presente, debido a la modalidad virtual llevada adelante por la institución en el marco del ASPO, por lo que resultaba dificultoso acceder al material de manera simultánea a su producción.

De la lectura de la historia clínica surge que la analizante llegó derivada por una amiga que había concurrido anteriormente a la institución, quien le aconsejó iniciar un proceso de análisis. Algunas situaciones relatadas por Julia relacionadas con conductas impulsivas y el alto grado de angustia en el que se encontraba la llevaron a sugerirle una consulta con un profesional. La paciente realizó un primer contacto telefónico, pactándose una entrevista de admisión.

El día de la entrevista se indagó acerca de las causas de solicitud de terapia psicoanalítica, objetivos que tenía, que esperaba de la misma, por qué consultaba en ese momento y cómo había llegado a la decisión. Se consultó además sobre datos personales, antecedentes de interés - médicos, procesos analíticos previos - tanto propios como familiares, según surge de la historia clínica y de la entrevista realizada a la admisora.

Julia tiene 25 años, es estudiante de tercer año de abogacía, vive con sus padres en la casa familiar de la infancia y es hija única. La madre perdió un embarazo avanzado de un varón unos pocos meses antes del embarazo de Julia, padeciendo una depresión mayor al momento del nuevo embarazo. Es importante destacar que unos meses después del nacimiento de Julia, su madre perdió a su hermano, cuñada y dos sobrinos pequeños en un accidente de tránsito, todo lo cual surge de la lectura de la historia clínica.

Como antecedentes menciona la historia que su abuela materna había sido diagnosticada con depresión mayor, tratada con medicación que desconoce y que, según lo que ella recuerda, su madre se mostraba siempre muy pendiente de esta.

En su cuerpo se observan diversos tatuajes, piercings, marcas y cicatrices, también de acuerdo a la historia clínica.

Se trata de una paciente que relató estar muy angustiada tras la ruptura con su novio anterior, acaecida unos cinco meses antes, luego de siete meses de relación, aproximadamente. Unos 35 días después de esto conoció a una nueva pareja, Juan, comenzando con esto a mermar su angustia, según su relato a la admisora. Conforme fue pasando el tiempo, la relación fue creciendo en un clima relativamente armonioso, hasta que luego de un par de meses comienzan discusiones constantes entre ellos,

relacionadas con *su sensación de que la relación no era igual que al principio*. Ante estos constantes conflictos Juan le plantea su deseo de tomarse un tiempo, generando en ella la idea de que él lo hace porque *está con otras mujeres*, respondiendo con enojo, con una profunda ira, lo que la lleva a arañarse los brazos y las piernas, y a amenazar con matarse si él la deja, situación que se repetiría en otras ocasiones.

Relató además a su admisor que tenía una relación conflictiva con la madre, quien había dejado de trabajar para criarla, con constantes insultos por parte de su madre para con ella para luego pedir disculpas y decirle lo mucho que la quería. Su madre estaba muy pendiente siempre de que se luciera en el colegio -era buena alumna- en los actos escolares y en sus actividades extraescolares.

Surge de la historia que durante su adolescencia, su madre era muy invasiva, no respetando su intimidad, revisando sus cosas y entrando a su dormitorio sin golpear. Su padre aparece como no pudiendo poner un coto en la pelea madre-hija.

Julia fue derivada a Valeria, psicoanalista de la institución, para hacerse cargo de su tratamiento, con un diagnóstico de patología borderline. La elección de la terapeuta se efectuó, de acuerdo con lo que surge de la entrevista a Marcela, terapeuta a cargo de la admisión, en relación con su experiencia en la temática narcisista, además de la facilidad de acceso.

5.2. Describir las modalidades de acting out de una paciente de 25 años durante el proceso terapéutico.

Los objetivos se trabajaron mediante entrevistas semidirigidas realizadas a los citados terapeutas de la institución.

Consultada acerca de las modalidades de acting out presentadas por la paciente, Valeria, la terapeuta a cargo, respondió que fueron numerosas las ocasiones en las que produjo escenas de mostración tanto a ella como relatos de otras dirigidas hacia el novio o a la madre, entendidas como tales puesto que en ningún caso los actings deben reducirse a aquello que se dirige al analista, poniendo especial énfasis en que se está ante un hecho que es aprovechable, afirmando que se trata de un modo diferente de decir algo. Tal como lo expresa Davidovich (2020) así como las formaciones del inconsciente aparecen por la vía del significante, en el acting out, como es el caso de la paciente, aparece por la vía de lo que se actúa, entendiendo además que el acting out es una oportunidad posible de ser integrada en el análisis, ubicando allí una verdad.

Resulta de la historia clínica de Julia, que durante una de las primeras sesiones relató a su analista el deseo que le expresó su pareja de separarse por un tiempo. Esta situación desencadenó en ella una serie de actos del orden de lo compulsivo: comenzó a arañarse las piernas frenéticamente y a golpear su cabeza contra el vidrio del auto al momento de la conversación con Juan, las que luego se repetirían en distintas ocasiones de angustia, dentro de su casa. Julia no reconoce qué es aquello que está mostrando ni lo que esto significa, pero sí lo consideró un evento de importancia, digno de ser relatado. De acuerdo con las palabras de Andrea, esto constituyó un intento fallido de evitar la angustia a través de una acción que muestra al Otro. Para Lacan (1963), se trata de una mostración que surge en el marco de un análisis, dentro o fuera de la sesión y en el que la paciente le cuenta a su analista sobre los actos que realiza, demandando una interpretación y convocándolo a su lugar de Sujeto de Supuesto Saber, exigiendo su simbolización.

En otra ocasión la paciente relató una discusión con su madre en la que esta la llamó *loca*, entre otros calificativos, lo que desencadenó en ella una conducta autolesiva, la de morderse el brazo sin parar hasta lastimarse. Es importante destacar en este punto, una distinción que establece Valeria en relación a los actos de su paciente, que al repetirse introducen una diferencia y por tanto la posibilidad de ser leídos y articulados en la cadena significante. Los distingue de los actos compulsivos que tienen que ver con la repetición de lo idéntico, ubicados del lado del ello pulsional, tal lo postulado por Davidovich (2020). Consultada Valeria acerca de la manera de interpretar estos actos llevados a cabo por Julia, Valeria sostuvo que, a pesar de ser el acting out una manera de evitarla, paradójicamente, es la angustia la que domina la vida anímica de la paciente nuevamente, luego de realizar cada una de estas conductas. Por su parte Matías, otro de los psicoanalistas de la institución, indicó que hay algo del orden de la repetición que se manifiesta en estas conductas de Julia, como forma fallida de tramitar la angustia, generando un malestar posterior del mismo orden. Se trata de una compulsión, necesidad irrefrenable que se ejecuta sin que haya participación de la voluntad del sujeto, pudiendo decir que existe un arrasamiento del dique de la pulsión sobresaliendo el *drang*, y desarmando el armado de la pulsión, como pura compulsión (Davidovich, 2020; Freud, 1905). Es importante remarcar que Freud (1915) postuló que el *drang* es uno de los cuatro componentes fundamentales de la pulsión y lo define como su esencia misma, el factor motor de la pulsión, su carácter incoercible. Mientras que los otros tres componentes son la fuente, la meta y el objeto.

Sobre las autolesiones practicadas por Julia, Valeria se preguntó si se encontraban relacionadas con un arrasamiento del dique del dolor, que no contiene a la pulsión. Al respecto, Davidovich (2020) entiende que consiste en recorrido pulsional que no instaura una falta sino que la obtura, fracasando así la inhibición de la pulsión. Agrega que la compulsión de cuenta de un impulso irrefrenable que el paciente no es capaz de sofocar que, al carecer de relación con el registro del pensamiento, le resulta incomprensible.

Consultada Andrea, licenciada de la institución, acerca de la compulsión como lectura de la conductas de la paciente, destacó que no pueden entenderse sin incorporar el término repetición, que torna inocua la compulsión, volviéndola aprovechable. Para Freud (1914) la repetición consiste en un efecto de la asociación libre y es al analista a quien corresponde abrir la palestra al paciente, para que la despliegue con el objetivo de volverla inocua. Matías sostuvo que entendiendo a la repetición como una resistencia a recordar, se puede obtener algo del orden de lo simbólico, algo que ha quedado por fuera de la cadena de significantes. Otra interpretación posible, distinta de la de resistencia es, para Matías, en relación con algo que no ha sido inscripto, sobre lo que Green (1996) propone que se debe a la ausencia de un otro auxiliador que acudiera en tiempo y forma y que, por tanto, no se trata de un inconsciente reprimido, que tiene ligadura con la representación palabra, sino de un inconsciente escindido, con una representación que no es esta, sino una más arcaica.

Tanto para Andrea como para Matías, esta conducta de Julia de morderse los brazos constituye una puesta en acto de Julia, una manera de expresar lo que no recuerda, entendiendo a la repetición como solidaria con el actuar, conforme lo que sostiene Freud (1914).

De la lectura de la historia y de la entrevista a Valeria surge la existencia de una amenaza de suicidio que realizara Julia en ocasión de una pelea con el novio. En ella sacó una tijera que portaba en su cartera, herramienta que pensaba utilizar a modo de arma blanca, situación que Valeria remarcó como muy significativa.

Tanto las discusiones con su pareja, con su mamá o con quien se volviera en un momento dado para ella un Otro primordial, generaban en Julia el advenimiento de grandes montos de angustia. Intentaba evitarlos, de acuerdo con su terapeuta, a través de situaciones, a veces tan extremas como la relatada. Muñoz (2009) refiere que se trata de una mostración dirigida a un Otro que está fallando en su función, intentando así captar su atención. Consiste en una acción enmarcada en una escenificación que es relatada

como una situación repetida, una puesta en escena que captura la mirada, que tiene como función mostrar y aislar un objeto. Es un sujeto que no logra hacer al Otro reconocer su deseo. Al respecto sostiene Lacan (1960) que suele ser una demanda de interpretación, actuando lo que no es capaz de decir por falta de simbolización, tratándose por tanto de una escena en lo real. En este orden, Valeria afirmó que la paciente evita de esta forma jugar su falta y que cuando esto sucede, negando la castración, aparece la angustia relacionada con algo que no dio por perdido, que no fue aceptado como imposible. Plantea que esta conducta de acting out en Julia surge como modo de dar respuesta a su angustia, respuesta que da el sujeto a lo imposible de decir, es decir a lo real. Lacan (1960) afirma que cuando hay algo obturando la falta, surge el acting out como modo de corrección, como una manera de agujerear aquello que está obturado, como restauración de la castración, que está fallando. La falta es la que ocasiona el surgimiento del deseo, una falta del orden del ser. Por su parte Matías entiende que la angustia en Julia se está manifestando desde el cuerpo y no desde el discurso. Para Mac Dougall (1995) cuando se está ante un inconsciente escindido, aquello que no pudo ligarse mediante la palabra busca otra manera de expresarse, como el acting out. Entiende que en ocasiones, el trauma se expresa a través del cuerpo, en una mostración, conformando una escena que se sostiene desde ese lugar, sin la mediación de la palabra.

En una oportunidad, en relación con una discusión ocasional con Juan en la que le adjudicó su interés por otras mujeres, la paciente montó en ira, gritando y golpeando la pared del dormitorio, lugar en el que se suscitó la discusión. Situaciones similares se destacan en la historia, independientemente del motivo causal de la discusión. Para Andrea constituyen muestras interesantes, dada su repetición en diferentes contextos, asemejándose, como ejemplo, a la que aparece en la historia clínica en ocasión del rompimiento con su novio anterior. En el enfrentamiento con el Otro, surge en Julia una angustia que puede pensarse como una función, en tanto sucede entre el sujeto y el Otro, al modo propuesto por Lacan (1961). Una función que remite a un momento en el que el sujeto desconoce qué es para el Otro, al lugar que ocupa en el deseo del Otro, *-qué me quiere-*, a la que denomina fantasma. En la misma línea, Zukerfeld y Zonis (2016) entienden que cuando existe aparición en escena del objeto a, con intención hacia el Otro, se está ante un acting out, no ante un simple acto.

Los actings de Julia son interpretados por Valeria como un llamado a ser leídos, proponiéndose descompletar, causar la falta, hacerla surgir, ya que el acting es un

intento fallido de producir agujero allí donde no hubo. Es necesario ubicar una falta para que la paciente, de a poco, logre situarse como un sujeto deseante.

Consultada por el valor que le da a los actings de la paciente en la dirección de la cura, Valeria sostiene que el acting está del lado del sentido, que surge porque el sujeto no puede poner en palabras, por lo tanto tiene tanto valor como los sueños, que permiten conocer algo del inconsciente del paciente. Por su parte Matías propone que cabe preguntarse qué es lo que la paciente viene a mostrar y cómo debe ser leído por el analista. Para él y para Andrea hay algo del orden de la locura que busca ser mostrado, para aliviar la angustia, buscando una figura con una mirada distinta en la persona del analista.

5.3. Describir las intervenciones realizadas por la analista frente a los actings out durante el proceso terapéutico de una paciente de 25 años.

De la entrevista realizada a Marcela, la admisora, surge que recibió a Julia a la hora pactada por ambas previamente y se dispuso a escucharla, lo que constituye una intervención en sí misma, alojando su queja desde un lugar de Otro que se presenta ante ella como distinto al de su primero significativo. Continuó manifestando que intentó atender a que en algún momento de la entrevista pudiera producirse la apertura del sujeto, ofreciéndose a modo de espejo para lograrlo. Sobre esto sostiene Lacan (1955) que de este modo se posibilita un primer reconocimiento de algo como propio en relación a la transferencia. En función de las características individuales de la paciente y con un diagnóstico de borderline, la derivó a Valeria, analista experimentada en patologías del narcisismo. Entiende Marcela que es su rol como admisora, determinar si la paciente es capaz de ser analizada, tarea que continuará llevando a cabo la terapeuta, durante algunas sesiones más. Al respecto afirma Bustos Arcón (2016), que deben dedicarse las primeras sesiones a evaluar la posibilidad de despliegue de la transferencia como condición de entrada en análisis. Será entonces con Valeria, su terapeuta, con quien se irá desplegando la transferencia, base del trabajo analítico. A partir de la asociación libre y la escucha, con la herramienta de la interpretación, operará el cambio en la posición subjetiva de Julia yendo hacia la apertura de la pregunta acerca del sujeto (Bustos Arcón, 2016; Freud, 1913a).

Valeria la recibió en su consultorio, constituyéndose como su terapeuta. Entiende que su tarea es la de marcar la emergencia del sujeto a partir de una puntuación, que para Evans (2015), consiste en producir sentido. El oyente de una cadena discursiva realiza una marcación con intención, que resignifica de manera retroactiva. Se trata de una de las intervenciones que utiliza un analista para alterar retrospectivamente el sentido deliberado de la palabra de su paciente, modificando el sentido fijo previamente otorgado por él. Lanza Castelli (2020), postula que desde un primer momento un analista debe pensar en el vínculo y habilitar que la transferencia se vaya desplegando, para lo cual es indispensable la comodidad de ambos miembros de la díada. Se trata de posibilitar una nueva comprensión del padecimiento del paciente (en este caso Julia) a partir de las intervenciones a realizar, permitiendo así la apertura a alternativas distintas, proponiéndose a su vez juntos, releer su historia. Para esto se invita al paciente a decir todo lo que aparezca en su cabeza, sin importar de qué se trata, sin vergüenzas ni juicios de valor, tal como Valeria manifestó haber realizado con Julia.

Valeria afirma que parte importante de su trabajo consistió en alojar a Julia, situación que se propuso desde el inicio. Para ella se trata de una intervención que resulta imprescindible para todo tratamiento. Krakov (2000) estima que el vínculo analítico consiste en alojar al otro, con sus particulares formas de entender el mundo. Para Lombardi (2009), alojar al paciente aporta alivio a su sufrimiento además de una dialéctica a sus posiciones libidinales. En el mismo sentido se expresó Andrea, quien considera fundamental alojar a Julia en su sufrimiento mostrándose como un otro disponible a fin de habilitar su decir. Ella y Matías coinciden en que se debe alojar al paciente, siendo necesario en ocasiones, en casos como el de Julia, sostenerlo con el cuerpo.

Para un psicoanalista, de acuerdo con Matías, la interpretación es la intervención por excelencia, por lo que no puede dejar de estar presente desde el momento inicial de la relación analítica. Bleichman y Bleichman (1997) declaran que consiste en expresar mediante esta operación, un conocimiento acerca del paciente que él ignora, un saber que el sujeto irá revelando. Le corresponde al analista actuar como un otro que señala mediante una puntuación sostenida en quiebres y marcas discursivas. Se trabaja así en busca de lograr una modificación de la posición subjetiva, apuntando al propio deseo, constituyendo la tarea del analista conducir a la cura por lo que es y no por lo que dice.

Ya en la primera sesión, según surge de la historia clínica, Julia relató: *estoy re loca, me desbordo todo el tiempo*. Aparece en este decir, en palabras de Valeria, un sentido y una verdad a desarmar, que se iría repitiendo en las siguientes sesiones. La verdad de alguna manera pertenece al orden significativo y como tal sólo se puede decir a medias, en tanto que el significativo no se significa a sí mismo (Lacan, 1957; 1960). Lo primero que pensó Valeria es en su presentación como un puro ser en donde la paciente se ve representada por ese significativo. Se propone entonces, como dirección de la cura, comenzar a vaciar ese sentido.

Andrea sostiene que Julia está alienada al significativo loca y plantea que es tarea del analista separar algunas cuestiones a partir de preguntas que se le hacen al paciente afirmando que, más allá de que el sujeto es nombrado por significantes, estos no determinan nada, sino que lo determinante es lo que el sujeto hace con ellos. De este modo, el analista invita a vaciar aquello que está lleno de sentido. En la entrevista realizada sostuvo Valeria que en oportunidades en que Julia mencionaba que su madre le decía que era una loca, le preguntaba en qué circunstancias se lo decía, qué estaba haciendo ella, cómo se sentía al respecto, para luego interpretarlo e irlo vaciando de sentido en busca de hacer caer ese significativo para luego diseñar otros que la alojaran. Para Andrea, Julia se identifica al modo en que la madre la nombra y hay algo que opera a pesar de que ella no lo percibe. El trabajo del análisis puede consistir en cuestionar que ella le de consistencia al decir de la madre, mediante las escenas, constituyendo esto una intervención que consiste en implicar al sujeto en la trama de su síntoma, situando de manera sutil ciertas cuestiones que tienen que ver con su historia. Julia sostiene ese lugar y lo muestra como una manera de tener un lugar en el Otro, ya que es preferible sostener un mal lugar que no tener ninguno, afirmó Andrea. En este punto, ser la loca le da a esta paciente un lugar. Al preguntar se libidiniza y Julia, ante la pregunta, percibe que eso es importante para estar mejor. Esto apunta a llevarla a preguntarse en qué otras escenas se vio envuelta, para darse cuenta de que está alienada a un significativo. El trabajo del análisis es invitarla a una separación posible. Matías sostiene que las marcas operan para que el paciente muestre lo que no puede decir. Es decir que están por fuera de la representación, por fuera de la palabra, no queriendo decir que no puedan ser expresadas. Andrea, por su parte, entiende que el invitar a la paciente a decir, como hace Valeria al preguntar acerca de las circunstancias, es invitarla a entrar en el dispositivo, poniendo en juego una pérdida de goce en pos de que deje de mostrar el objeto que la parasita, *el soy una loca*, objeto que Julia particularmente muestra. Para

ella esto se relaciona con lo que Lacan (1963) propone como domesticar la transferencia en estado salvaje, para lo que utiliza una metáfora relacionada con poner a un caballo a dar vueltas en un picadero.

Ante la particular modalidad de la paciente, Matías propone preguntarse qué puede hacer un analista frente al acting. Entiende que cuando el paciente muestra en lugar de decir, como hace Julia, el analista lo siente en el cuerpo. Por un lado, porque está dirigido y por otro, porque hay algo del acting que le hace entender que como no utiliza la vía de la palabra, es inanalizable. En este caso no se trabaja con interpretación sino brindándole a la paciente construcciones o hipótesis en un marco condicional, del tipo *podría ser que lo que te pasa*, donándole palabras para que mediante su construcción pueda empezar a decir en lugar de mostrar. Sobre esto sostienen Zukerfeld y Zonis (2016) que se trata de proporcionar la posibilidad de recuperar una representación inconsciente para ser ligada, produciendo inscripciones novedosas, a modo de un analista dador de significado. Matías continúa afirmando que se ayuda a la paciente, mediante esta intervención, con construcciones con respecto a lo que trae, para que ella empiece a ceder, vía la palabra, algo del goce. Entiende que el acting está del lado del goce, está del lado del objeto y el analista, mediante la construcción y la invitación a que hable, habilita la pérdida de goce. Entonces cuanto más se habla, menos se muestra. Cuanto menos se habla más se muestra, cuanto menos se elabora, más se repite y cuanto más se repite, más goza la paciente. Goce en tanto placer para un sistema, displacer para otro. Continúa aclarando que hay algo inconsciente que se satisface, del orden de lo pulsional, pero que a nivel consciente genera a Julia mucho malestar. En una paciente como esta, que viene de acting en acting, hay algo de lo real que avanzó sobre lo imaginario, hay algo de ese marco fantasmático que tiene que ver con lo simbólico, que ya no la contiene, entonces se angustia. Para Matías esto es lo mejor que como analista le puede pasar. Que en lugar de llamar diciendo que tiene una tijera en la cartera, llore y se pueda anticipar. Que no sienta la inminencia de sentirse parasitada por el objeto por el cual fue nombrada y sentir la inminencia de la catástrofe de golpearse la cabeza contra el vidrio del auto. Es posible que este intervalo que se necesita entre el novio y ella, haya que construirlo, porque cuando el novio la deja ella se vuelve loca, no logra calmarse sola, y porta cierto riesgo. Como afirma Lacan (1966), el analista no sólo paga con palabras, sino también con su persona para sostener a la paciente. Matías entiende que se trata de una paciente que enloquece ante el no del otro, ya sea de su madre o del novio. Reproduce el no aceptar el no que su madre hacía sobre

ella, lo repite sin saber que lo hace. Continúa Matías sugiriendo que el analista, debe brindarle herramientas para que lo entienda, que quede claro que lo que repite es eso, esas escenas en donde ella quedaba como objeto de goce de la madre, capturada y sin poder salir del significante loca. Es una construcción a generar, una inscripción necesaria para luego reinscribir, para salir de la palabra vacía y entrar en el campo de la plena. Green (1966) postula que el campo representacional se relaciona directamente con la investidura del objeto, dependiendo del Otro auxiliador que acude a amparar al infans, con el acento colocado en la polaridad pulsión - objeto, es decir, infans - madre, que será ahora paciente - analista

Valeria citó a Julia luego del llamado telefónico que le realizara Juan, contándole el evento de la amenaza de suicidio con las tijeras. La recibió y además de escucharla y trabajar con ella, la derivó a una interconsulta psiquiátrica, expresándole que no iba a ser cómplice de esas conductas por parte de ella. Entiende Valeria, según surge de la entrevista, que el recibir a Julia en este caso - y en todos - es una intervención en sí misma, puesto que el acting, esta amenaza de corte con las tijeras que portaba, hay que alojarlo. Si no se aloja, la paciente queda por fuera del dispositivo, que es lo mismo que le pasa a ella con su mamá. Las intervenciones con esta paciente están en la línea de no hacer lo que hace su madre, que Valeria afirma es desalojarla. La psicoanalista, con esto, se propone no dejarla por fuera de la escena. Interviene entonces informándole que le va a hacer un lugar para atenderla, cancelando a otra paciente, buscando con esto que se sienta importante, que allí sí tiene un lugar, colocándose a sí misma como un Otro accesible para Julia. Sostiene, en el mismo orden, que es deseable que la paciente construya con ella esa deuda simbólica que no logró con su madre. Estar agradecida con su terapeuta implica que algo de la deuda simbólica fue construida en análisis y se logra que quiera saldarla, cuidando su vida, porque el analista, ella supone, la quiere cuidada. Valeria destaca al respecto que sin tijeras en la cartera, con la posibilidad de que la medicación alivie su malestar y su actuar en relación a la falta de palabra, y en un tratamiento interdisciplinario, en red con el psiquiatra, se constituyan como dos profesionales para sostener ese sin sentido que habita a la paciente.

Para Andrea, cabe preguntarse en qué le hizo falta a la madre esta paciente. Una hija viene al mundo haciéndole falta a una madre. Cuando eso no se produce, cuando el sujeto está caído de ese lugar de hacerle falta, y esta mirada libidinal no está, no se traduce la deuda simbólica con la madre, por haberle dado la vida y aparece la culpa.

Esta deuda se salda viviendo y cuidando su vida. En tanto no se descubra cuál fue la falta que ella suturó no siente la necesidad de saldar esa deuda con la madre, viviendo y cuidando su vida. Lo entiende como algo que no termina de anclarse y la paciente se pone en riesgo. Es importante como madre, propiciar al sujeto una salida exogámica con ciertos cuidados. Cuando esos cuidados no se producen hay algo de ese cuidarse que queda por fuera. En ese caso el paciente, Julia, descuida su propia vida y el acting está en esa línea. Se debe entonces construir esa deuda con la madre, puesto que no existe. Hay que devolverle a la paciente algo de su mostración con una intervención para que el paciente tenga un límite en su actuar. Julia repite por no tener elaborado, porque para que ella elabore tiene que haber alguna representación psíquica de lo que le acontece. De acuerdo con Freud (1913) y Green (1996) algo de la mostración tiene que pasar por la palabra para que haya una modificación en relación al goce y deje de ser puro acting.

Las intervenciones son herramientas con las que cuenta el psicoanalista para habilitar la emergencia, en transferencia, del sujeto deseante. A través del decir, alterar una modalidad de goce, permitiendo así una nueva economía, entiende Valeria. Su utilización en transferencia, junto con aquello que pueda ir surgiendo en ambos miembros, analista y analizante y el vínculo terapéutico permitirán el transcurso del proceso hasta su finalización o eventual corte.

5.4 Analizar la interrupción del tratamiento y su relación con la modalidad de acting out de una paciente de 25 años.

De la historia clínica surge que después de cuatro meses de análisis, Julia abandonó el proceso. Valeria sostiene al respecto que se trataba de una paciente compleja, difícil de analizar porque presentaba muchos excesos libidinales, lo que desborda la palabra. Entiende que la única vía para trabajar es la palabra y el acting la obstaculiza. Hay algo del análisis que no es viable y posiblemente sea ese el motivo del abandono de la paciente, de acuerdo con sus palabras. Al respecto refiere Harari (2000) que el acting out es efecto de un analista que no puede leer adecuadamente el discurso del analizante, obteniendo como respuesta la mostración de una escena por parte del paciente, que convoca a la simbolización en busca de una interpretación. Muñoz (2009) por su parte alega que es al analista a quien el sujeto ofrece su acting,

demandando su simbolización, correspondiendo entonces a su rol la oportuna lectura de la situación.

De acuerdo con Andrea, Julia no pudo entrar al dispositivo, no se logró que transformara su relación con la economía de goce, que pudiera sustituir un goce por otro. Ella entiende que existe una operación llamada *mantenimiento de la transferencia*, que implica que si se aloja al paciente, aún cuando muestre, como sostiene Lacan (1963), en algún momento *el caballo va a entrar al picadero*. Este mantenimiento de la transferencia consiste para Iunger (1993) en otorgar continuidad a la escena analítica con la escena de vida del paciente, con el objetivo de sostener la transferencia. De acuerdo con la profesional, es esperable que algo de palabra empiece a ceder en tanto se propicien las condiciones para el mantenimiento de la transferencia. Al respecto, Matías afirma que el paciente, en este caso Julia, ocupa el espacio como puede, por lo que se trata de continuar alojándola, aún cuando haya que poner el cuerpo, por costoso que le resulte. Lacan (1966), en la *Dirección de la cura*, sostiene que el paciente no debe estar solo sino que debe ser acompañado por el psicoanalista, quien debe pagar, ya sea con palabras o prestando su persona como soporte. Para el profesional, la analizante puede transitar el acting bajo transferencia, que no es lo mismo que hacerlo sola. No es lo mismo que las mostraciones se encuentren dirigidas a un analista que cayendo al vacío. En relación con esto, Iunger (1993) postula que es el analista el responsable del sostén y mantenimiento de la transferencia, no debiendo quedar completamente en manos del analizante.

Por otro lado, de la entrevista a Valeria surge que para ella, si hay una mostración es porque hay un fracaso en la articulación significativa del deseo. La paciente, en este caso, muestra, no habla. Cuando esto sucede es porque no lo puede hacer ingresar al campo de la palabra, lo que implicaría para ella una pérdida de goce. Julia mantiene la misma modalidad de goce, no puede cambiarla. Hay un fracaso en la articulación significativa, sigue gozando, está entregada al Otro en tanto rivalidad, hostilidad. El Otro *le hace, la abandona, la somete, la deja*. En los mismos términos se manifiesta Matías. Explica que puede preguntarse *¿qué me quiere el Otro, me quiere abandonada, me quiere sometida?* Puede pensarse como una falla en la cadena significativa en ese punto, algo en relación a las leyes de metáfora y metonimia que no funcionan. En relación a esto, Lacan (1957) postula que la de metáfora consiste en la sustitución de un significante por otro, en una cadena y la de metonimia hace referencia a un todo a partir de una parte con la que está vinculado, aludiendo al modo en que los

significantes pueden combinarse en la cadena significante. Ambas operaciones constituyen el modo de producción de significación. Para Matías, este novio que la deja, vuelve a ponerla en el lugar de abandono, porque no hay articulación metonímica del deseo. Hay falla, fracasó la articulación significante del deseo, enfatiza, por eso hay mostración, hay acting. Falta un significante que es causa de toda la cadena en relación al deseo.

Por su parte, para Andrea, porque hay falta, hay deseo. Si Julia no está en la vía del deseo, no puede sostener el análisis. El análisis falla en ese punto, ella continúa mostrando ese objeto al cual se identifica. No lo nombra, lo muestra. Allouch (1977) asevera que no puede pasarse directamente de la compulsión a repetir a la rememoración, por lo que aquello que no pudo ser inscripto se actúa. La profesional continúa opinando que en este proceso analítico no se conmovió esta posición de la paciente. Podría haberse pensado como que el Otro, que es en definitiva el lenguaje, se configura en ella como absoluto, como total, sin falta de significantes. Cuando la paciente toma la palabra en el análisis, se da cuenta de que todo no puede ser dicho, que hay significantes que faltan, se está en presencia de un Otro barrado, no absoluto. Continúa explicando que en Julia ese Otro podría pensarse que aparece como total, completo, por lo que plantearía algo como para reflexionar. Si el Otro es absoluto, todo Otro se le configura igual, como que *la desampara, la abandona...* Si ella lograra dejar al Otro en falta, incluso al analista, un analista que le sostenga el espacio, que no la ayude en todo, pudiendo entender que algo tiene que ver con ella, podría entonces incursionarse en el terreno de la interpretación, posibilitando el análisis. Al respecto, Iunger (1993) propone como estrategia en la dirección de la cura a la operación semblante del Otro barrado, que consiste en que el analista sostenga su presencia barrada allí donde el Otro se encuentra completo, habilitando así al otro miembro de la díada como sujeto. Continúa sugiriendo Andrea que este tipo de pacientes, como Julia, esperan que el analista les solucione todo sin implicarse. La vida es no todo, el analista tiene que ser no todo, para poder guiarla, orientar, pero en rigor los efectos de sus intervenciones son los que puede producir el paciente. Ninguno es absoluto, ni analista ni paciente, caso contrario, el analista queda en el lugar del que la abandona, colocándolo del mismo modo que a los otros Otros. En este caso, en lugar de soportar la transferencia, con un Otro que no tiene todas las respuestas, aún con el Sujeto de Supuesto Saber instalado, ella lo vive como un abandono más y se va, dejando el proceso inconcluso.

Refiere Matías que Julia es una paciente que va más por el lado de la pulsión, de la mostración que por el de la palabra, que es el del deseo, por lo que se manifiesta actuando. Siguiendo a Davidovich (2020), el sujeto realiza escenificaciones en busca de aliviar su angustia cuando el deseo es dejado de lado. El terapeuta indica que para estos casos hay que poner el cuerpo, sobre lo que Iunger (1993) explica que el analista debe hacerlo, sosteniendo al paciente con la voz y con la mirada, desde este otro lugar, distinto del habitual. El analista debe mostrarle, según Andrea, que no la va a abandonar aunque ella crea que sí, aún cuando sienta en el cuerpo que no puede soportar más el acting de su paciente. Debe sostenerla. Se trata de que no rechace el acting, interviniendo de algún modo, con el cuerpo, con la palabra, haciéndole lugar. El acting salvaje tanto como la transferencia salvaje son muy difíciles de sostener para el terapeuta, puesto que pueden resultarle muy pesados, afirma. Ambos, Andrea y Matías, coincidieron en que tal vez puede alojarse mejor a un paciente como ella desde este lugar, desde el corporal. Iunger (1993) establece como posibles formas de intervenir el hacerse cargo de activar y sostener la transferencia, de poner en juego al *objeto pequeño a* desde su lugar, entendiendo a su voz y su mirada como particularmente aptos para esto. A modo de ejemplo, propone una mirada tierna, un llamado telefónico o colocarse frente a frente. Matías continuó manifestando que en lugar de trabajar sólo con la palabra, en una paciente más pulsional, el analista se puede mostrar como un Otro menos absoluto, más que intentar interpretar un acting, en donde no hay palabra. Generar una mirada que otorgue lugar a Julia, una mirada compasiva, con un cuerpo posicionado de manera más empática para alojarla desde allí. Alojar lo que muestra dado que no puede decirlo, no lo puede hacer ingresar al campo significante. En el acting, la función de la palabra o está suspendida o es endeble con respecto a la intensidad del goce en juego, por lo que la cura debe ser sostenida desde lo imaginario y lo real hasta tanto la palabra adquiera eficacia, momento en el cual puede ponerse en juego (Iunger, 1993).

Para Valeria, esta entrada en el discurso, en la palabra, coloca una barrera que Julia no pudo soportar, por no poder tolerar que se cortara el goce. Está absolutamente entregada a esa forma de goce, a ese lugar de abandono en el Otro. Es por esto, de acuerdo con ella, que interpretó que su analista la había abandonado, dejando así el tratamiento. No pudo sobrellevar el corte que constituye el análisis. Un analista barrado no sostiene la escena, la corta.

Matías finaliza proponiendo una alternativa, que es la posibilidad de pensar el acting como una pulsión que nunca pudo representarse, que no resultó inscripta, por lo que el trabajo podría apuntar a lograr una inscripción afectiva novedosa, transformando las pulsiones en otras más tolerables para Julia. Sobre la escenificación, Green (2012) y Mac Dougall (1995) entienden que constituye la vía de manifestación del trauma, no pudiendo ser expresadas en palabras, colocándolas en el campo de lo escindido. Se trata de un campo fronterizo entre la neurosis y las psicosis (Mac Dougall, 1995) por lo que el abordaje debe ser distinto. En este caso aportan Zukerfeld y Zonis (2016) que el trabajo analítico consiste en ligarla a una representación, logrando una nueva subjetividad, constituyendo al analista en un dador de significado, en busca de transformar ese contenido en algo plausible de decirse.

6. Conclusiones

El presente trabajo se llevó a cabo como parte de la materia Práctica y Habilitación Profesional N° 5, en base al material clínico propuesto por la institución psicoanalítica en la que fue llevada a cabo. Dado el particular momento que atraviesa el mundo, en relación con la pandemia de Sars Cov 2, en el que el país no constituye una excepción y por lo cual se estableció una política de aislamiento social obligatorio, la práctica se vio limitada a una modalidad online, situación que afectó a la misma de manera significativa. En relación con la modalidad, el material existente y el interés de la autora por las situaciones en las que lo pulsional desborda a la palabra, obligando al acto, se optó por analizar el caso clínico de una paciente que presentaba numerosas escenificaciones como su modo de decir. Para esto se plantearon tres objetivos específicos, relacionados con la descripción de las modalidades de acting propias de la paciente, las intervenciones realizadas por su analista en el marco del proceso terapéutico y su interrupción, en este caso, por abandono.

Para la realización del trabajo se entrevistó a cuatro analistas miembros de la institución, entre ellos a la admisoro y la terapeuta del caso y se accedió a un resumen de la historia clínica, como forma de acceso a la experiencia analítica elegida, para su conocimiento y análisis.

El primer objetivo consistió en describir las numerosas situaciones de acting out presentadas por la paciente. Se pudo conocer y comprender la modalidad conductual de Julia, quien presenta una estructura compleja, en la que predomina lo pulsional por

sobre la palabra, no pudiendo decir. Repite entonces en acto, mostrando la forma en que fue nombrada, a modo descarga pulsional tendiente a evitar la angustia, situación que le genera placer a nivel del inconsciente y displacer en el consciente, generándole constantes alteraciones en lo cotidiano. Sus conductas pueden entenderse como acciones dirigidas al Otro demandando una respuesta. De acuerdo con Muñoz (2009), el sujeto evita la angustia a través de la acción en la que muestra al Otro el objeto causa de su deseo sin reconocer ni eso que está mostrando ni su significado. Se trata de una acción dirigida al Otro que, en transferencia, requiere de su lectura analítica en busca de la verdad que oculta.

El segundo objetivo consistió en describir las intervenciones realizadas por la terapeuta del caso. Se logró acceder a las intervenciones realizadas por Valeria en su trabajo con Julia, si bien resultó algo insuficientes a entender de esta autora, debido al escaso tiempo con el que se contó para acceder a la profesional y al material, por circunstancias ajenas a la voluntad de ambas. Son fundamentales las primeras entrevistas, en las que se establece el vínculo y se despliega la transferencia, condición de entrada en análisis, según afirma Bustos Arcón (2016), buscando juntas una nueva lectura de su historia. El trabajo con Julia consistió en alojarla, a partir del posicionamiento de la terapeuta como un Otro disponible, accesible y, fundamentalmente, barrado. Por tratarse de una paciente que no puede decir, sino que se manifiesta a través de actings, no se apuntó a la interpretación como intervención básica sino a vaciar de sentido a sus actos y brindar nuevas construcciones acerca de esa verdad que intentaba mostrar, buscando dirigirla al campo de la palabra, llevándola así al decir en lugar de mostrar, comportándose a modo de lo que Zukerfeld y Zonis (2016) entienden como un analista dador de significado.

Con respecto al tercer objetivo se propuso, analizar la interrupción del tratamiento y su relación con la modalidad de acting out propia de Julia. Para una paciente como esta, el decir significa un corte, un cambio en su economía de goce, situación que parecería resultarle intolerable, por lo que se sustrajo de la escena, abandonando el tratamiento. La palabra, vehículo para la cura, puede haberse transformado en una barrera para Julia, impidiéndole el cambio de modalidad. No habiendo logrado entrar en la vía del deseo, no pudo sostener el análisis. Allouch (1977) propone que no es posible el paso de la compulsión a la repetición hacia la rememoración, por lo que se mantiene el acto, no habiéndose logrado este cambio de

posición en Julia. Esa repetición en acto se evidenció nuevamente, dejando la terapia desde su lugar de abandono.

Entre las limitaciones puede destacarse como una importante, el trabajo a partir de un caso clínico único. Esto condicionó la información teórica a incluir, debiendo acotarse a las particularidades de la paciente, lo que no permitió incursionar en la temática de interés de la manera deseada por la autora. En el planteo inicial se había pensado en una relación del caso con las patologías del narcisismo, que tuvo que ser descartada por las limitaciones planteadas por el caso elegido, que fue, por otro lado, el único ofrecido por la institución, que presentaba una modalidad de acting.

Con respecto a la institución, debió adaptarse a la modalidad online de forma imprevista, lo que más allá de algunos inconvenientes iniciales, manejó de forma adecuada, lo que de todas maneras, condicionó tanto a la práctica como a este trabajo final. Limitó la cantidad de entrevistas posibles y su duración, además del material intercambiado, tornándose difícil la repregunta y la profundización sobre el proceso analítico, cuya información pareció insuficiente a esta autora. La falta de acceso a la historia clínica para su lectura afectó la información obtenida, su cantidad, calidad, nivel de detalle y grado de concordancia e interpretación de la misma, relegados a la lectura realizada por un tercero - la analista del caso. El acceso a la historia clínica no fue posible, como se dijo, obteniéndose sólo un resumen de ella, faltando algo de información, a criterio de la autora, además de imposibilitar su propia lectura crítica de la misma.

Sobre la metodología, la utilización de entrevistas semidirigidas pareció adecuada, lo mismo que el número y elección de los participantes, aunque el acceso fue algo dificultoso por el citado aislamiento. Otro punto a tener en cuenta es que tal vez podría haberse optado por un análisis sobre diferentes casos yendo hacia un estudio transversal sobre acting out y su estatuto como síntoma, algo más cercano al interés originario de la autora.

Como perspectiva crítica, pueden citarse, con respecto a los objetivos, propuestos en dos casos como descriptivos, que resultaron algo ingenuos, con poco margen de trabajo y de posibilidad de abordaje. Por disponerse de poco material, se debieron añadir las inferencias realizadas por los terapeutas entrevistados. Con relación al último particularmente, resultó algo corto, contando con poco material del caso, además de haberse encontrado costoso el acceso al material teórico para sustentarlo. En

ocasiones fue dificultoso distinguir intervenciones del análisis de la interrupción del tratamiento, entremezclando un poco los dos últimos objetivos.

Los interrogantes acerca de la causa del abandono del tratamiento por parte de Julia no pueden ser respondidos con certeza, pero la tesista se pregunta cómo podría haber resultado un proceso analítico planteado desde el marco teórico propuesto por la tercera tópica, con la idea de predominio de un inconsciente escindido, y un préstamo del cuerpo en busca de un mayor sostén para Julia y por ello de su análisis. Al respecto sostiene Iunger (1993) que debe ponerse el cuerpo, desde la voz, la mirada, haciéndolo desde el lugar distinto del habitual, sin rechazar el acting y así sostener al paciente. Una variante en el abordaje clínico y en el uso de la interpretación como herramienta paradigmática psicoanalítica, por las formas propuestas por esta corriente, con un analista que cumpla con ese rol de auxiliar ajeno que sostiene, dialectizando la pulsión parecería ser adecuado para una paciente con tantas escenificaciones. Green (1996) afirma que el trauma, en ocasiones, surge a través de patologías somáticas, adictivas, u otras del acto. Para su tratamiento considera que es fundamental lo intersubjetivo, colocando el acento en la polaridad pulsión-objeto y luego, paciente-analista.

Considerando las limitaciones planteadas para esta tesis, en relación con la opción por un caso único, como futuras líneas de investigación se puede pensar en la realización de un análisis transversal retrospectivo de procesos analíticos de pacientes con numerosas situaciones de acting out y su abordaje desde ambas perspectivas, tradicional y tercera tópica (Green, 1996; Zukerfeld & Zonis, 2016), a fin de evaluar diferencias y similitudes en relación a la técnica por un lado y al mantenimiento y finalización de la terapia por el otro

A esta autora, el pasaje por esta institución le resultó satisfactorio y enriquecedor en cuanto a su formación, considerando el marco psicoanalítico el de interés para su ejercicio profesional dentro del campo clínico. Si bien había realizado numerosas lecturas sobre el campo teórico de forma autodidacta a lo largo de la carrera, el hecho poder acercarse de modo sistemático durante la práctica, tanto a los textos como su apoyatura en la clínica, resultó una experiencia enriquecedora, incrementando sus conocimientos.

7. Referencias

- Allouch, J. (1977). Una terna freudiana: Acto, Acting - Out y Acción. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 56(14), 1-23.
- Álvarez, I. (2012). La Transferencia: Un Recorrido en la obra de Freud y Lacan. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Psicoanálisis*, 58-61. Buenos Aires – Argentina: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Barbeta Viñas, M. (2014). Sociología y preconsciente freudiano: El nivel latente en el análisis del discurso ideológico. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 31(1), 97-129.
- Bleichmar, C., & Bleichmar, N. (1997). *El psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós.
- Bustos Arcón, V. A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: Una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 98-105.
- D' Angelo, R., Marchilli, A., & Carbajal, E. (2005). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Davidovich, M. (2020). El instante del acting out. Intervenciones clínicas. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zIX6xlZJ9c4>
- Delgado, O (2005). *La subversión Freudiana y sus consecuencias*. Buenos Aires: JVE.
- Evans, D. (2015). *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fink, B. (2007). *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Gedisa.
- Freud, S. (1895/2006). Estudios sobre la histeria. Sobre la Psicoterapia de la histeria. En S. Freud. *Obras completas, II* (pp. 111-143). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900/1991). La interpretación de los sueños. En S. Freud. *Obras completas, IV* (pp. 1-343). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1901/1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En S. Freud. *Obras completas, VII*, (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911/2017). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En S. Freud. *Obras completas, XII* (pp.1-106). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1913/2017). Sobre la iniciación del tratamiento. En S. Freud. *Obras Completas, XII* (pp. 121 - 144). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/2013). Tótem y Tabú. Algunos aspectos comunes entre la vida mental del hombre primitivo y los neuróticos. En *Tótem y tabú y otros ensayos* (pp. 15 - 228). Barcelona: RBA Libros.
- Freud, S. (1914/2017). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En S. Freud. *Obras completas, XII* (pp. 159-175). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/2013). Introducción al narcisismo. En S. Freud. *Obras completas, XIV* (pp. 65-99). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2005) Pulsiones y destinos de pulsión. *En Obras completas, XIV* (pp. 105 - 135). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917/2005). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). En S. Freud. *Obras Completas, XVI* (pp. 221-422). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2005). 27º Conferencia: La transferencia. En S. Freud. *Obras completas, XVI* (pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1922/1987). Más allá del principio de placer. En S. Freud. *Obras completas, XVIII* (pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1992). El yo y el ello. En S. Freud. *Obras completas, XIX* (pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1991). Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia ¿Pueden los legos ejercer el análisis? En S. Freud. *Obras completas, XX* (pp. 1-235). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (2012). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires. Amorrortu
- Harari, R. (2000). *¿Qué sucede en el acto analítico?*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Hochman, P. (2012). El sujeto: Una noción ética. *Revista Tesis psicológica, 7(12)*, 178-187.
- International Psychoanalytical Association, (2020). About psychoanalysis. Recuperado de https://www.ipa.world/IPA/en/Psychoanalytic_Treatment/About_Psychoanalysis.aspx
- Iunger, V. (1993). Clínica del pasaje al acto en la neurosis. *Atas Da Reunião Lacanoamericana De Psicanálise De Porto Alegre, 2*. Recuperado de

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwKjBJCDsstTGmmZzWpSrBPzWxM?projector=1&messagePartId=0.1>

- Krakov, H. (2000). El mundo vincular y la clínica psicoanalítica. Aperturas Psicoanalíticas. *Revista internacional de psicoanálisis*, 6(7). Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=134&a=El-mundo-vincular-y-la-clinica-psicoanalitica>
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan. *Escritos I*, (pp. 99–107). Buenos Aires: grupo editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1951/2015). Intervención sobre la transferencia. En J. Lacan. *Escritos I* (pp. 204-215). Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1952/2015). Función y campo de la palabra. En J. Lacan. *Escritos I* (pp. 231–310) Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1954/2016). *El seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955/2014). *El Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955/2015b). Conferencia: Freud en el siglo. En J. Lacan. *El seminario, 3: Las psicosis* (pp. 333–354). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956/2015). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En J. Lacan. *Escritos I* (pp. 461–495). Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1957/2005). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En J. Lacan. *Escritos I*, (pp. 475–509). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1958/2016). El deseo de la madre. En J. Lacan. *El seminario 6: El deseo y su interpretación* (pp. 299-323). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1960/2015). *El seminario 8: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963/2016). *El seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1963/2016b). Pasaje al acto y acting out. En J. Lacan. *El seminario: La angustia*, (pp. 127–144). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1965/2013) *El Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966/2018). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan. *Escritos 2* (pp. 558 615). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Lacan, J. (1967). *El seminario 15: El acto psicoanalítico*. Clase del 6/12/1967. Recuperado de <http://www.champlacanien.net/public/docu/3/ccpCatalunya2012-2013.pdf>
- Lanza Castelli, G. (2020). La autodestructividad silenciosa en los pacientes no neuróticos. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (64), 1-22.
- Laznik, D., Lubián, E. C., & Kligmann, L. (2010). La primera tópica freudiana: alcances y límites. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 2, 276-278. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Lombardi, G. (2009). La cita y el encuentro. *Aún. Publicación de Psicoanálisis*, 1(1), 69-79.
- Mac Dougall, J. (1982). *Alegato por una cierta anormalidad*. Barcelona: Petrel.
- Mac Dougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julian Yebenes S.A. Editores.
- Mac Dougall, J. (1995). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yebenes S.A. Editores.
- Miller, J. A. (1984). *Recorrido de Lacan, 8 conferencias: La transferencia de Freud a Lacan*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (1993). Jaques Lacan: observaciones sobre su concepto de pasaje al acto. En J. A. Miller. *Infortunios del acto analítico* (pp. 39-55). Buenos Aires: Editorial Atule.
- Muñoz, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL.
- Muñoz-Martín, F. (2017). La mente escindida. Relatos de la nueva clínica actual. Recuperado de: https://www.academia.edu/34460903/LA_MENTE_ESCINDIDA_Retos_de_la_nueva_cl%C3%ADnica_actual_Francisco_Mu%C3%B1oz_Mart%C3%ADn
- Nasio, J. (1994) *Los límites de la transferencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pujó, M. (2017). Narciso redivivo. *Revista Psicoanálisis y El Hospital*, 55, 11-20.
- Rabinovich, D. S. (1992). *Modos lógicos del amor de transferencia*. Buenos Aires: Manantial.
- Rabinovich, N. (2010). El análisis de la Transferencia. *Revista Imago*, 145. Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1431>
- Salatino, D. R. (2013). *Psiquis Estructura y Función*. Buenos Aires: Autoedición.

Sinatra, E. (2020). *Adixiones*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Soler, C. (1988). *Finales de análisis*. Buenos Aires: Manantial.

Zukerfeld, R., & Zonis, R. (2016). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.