

## Sobre un caso de terapia psicoanalítica en una institución pública

Nuestra intención es dar a conocer un espacio clínico de investigación que aconteció durante 1994 en el Área I de Salud Mental de Madrid. El mismo se denominó *Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica aplicada en los Servicios Públicos de Salud Mental*. La hipótesis inicial era validar la posibilidad de aunar la teoría freudiana, sin desnaturalizarla, con una limitación temporal del tratamiento exigida por la institución misma. Intentaremos explicitar en qué condiciones habría de desarrollarse y si el producto resultante constituye o no un paradigma nuevo. Pretendíamos, paralelamente, introducir en los servicios públicos una práctica poco usual y ampliamente demandada: la supervisión de casos clínicos.

Se seleccionaron tres casos sin establecer ningún criterio previo de exclusión motivado por el diagnóstico o grado de analizabilidad. Esto nos posibilitaba poder afrontar de una manera más realista el tipo de demandas que se observan en los servicios públicos de salud mental. Dichos casos se analizarían y supervisarían en tres momentos secuenciados a lo largo de nueve meses. Hay que señalar que el desarrollo del seminario era paralelo al seguimiento de la cura misma, por lo que las sesiones de trabajo ofrecían la posibilidad de incidir en la dirección de ésta.

La metodología de trabajo era la siguiente: presentación del fragmento clínico, aportaciones y ordenamiento con el respectivo supervisor y elaboración de las consecuencias clínicas a tener en cuenta para nuestro trabajo en cuanto a la conceptualización

teórica. En el presente artículo no vamos a analizar cada uno de los casos; tampoco haremos una exposición exhaustiva de los resultados y sus consecuencias sobre la pertinencia de la prescripción de esta modalidad terapéutica. Nos ha parecido más interesante mostrar uno sólo de los casos trabajados y aportar algunas conclusiones teóricas que representan las líneas fundamentales del producto de la investigación.

### *Descripción del caso*

Se trata de un varón de 41 años, al que llamaremos P., ingeniero técnico, empleado de una empresa privada, casado y con tres hijos: dos varones de 13 y 11 años y una niña de 9. Acude remitido desde un servicio de urgencias hospitalario: «sentía un vacío tremendo, no controlaba el llanto... fuí a una iglesia y estaba cerrada, entonces decidí ir al hospital». El motivo de su angustia lo refiere a problemas en el trabajo: «doy muchas vueltas a las cosas y lo que debería ser causa de preocupación degenera en sensación de miedo... ¿Quién me dice a mí que esto no va a degenerar en algo malo?».

Tres años antes se había hecho cargo en la empresa de un nuevo destino; éste le produjo una «crisis de inseguridad» y comenzó a jugar a las máquinas tragaperras. La esposa se entera al advertir la falta de dinero en la cuenta del banco y se genera un conflicto que estuvo a punto de saldarse con una separación. Desde este momento acepta con complacencia que ella le controle todos sus gastos. Para con-

seguir dinero para el juego se hace pasar en la oficina por vendedor de libros que previamente ha robado; roba también comida y otros objetos que ante ella justifica como compras realizadas. Este periodo dura un año, hasta que acude a una asociación de ayua a ludópatas y desde entonces lleva dos años sin jugar.

Tras exponer este relato, pasa inmediatamente a decir: «tengo la puñetera manía de ponerme bragas y ropa femenina... yo siempre he tenido envidia de la mujer por su manera de vestirse y seducir». Describe esta conducta como un ritual y establece su inicio en la adolescencia: «en el tiempo que fui novia (lapsus) y después de casarme no lo hice, pero al cabo de unos años empecé de nuevo». Lo realiza en solitario y con miedo a ser descubierto. No hay masturbación ni goce escotofílico. En la actualidad la secuencia es siempre la misma: roba ropa femenina en un comercio y se va a la casa de campo familiar; vestido con esta ropa realiza actividades cotidianas. Durante la narración establece cierto paralelismo entre la ludopatía y el travestismo: en ambos subyace el miedo a perder el control.

En la siguiente sesión, relata dos situaciones acontecidas desde la primera entrevista que pueden dar cuenta de un desafío hacia el terapeuta. Sustraer ropa interior femenina en unos grandes almacenes y al ir a la caja tiene la certeza de que le ha descubierto un vigilante pero decide no retroceder. Cuando se confirman sus temores se muestra sorprendentemente tranquilo y dice: «tiene usted razón, he hecho mal». Acepta pagar la mercancía pero no la multa. También cuenta que ha vuelto a sentir inquietud al pasar delante de las máquinas de juego, «como si fuese a tener una recaída».

Se indaga más sobre esta vertiente sin-

tomática pidiéndole asociaciones. El inicio de la ludopatía lo relaciona con cambios en el trabajo (a petición suya le habían dado un destino en el que apenas tenía responsabilidad y no controlaban su presencia). En la actualidad el problema se debe a creerse incapacitado para ejecutar una tarea que le han asignado. Esta posición también aparece en sus quejas hacia la esposa, a la que acusa de intransigente respecto a sus fantasías sexuales, y hacia los suegros que se han instalado en su casa con la connivencia de ella usurpando sus funciones paternas.

Con respecto a la vertiente fantasmática, el paciente se muestra ambivalente: dice no hacer daño a nadie con estas prácticas pero teme perder el control y presentarse un día en la oficina vestido de mujer. Sitúa el inicio del travestismo a los 15 años: estando solo en casa se pone ropa de la hermana y en ese momento llega el padre; «creyó que me estaba masturbando... me dijo que no me preocupara». Esta insuficiente sanción del padre pudo actuar facilitando la fijación del rasgo perverso. Llama la atención en su discurso la «envidia» del cuerpo femenino («sólo con mostrar las piernas pueden conseguir cualquier cosa»), la adulación hacia las mujeres, en especial a la esposa («intento robarle hasta la última caricia... ella lo es todo para mí») y a la madre, de la que recuerda con énfasis su jactancia de que sus hijos nunca la habían visto desnuda.

P. va modificando tímidamente su posición, ya no acude a consulta esperando una reprobación ni un apoyo como en las primeras sesiones, comienza a preguntarse sobre los beneficios que le reportan sus conductas. Se ha producido una pacificación en el trabajo: se sorprende de que pidiendo ayuda a los jefes sea capaz de llevarlo adelante. Una escena pone fin a este

## CASOS CLÍNICOS

aparente remanso sintomático. Llevan a su hijo al médico, éste les dice que tiene que usar corsé y, aunque les tranquiliza, se siente contrariado. Al salir de la consulta se separa de ellos y echa dinero en una máquina, «con tan mala suerte que mi mujer me descubre». Una intervención del terapeuta, entre la sorpresa y la ironía, introduce una zozobra en su relato y posteriormente asocia el juego con dos sentimientos secuenciales: en primer lugar evasión y rebelión, y en segundo lugar excitación por el riesgo y angustia.

Siguen una serie de entrevistas en las que el flujo discursivo se empobrece, no sabe de qué hablar, ni si debe seguir viniendo. Ha vuelto a la asociación de ludópatas para contentar a la mujer, y cree que la cuestión del travestimos no es de gravedad como para hacernos perder el tiempo. En una sesión posterior comete dos nuevos lapsus consistentes en nombrarse en femenino —que son señalados sin recibir respuesta del sujeto— y aporta un decir aparentemente sin gran énfasis: siente admiración por los hombres que se operan (transexuales) y «tienen el valor de enfrentarse a la sociedad».

Si en las sesiones siguientes viene a decirse hablando del cansancio mental, de la inseguridad, de la sensación de vacío... (en el fondo quejas narcisistas), si necesita evadirse, defenderse, podemos suponer que se ha visto en peligro de división (entre el yo y lo inconsciente). Es decir, la defensa posterior nos autoriza a preguntarnos por lo dicho anteriormente.

En este paciente hay una promoción del otro al lugar de amo, un otro que decide por él, le condiciona, lo es todo para él... y ante este amo él se coloca a su servicio, pero no sin protesta, ni sin rebelión. Lo que él llama rebelión (echar cinco duros a la

máquina tragaperras, pequeños robos...) son trampas infantiles comparado con su ideal de enfrentarse a la sociedad que atribuye a un otro femenino. Pensamos que incidir cuestionando este ideal podría quitarle peso de los hombros, puesto que conecta la trampa del ideal y el *yo no puedo porque no soy mujer*.

La dirección del tratamiento, habida cuenta de la limitación impuesta en principio, iría en la línea de no complejizar las redes sobredeterminantes de sus síntomas, sino en construir el esquema actual del síntoma, que si pudiéramos decirlo como un lema podría ser: *qué bonito sería tener valor para enfrentarse a la sociedad, pero sólo siendo mujer es posible*. Conseguir operar con este esquema probablemente modificaría su posición subjetiva. Trabajar sobre las rivalidades, la búsqueda de que le pongan límite (las pequeñas trampas del sujeto), es trabajar sobre aspectos narcisistas, muy imaginarios, en los que nos podemos perder. Sería a nivel del Ideal del Yo donde podríamos actuar con más carga simbólica.

La limitación temporal explícita del tratamiento no es independiente de la forma en que cada paciente hace su trabajo terapéutico e, incluso, puede tener un valor pronóstico. Si sabiendo de la limitación sigue desvaído en su discurso, dando vueltas a cosas que no son nucleares, esto tiene un valor clínico, la resistencia, y nos muestra si habrá posibilidad de llegar a logros más estables que una simple supresión o silencio sintomático.

En una de las sesiones acude la esposa tras haber engañado a P. diciéndole que le habíamos cancelado la cita. Tras mostrar reticencias sobre ese proceder, se la escucha. Pide ayuda o consejo a la vez que da una descripción tremendista de la conducta

del esposo: a ella la requiere sexualmente y si no accede maltrata psíquicamente al hijo menor; cree que usa la ropa de la hija, provoca ante sus suegros discusiones sobre temas de moral sexual e, incluso, se ha mostrado desnudo ante la suegra. Cuando viene el paciente, causa sorpresa que apenas haga mención a la intrusión de su esposa y minimice las críticas que cree habrá contado: «ella siempre dice a los amigos que doy una falsa imagen...».

El hecho de haber recibido a esta mujer es impensable en un psicoanálisis pero aquí tiene su valor, sobre todo el hecho de que engañe para venir. P. no le da importancia y no levanta acta de esta situación. Esto habría que devolvérselo al sujeto: ¿por qué anula esto que parece tan serio? Nos confirma la hipótesis de que sus rebeliones son infantiles comparadas con este hecho que realmente sería causa de malestar y ante el cual se calla. Hay una sumisión, en vez de una rebelión. Hay una represión de la molestia que esta situación debería causarle, y esto explica el modelo de cómo este sujeto está generando síntomas y actos: se somete a la afrenta del otro y luego intenta jugar a las pequeñas rebeliones. Se hace necesario señalarle y desvelarle este punto: el otro femenino puede hacer con total impunidad.

Poco a poco, va alejándose de algunas de las conductas problema a la par que la aportación de nuevo material permite precisar aspectos de su historial. Trae un recuerdo de cuando él tenía 17 años, «... esperaba a que terminaran las clases y me metía desnudo en el armario»; pero ahora introduce una reflexión inédita: «era una rebelión contra las normas establecidas... no era algo excitante, en realidad lo pasaba muy mal».

Para este paciente, sus usos perversos,

sus prácticas, son sus modos de reunir transgresión y goce. Examinemos el recuerdo juvenil de desnudarse en un armario, que parece marcar exactamente, literalmente, la posición de este sujeto: la satisfacción de mostrar su rebelión ante el otro, la búsqueda de castigo, la excitación de esconderse/ser descubierto y la búsqueda de sanción, serían una manera de reunir los contrarios, una fórmula que fusionaría transgresión y goce. Para este sujeto toda satisfacción aparece marcada por la transgresión.

Si sumamos esto a la construcción de un Otro que toma diversas figuras (madre, suegra, mujer, jefes...), ampliamos el esquema fundamental en el cual se maneja. Se trata de una estructura obsesiva con un rasgo perverso anclado en la figura materna que determina toda la sucesión de un *Otro impune* principalmente femenino. El vestirse de mujer es una rebelión contra su parte de identificación materna y conlleva un goce masoquista. Este aspecto requeriría un trabajo mucho más extenso, en el que el sujeto tendría que desear saber sobre las determinaciones que le causan sus identificaciones. Ese juego de desnudarse ocupa el lugar de *desnudar a la madre, desnudarse frente a ella y desnudarse como la madre no se desnuda*; es un conglomerado –como todo síntoma– de deseo reprimido, ideal propuesto y mandato superyoico. Esta construcción de un *otro impune* sobre la figura de la madre no nos sirve directamente para la terapéutica pero sí para dar con la constelación que preside esta hipótesis.

Tras la intrusión de su mujer, viene diciendo que todo está muy bien: juego, travestirse, trabajo, relaciones familiares... Parece poco creíble porque ella ha traído algo, y él lo sabe perfectamente, en

## CASOS CLÍNICOS

lo que definitivamente no quiere entrar. Entiende el final del tratamiento –se acerca la fecha señalada para la conclusión– como un no querer saber nada de lo que ella ha dicho, no sólo porque ella lo haya dicho, sino porque él mismo se lo reserva.

Desde el principio del tratamiento, pensamos que no era de los rasgos perversos de donde se podía sacar algo de este sujeto. Decidimos trabajar a partir de su posición subjetiva, en cómo modificarla respecto a las otras cosas, porque respecto a los rasgos perversos seguro que no deseaba modificar nada. Los señalamientos que se le hacen en torno a ese otro desafiante, al que hay que robar, y al otro impune ante el que se somete para luego rebelarse puerilmente, apuntan hacia la consecución de este giro y el paciente parece hacer acuse de recibo, pero muy débilmente. En las tres últimas sesiones da cuenta de una posible rectificación respecto a su realidad pretérita. Describe situaciones en el trabajo, en la familia, que anteriormente hubieran sido motivo de actuaciones sintomáticas. No obstante, una pregunta sigue haciéndose y queda abierta: por qué se angustia ante el otro. El tratamiento finalizó en el límite de tiempo pautado. Posteriormente realizamos a lo largo de nueve meses tres entrevistas de control. En ellas se constata la persistencia en el cese de la producción de síntomas y un cambio de posición del paciente en relación a determinadas figuras: jefes, suegros e hijo menor.

*Discusión*

Tras revisar parte de la literatura científica sobre el tema, intentamos establecer un paralelismo entre los diferentes elementos que estas teorías proponen y los pro-

puestos por la teoría freudiana clásica. Conceptos como síntoma, inconsciente, tiempo, analizabilidad, focalización..., nos marcaron un camino a recorrer en los diferentes casos.

La posición subjetiva nos iba a ir marcando la idoneidad de indicación de esta modalidad terapéutica. En cuanto a la focalización, sí se veía la necesidad de acotar qué era necesario analizar inicialmente, qué de la clínica particular del caso podía ser más manejable dentro del marco institucional. Por otra parte, el propio decir del paciente nos iba a ir marcando cuál era su punto de urgencia, teniendo en cuenta, entonces, que ver la focalización con lo sintomático.

Algunas preguntas iniciales fueron: ¿qué es lo que se nos presenta al comienzo de un tratamiento?, ¿se trataría de modificar estos elementos para trabajar en un marco institucional?, ¿qué del campo psicoanalítico podría reunirse con el de las psicoterapias?

En el comienzo de un tratamiento sobresalen dos aspectos claramente: la queja del paciente traducida o no en una demanda explícita y el sufrimiento por unos síntomas. Nos parece que ha de ser sobre esto sobre lo que nos correspondería actuar en un tratamiento breve en una institución. El trabajo sobre la queja pertenece a las primeras entrevistas. Tendremos que sopesar qué saber hay detrás de esa queja ya que no es suficiente un sufrimiento para suponer una demanda, es necesario perfilarla para que eventualmente pueda surgir.

No se trataría tanto en el inicio de una cura de hacer un diagnóstico nosográfico, sino de analizar qué posición subjetiva tiene el paciente ante su existencia, ante sus síntomas, ver qué implicación tiene él como sujeto en lo que le pasa, ver si es posible hacer surgir una pregunta por aque-

llo que no sabe, pero que no puede dejar de no saber. Como decía Freud, que pueda percatarse de que sabe más de lo que dice.

Forma parte de nuestra ética plantearnos hacia dónde podemos conducir a un paciente, qué le va a suponer todo esto, qué aspectos se van a trabajar para producir efectos sobre ese sufrimiento sintomático y cuáles se van a dejar de lado por no ser conveniente tratarlos en unas condiciones institucionales concretas. Y, sin embargo, ¿cómo no cerrar con ello la pregunta por el deseo, cómo no posibilitar el cierre del inconsciente?

El síntoma, para un psicoanalista, no se reduce a la concepción de una manifestación de un estado patológico ni a las quejas subjetivas. Es necesario que el sujeto haga acuse de recibo de las intervenciones del analista para que pueda hacer signo. Esta conceptualización, nos permite decir que el síntoma se construye en la cura por la transferencia. Es responsabilidad nuestra hacer el síntoma analizable. Esto lleva consigo inevitablemente una pérdida de goce y también una subjetivización de lo que le pasa, un *responsabilizarse como sujeto de lo que le pasa*.

Nos parece que esto sería una posible

finalidad del tratamiento psicoanalítico en una institución; apuntar hacia esa subjetivización de la queja y el trabajo sobre el síntoma. Por añadidura, ésto tiene un efecto terapéutico, puede disminuir la ansiedad y el sufrimiento, pero no cierra la pregunta sobre el inconsciente de la que hablábamos anteriormente. Hay un desciframiento y por consiguiente un apaciguamiento, pero no un cierre. Llegados a este momento de conclusión pautado, pueden surgir varias posibilidades: que el sujeto quiera dejarlo en ese punto sin interrogarse más, aun sabiendo de su implicación en lo que pasa, o que desee demandar un análisis o que dé otra respuesta dependiendo de la particularidad que cada situación pueda deparar. Pero ésto ya no es a nosotros a quien corresponde decidir, es el sujeto quien elige. Desde nuestra posición, no obstante, corresponde no abocar al sujeto a un callejón sin salida.

A modo de reflexión, quizá es ésto lo que la práctica psicoanalítica puede aportar al espacio terapéutico. No es todo el campo psicoanalítico, pero sí al menos una parte, parte en la que podemos confluir en ese espacio heteróclito que es el de las psicoterapias.

*Agradecimientos:* A Vicente Mira por su supervisión del caso.

\* F. Lencero, Psicoanalista. A. Menéndez, Psiquiatra, CSM Retiro (Madrid).

*Correspondencia:* A. Menéndez, C/ Fomento, 23, 2.ª A, 28013 Madrid.

\*\* Fecha de recepción: 17-III-1995.