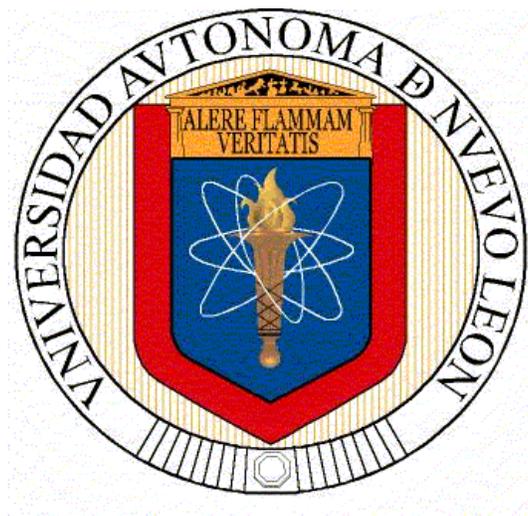


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



TESIS

**“EL GRAN OJO OBSERVADOR.
ANÁLISIS DE UN DELIRIO DE EROTOMANÍA”**

POR

GRACIELA GÓMEZ MARTÍNEZ

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

Monterrey, N.L.

Noviembre 2014

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**“EL GRAN OJO OBSERVADOR.
ANÁLISIS DE UN DELIRIO DE EROTOMANÍA”**

**PRESENTA:
GRACIELA GÓMEZ MARTÍNEZ**

Estudio de caso clínico como requisito parcial para obtener el grado
de maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica

**Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
Directora de Tesis**

Monterrey, N.L.

Noviembre 2014

“En lugar de decirle a alguien como debe vivir, lo que importa es encontrar en su historia qué es lo que le ha ayudado, los momentos de identificación o idealización, las actividades o proyectos: qué hay en su delirio, quizá o en su historia familiar que sea estable y sólido, qué objetos buenos hay que puedan ser alentados y promovidos... Como dijo Lewis Hill, el terapeuta debe reconocer que la necesidad de ayudar no es tan productiva como la voluntad de ser de utilidad al paciente”

(D. Leader, 2013)

AGRADECIMIENTOS:

Primero que nada, agradezco a mi familia, Ellos son mi mayor soporte, sin su apoyo la realización de esta maestría no hubiera sido posible, Gracias Madre, Padre y Hermano; los amo.

A Armando Peña, su apoyo me dio la gran oportunidad de continuar mi preparación académica.

A Maribel Sáenz mil gracias por todo su apoyo a lo largo del camino y sobretodo por brindarme su escucha.

A Alejandra Miranda, Gracias por las horas en los cafés y tu compañía mientras este trabajo se desarrollaba, gracias por ser una de mis mayores motivaciones de superación, Metta infinito para ti siempre!

A mi directora de tesis la Dra. Blanca Montoya y a mis revisoras la Mtra. Marina Duque y la Dra. Edith Pompa por sus comentarios, sugerencias y guía en este trabajo.

A Jorge Ortega por dar a la tesis imagen y formalidad, muchísimas gracias.

Y por último, no por ello menos importante, Gracias a todos mis compañeros, maestros y supervisores a todo lo largo de la maestría, fue un camino de lo más agradable recorrerlo con ustedes.

Resumen:

El presente estudio de caso tiene como propósito dar cuenta de la importancia en la delimitación del amor transferencial en un caso en el que se presenta un delirio de erotomanía, el cual tuvo una duración de aproximadamente tres años de trabajo analítico.

Resaltando la escucha humana del paciente se partirá del método de intervención psicoanalítica en donde se aplicó la regla fundamental de la asociación libre y supuestos teóricos en el dispositivo analítico.

Dividido en tres objetivos, el siguiente trabajo contiene como base el marco teórico de la teoría Freudiana y Lacaniana con referencia a la psicosis, así como el aporte de autores contemporáneos que brindan un buen complemento y guía hacia la dirección tomada para el planteamiento del caso, el estudio de un amor.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1		CAPÍTULO 4	
INTRODUCCIÓN	6	PRESENTACIÓN DEL CASO	31
1.2. ANTECEDENTES	6	4.1. HISTORIAL CLÍNICO	31
1.3. OBJETIVO GENERAL	9	Datos generales del paciente:	31
1.3.1. Objetivos específicos	9	4.2. RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO	31
1.3.2. Supuestos	9	ESTRATEGIAS PERTINENTES PARA EL ABORDAJE DEL CASO	34
1.4. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	9	4.3. ESTRUCTURA SUBJETIVA	35
1.4.1. Limitaciones:	9	4.3.1. Contexto familiar	35
1.4.2. Delimitaciones	10	4.3.2. Figuras significativas	35
1.5. JUSTIFICACIÓN	11	4.3.3. Estructuración Edípica	39
		4.3.4. Eventos traumáticos	40
CAPÍTULO 2		4.4. PERFIL SUBJETIVO	41
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12	CAPÍTULO 5	
2.1. CONCEPCIÓN DE PSICOSIS DESDE FREUD	12	CONSTRUCCIÓN DEL CASO	43
2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOSIS EN LACAN	14	5.1. “UNA DELGADA LÍNEA ENTRE HISTERIA Y PSICOSIS:	44
2.3. LA EROTOMANÍA Y SUS DELIRIOS	18	EL ESTABLECIMIENTO DE UNA CERTEZA Y DELIRIOS”	44
2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL DELIRIO EROTÓMANO	21	Fundamentación teórica:	47
2.5. LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS	22	Encontrando que:	48
2.5.1. Efectos invasivos de la transferencia	25	5.2. AMOR MUERTO: UNA INVASIÓN TRANSFERENCIAL EN ANÁLISIS	54
		Fundamentación teórica:	58
CAPÍTULO 3		CAPÍTULO 6	
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO	27	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	61
3.1. MODELO PSICOANALÍTICO:	27	6.1. DISCUSIONES	61
3.1.2. Aspectos teóricos-metodológicos	27	6.2. CONCLUSIONES	62
Dispositivo analítico	27	SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA	62
Enquadre	28		
Proceso Analítico	28	ANEXOS 1	64
Instrumentos	29	BIBLIOGRAFÍA	65
Procedimientos	29		
3.1.3. TÉCNICA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	30		

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica es de vital importancia para su avance, tanto a manera personal del terapeuta como para la práctica del psicoanálisis, el estudio de caso, ya que el proceso de teorización es la vía en que se desarrollen actualizaciones.

En base a la dialéctica que se genera en la experiencia analítica, es que se descifran los síntomas presentados por el sujeto y el presente caso intenta dar un reflejo de lo que es el trabajo clínico con orientación psicoanalítica desde su teoría y su técnica.

El presente trabajo abordará el funcionamiento del trabajo analítico en una paciente de 60 años quien acude a consulta motivada por angustias y cuyo tratamiento fue orientado a la organización psíquica del sujeto y con la posibilidad de generar un *insighth*.

La duración del tratamiento aquí presentado ocurrió en un lapso de tres años, los cuales fueron transcurrieron con una buena constancia, puntualidad y dedicación al desarrollo del mismo.

1.2. Antecedentes

El enigma sobre la locura ha estado desde tiempos remotos y ha cuestionado a muchos e intrigado tanto a otros que ha sido objeto de un sin fin de estudios, por lo cual, el concepto de locura ha cambiado con el paso del tiempo, dejando ya de estar relacionada con aspectos divinos o sobrenaturales.

En Grecia antigua se hablaba de una locura delirante, que con el continuar de los estudios derivó en “psicosis”, término que por primera vez acuñó en 1845 E. Von

Feuchtersleben para referirse a una especie de locura que era diferenciada de los trastornos neuropsiquiátricos.

En psicoanálisis se definirá a la psicosis en oposición a la neurosis como “una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal” (Laplanche, 1996) y se realizará la distinción de diversas estructuras la paranoide, la esquizofrénica, la melancolía y manía.

Sigmund Freud estudió a la psicosis, mayormente entorno a la paranoia, recordemos a “*Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*” publicado en 1911 en donde trabaja por primera vez la psicosis sobre las memorias dejadas por Daniel P. Schreber, un enfermo paranoico cuyos delirios guían a Freud a exponer los mecanismos defensivos en dicha estructura.

Sin embargo no fue que hasta años después, cuando desarrollado la segunda tópica expuesta en “*el yo y el ello*” publicado en el año 1923, que a través del estudio de la neurosis, va encontrando en opuesto, más aportes sobre psicosis y un año después en su trabajo de “*Neurosis y Psicosis*” dirá que: “La neurosis es el resultado del conflicto entre el yo y el ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (Freud, 1924).

Ampliando más el tema de psicosis se encuentra Lacan, quien con sus aportes sobre *real, simbólico e imaginario* así como con *el significante* y su lógica, da nuevas líneas de elaboración (Dor, 1996) desde el caso “Aimée” (el cual fue su tesis doctoral basada en una paciente que diagnostica con psicosis paranoide, publicada como “*De la psicosis paranoica*”).

en su relación con la personalidad” en 1932) en donde realiza un recorrido histórico por la paranoia y sus formaciones de delirios.

Menciona que fue Krapelin, quien da punto de partida a la definición de paranoia en donde incluye “un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción” (Krapelin, 1899) y tiempo después, con los avances en cuanto a la definición de delirios en relación con la paranoia, encontramos que lo elabora con dos direcciones opuestas, por un lado *el delirio* a manera general en el que se encuentran, el delirio de persecución y de celos, y en su segunda dirección como *delirios de grandeza* en el que se encuentran los delirios de inventores, interpretaciones filiales místicos y erotómanos (Lacan, 1932/2006).

“Con la división del sujeto y la forclusión, el acento es definitivamente puesto en la función principal que juegan las estructuras Simbólicas y lo Real por vía del Imaginario, en la comprensión de los procesos psicóticos” (Dor, 1996) y desde el caso de Aimée, Lacan trabaja con lo humano en el psicótico, dándole un lugar de escucha y lectura; Desde este caso de erotomanía, Lacan regresa a Freud y sus trabajos sobre el Narcisismo y se cuestiona lo que está en juego del amor en la psicosis, aspecto que está por demás decir, que trastoca a los asuntos de la transferencia.

En el presente estudio de caso se abordará la psicosis poniendo el enfoque en la paranoia y el delirio erotómano, el motivo por el cual elijo presentar dicho caso, es por las implicaciones analíticas transferenciales que se suscitaron en el tratamiento, siendo éste, el más largo en mi práctica clínica, por ende el caso que más cuestionamientos me generó a lo largo de su permanencia. En cuanto a los motivos académicos y profesionales, considero que los aspectos contra transferenciales abordados en el caso, son importantes para ser estudiados para el crecimiento y desenvolvimiento personal de la clínica psicoanalítica.

1.3. OBJETIVO GENERAL

Analizar el delirio de erotomanía en una estructura paranoica.

1.3.1. Objetivos específicos

- Analizar desde la perspectiva psicoanalítica una estructura paranoica.
- Analizar las manifestaciones clínicas del delirio erotómano.
- Analizar los efectos invasivos de la transferencia de una paciente paranoica.

1.3.2. Supuestos

- Los delirios erotómanos son la manifestación clínica de una estructura paranoica.
- Las proyecciones subjetivas de la paciente paranoica producen impacto contratransferencial en el proceso psicoterapéutico y al analista.

1.4. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

1.4.1. Limitaciones:

El presente caso es de quien llamaremos paciente L, quien permaneció en tratamiento por 3 años teniendo una frecuencia de dos sesiones semanales el primer años y modificándose a una sesión semanal después, tiene 63 años de edad, de sexo femenino y acude a la institución porque se había sentido muy angustiada por un antiguo robo que había tenido dos años antes.

Vive con su esposo E, quien es médico de profesión y con su hija L y su nieta MF con quienes lleva una mala relación, constantemente están peleado y tienen discusiones fuertes y esto

principalmente, porque refiere que no le prestan atención y no le creen que sus vecinos son “los rateros”; menciona que ellos solo dicen que es una exagerada. La paciente tiene como certeza que los rateros (sus vecinos), intervinieron sus teléfonos y constantemente la están vigilando.

A la par a estas certezas, están los problemas con su esposo, quien le confesó que le había sido infiel con muchas mujeres, por lo cual ahora busca la confirmación de nuevas infidelidades y de otras familias del esposo. Tiene la creencia de que su esposo, también le ha hecho otros males, como haberle movido algunos órganos de su cuerpo en una operación quirúrgica. La paciente padeció meningitis, por lo cual tiene una válvula en el cerebro, toma medicamentos por su dificultad para dormir (Tafil) y menciona que años atrás fue diagnosticada por celotipia.

Las dificultades que se presentaron en el tratamiento fueron en referencia a la transferencia abrumadora y aspectos contra transferenciales que generaban malestares físicos dentro de algunas sesiones, la mayoría de ellos en fuertes regresiones.

1.4.2. Delimitaciones

El caso mantuvo una duración de tres años y concluyó ya que por motivos personales cambie de residencia, por lo que no se podría considerar como finalizado, empero, se lograron algunos avances los cuales en su mayoría fueron apuntando a una *contención* de angustias.

La desorganización de la paciente a lo largo del tratamiento, fue cesando al ir encontrando diferentes soluciones en diversos síntomas nuevos; en diversas ocasiones el encuadre se vio modificado y hubo cortes del tratamiento derivados de la complejidad clínica por la estructura psíquica del paciente.

Los delirios persecutorios aminoraron y aunque hubo momentos de avances significativos en los conflictos con sus familiares, estos permanecieron fuertes ya que parten de su síntoma.

1.5. JUSTIFICACIÓN

En la práctica clínica mucho se habla de las diferencias entre pacientes “difíciles” y pacientes “más normales”, sin embargo todos aquellos que acuden a la clínica, lo hacen con algún dolor, lo diferente en todo caso será la manera de abordar ese dolor. Por tal motivo considero de gran importancia brindar escucha a aquellos casos que no suelen ser de motivos “comunes”.

Como analista se tiene una posición ética entorno a la clínica y como correspondencia a la comunidad, por lo que atender las necesidades terapéuticas genera más estudios que son pilares para el avance el psicoanálisis actual.

En el caso en particular, en el que se aborda la psicosis, se trata de dar el lugar al discurso del paciente “difícil” con la misma ética que cualquier otro paciente y afrontar las dificultades particulares del tratamiento. Planteándonos los problemas de erotomanía que se desarrollan en este caso en particular, se tomará el punto humano que los pacientes con psicosis no dejan de tener.

Desde lo subjetivo que es el amor, el amor transferencial se constatará que es posible lograr avances significativos utilizando la técnica psicoanalítica en casos con regresiones severas y desorganizaciones graves.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Concepción de psicosis desde Freud

La psicosis en Freud comienza a forjarse en 1894, en su escrito “las neuropsicosis de defensa” se expondrá que propiamente en la psicosis habrá algo, una idea que no será tolerada y que por lo mismo será *repudiada* y en 1984 en “Nuevas observaciones sobre psiconeurosis de defensa” dirá que con este repudio se dará como mecanismo defensivo en la psicosis, *la proyección*.

“Nos muestra que tanto en la paranoia como en las neurosis, por ejemplo, la obsesiva, la represión afecta a una experiencia sexual infantil, pero en la paranoia falla la represión del autoreproche inicial y la formación del primer síntoma de defensa contra el mismo que es la desconfianza hacia sí mismo. Esta autodesconfianza justifica el autoreproche y el estímulo de su conciencia moral excesiva, obtenida en el momento de salud aparente, le sirve como protección contra las ideas obsesivas que retornan en contenido a los autoreproches deformados. En la paranoia, en cambio, el autoreproche se “reprime proyectivamente”, lo cual implica desconfianza hacia otras personan y no hacia sí mismo”(Szpilka, 1983).

En 1911 con su publicación del caso Schreber, dirá que lo que está detrás de la neurosis o la psicosis será lo mismo, pero lo que se diferenciará será la manera en que se enfrenta, que en este punto el momento edipico y su pasaje por el estará el punto de anclaje a neurosis o psicosis, ya que para Freud no hay problemas preedipicos que entren en conflicto en la psicosis.

Junto con la gran importancia que se plantea en el Edipo, se encuentra el narcisismo en la teoría freudiana y en 1914 en “Introducción al narcisismo” dirá que se designa narcisismo a “Aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual” y continua diciendo que “no sería una perversión, sino el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo” (Freud, 1914).

Ya desde el caso Schreber, lo había propuesto como esa fase entre el autoerotismo y el amor objetal (Laplanche, 1996) en “Introducción al narcisismo” es en respuesta a aspectos homosexuales aspecto también ya manejado con Shreber en donde plantea que el sujeto retorna a esta fase para evitar la pulsión homosexual y la angustia de castración que se generaría. “La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo” (Freud, 1914) que en la *parafrenia* “parecen haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero sin sustituirlas por otras en sus fantasías” (Freud, 1914) y es aquí cuando propone a el delirio como un intento de autocuración, como ese destino de aquella libido sustraída, a manera de reconexión con la realidad externa.

Hasta aquí en la psicosis la falla se da en la represión primaria, con lo cual quedará fijado en el narcisismo y lo que se inhabilitó internamente retornara desde afuera.

En 1923 en “Neurosis y psicosis” dirá que en las “neurosis narcisistas” en conflicto estará entre el yo y el superyo y específicamente en la psicosis se encontrará entre el yo y la realidad. Y aquellas producciones delirantes son *parche* a lo doloroso que causó el conflicto, substituyendo aquello desmentido de la realidad que el neurótico reprimió.

Para el año 1938 su posición frente a la psicosis no varía mucho, “La ocasión para el estallido de una psicosis es que la realidad objetiva se haya vuelto insoportablemente dolorosa, o bien que

las pulsiones hayan cobrado un refuerzo extraordinario, lo cual a raíz de las demandas rivales del ello y el mundo exterior, no puede menos que producir el mismo efecto en el yo” (Freud, 1938) el aspecto de *frustración* está presente y lo que interviene es la manera de sobrellevarla.

2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PSICOSIS EN LACAN

Lacan dice: “la condición del sujeto S (neurosis o psicosis) depende de lo que tiene lugar en el Otro A. Lo que tiene lugar allí es articulado como un discurso (el inconsciente es el discurso del Otro)” (Lacan, 1957). Es decir habrá distintas maneras de lidiar con el Otro, estas diferencias en el mecanismo psíquico que se establece en la psicosis será distinto a la represión neurótica, la cual, no es solo un mecanismo defensivo, en la que se efectúa una separación de la idea y el afecto con el fin de evitar representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) que pudieran ser origen de displacer, sino también, como represión originaria estaría en la división de lo que es consciente y lo que es inconsciente, es decir estaría dentro de la estructuración misma del sujeto.

Una de las primeras propuestas por Freud análogas a la represión para la psicosis, será lo que llamara como “rechazo” en donde no se separara la idea del afecto para que esto no llegue a la conciencia, sino, que rechaza a ambas y lo que rechaza no provendrá de una “realidad psíquica” sino de una “realidad externa”.

Verwerfung “forclusion” será el concepto que elaborara Lacan para discriminar el mecanismo de la psicosis a la neurosis. Como primer momento llamara a este proceso “abolición simbólica”. Antes de un retorno de lo reprimido (un síntoma) es necesaria esa represión originaria que involucra una admisión de representaciones, una *Bejahung* primordial que delimita lo real y la realidad, en donde lo real será aquello no simbolizado, lo excluido del yo, lo no admitido por la *Bejahung*. “Lo que queda preso de la *Verwerfung*, lo que queda fuera de la simbolización general que estructura al sujeto vuelve desde afuera” (S. Freud, 1910), desde lo real, en formas de delirios o alucinaciones.

“Allí donde ocurre una *Verwerfung*, el sujeto no está; aquello que es objeto de tal proceso, queda fuera del campo de la palabra” (S. Aparicio, 1984).

¿En qué momento de la estructuración del sujeto se localiza esta función constitutiva simbólica que nos guiaría por una *Bejahung* o una *Verwerfung*? Para contestar esta pregunta, tendremos que remitirnos a desmenuzar distintos conceptos de los que Lacan utilizó, para articular sus propuestas en cuanto las estructuras subjetivas.

El concepto de estructura en Lacan, es con base a el lugar o posición que puedan ser ocupados y estos movimientos de lugares o posiciones se describen en los tiempos del Edipo Lacaniano que estructuran subjetivamente; dichos lugares a ocupar se moverán en relación con el *falo*.

El falo es el significante tanto de una *falta* como del *deseo*, “el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante” (Lacan, 1962), a lo cual tendríamos que puntualizar lo que el significante para Lacan tendrá de diferencias, a lo que comúnmente encontramos en la lingüística en especial de F. Saussure de quien hace lecturas, para el cual el significante es una imagen acústica que significa un significado; tanto el significado y el significante son independientes pero Lacan da la primacía a el significante, del cual dirá que está, para que por medio de él se inscriba algo que es de otro orden en una ausencia por su capacidad de poder tener distintos significados y poder ser tachado, anulado, removido de su función como significante, pudiendo ser reemplazado por otro significante.

“la única condición que caracteriza a algo como significante es, para Lacan, que éste inscrito en un sistema en el que adquiere valor exclusivamente en virtud de su diferencia con los otros elementos de sistema. Es esta naturaleza diferencial del significante lo que implica que nunca pueda tener sentido univoco o fijo; su sentido varía según la posición que ocupa en la estructura” (Evans, 2007).

Propiamente desde el Edipo, se desarrollara la construcción del sujeto en cuanto su palabra que estará en relación con un tercero que produce significación.

En el primer tiempo en el que el niño se identifica con el deseo de la madre en espejo; estarán el niño y la madre como personajes con posiciones por ocupar en referencia al falo, este falo que estará como articulador fundamental por estar inmerso en la cultura, es decir por medio de la metáfora paterna en donde la significación del falo se evoca en lo imaginario.

La madre estará en ese lugar necesario, pero a la vez prohibido, será simbólica en el sentido de que desea y por lo tanto tuvo que haber una falta en ella que el niño puede apreciar en ese *For Da* descrito por Freud. Cuando la madre coloca al hijo en el lugar de la falta con la ecuación pene-hijo es cuando el hijo tiene valor equivalente de falo (significante de la falta). Es porque la madre está en falta que el hijo puede significar el falo. En este punto el deseo de la madre es la ley del hijo. “el niño es tomado como una metonimia del deseo del falo de la madre no significa que sea metonímico como falóforo, implica, por el contrario, que es metonímico como totalidad” (Lacan, 1957), el niño desea ser ese deseo de la madre, y en tanto está en esa posición es un objeto de deseo, posición que dirá Lacan que será súbdito de aquella ley materna.

Lo que dará paso a esa salida de súbdito tendrá que ser una privación a la madre, que esta madre deje de ser esa ley absoluta, que la madre ya no pueda satisfacerse sola por su deseo sino que dependa de Otro a la que esté sujeta, una ley absoluta más allá de la madre. El padre tendrá que intervenir como mensaje para la madre, “no integrarás tu producto” y al hijo “no te acostarás con tu madre”, así el padre es el falo omnipotente que puede privar a la madre, esta ya es algo imposible de completar, ya que lo que desea la madre ya no estará a disposición suya. Si ya el falo es alguien más, es la interdicción paterna quien en este

momento funge como falo absoluto, al hijo se le abre la opción de identificarse con aquel que si lo es, con la posibilidad de convertirse en otra cosa. Se dará la posibilidad de pasar de una omnipotencia a la potencia en el sentido de asumir que algo se puede perder; Todo esto gracias a la castración que se da de forma imaginaria y se vuelve efectiva como simbólica, la cual posibilita el deseo y el deseo será siempre de otra cosa.

El padre tendrá que aparecer, no como el que es el falo, sino el que tiene el falo, abriendo la posibilidad a poder tenerlo, es decir, el falo ya estará circulando y si hay esta circulación del falo es porque el padre será quien enuncie la ley en *Nombre del Padre* como significante que sustituye metafóricamente al deseo materno, deja de ser la ley absoluta, solo la anuncia. Por lo tanto, el falo deja de ser imaginario en relación a la madre, para pasar a ser falo simbólico en relación al padre.

Lo que estará en problemática en la psicosis es la relación del significante y la capacidad para permitir la metáfora paterna, “es la metáfora fundamental de la que dependen todas las significaciones: por esta razón, toda significación es fálica. Si el Nombre del Padre está forcluido, no puede haber metáfora paterna y por lo tanto tampoco ninguna significación fálica” (Evans, 2007) es decir, un significante puede ser forcluido pero el asunto en la psicosis se verá en la forclusion específica del Nombre de padre. “la falta que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis” (Lacan, 1957).

“El estallido psicótico viene a producir fragmentos del soporte material de la palabra, el significante... frente a estos fenómenos puramente disolutivos de la estructura hablada del paciente el psicótico reacciona con un esfuerzo interpretativo y resolutivo que configura el delirio de significado” (Colina, 2001). Si en la *bejahung*, en esta simbolización, el sujeto formó su mundo, aquello forcluido aparece en forma de delirios.

2.3. LA EROTOMANÍA Y SUS DELIRIOS

En el estudio de las psicosis encontramos controversias en cuanto al manejo clínico, con Jacques Lacan la clínica de la psicosis comenzó a gestarse con un poco más de forma para el campo psicoanalítico, siendo un caso de erotomanía los inicios de los estudios de Lacan quien retorna a Freud quien inicia sus estudios sobre psicosis con un paciente que a la par presenta delirios erotomanía; y es que el amor está ligado a la locura.

En un inicio no había una diferenciación entre la erotomanía y la ninfomanía, fue Esquirol de quien parte con mas forma la conceptualización de la Erotomanía; poniendo como distinción un carácter “casto” en el amor del erotómano, a diferencia de la ninfomanía que accedía a los deseos, con aspectos eróticos y de excitación sexual. “la locura del amor no respeta ni a sabios ni a locos, es un juguete de la imaginación” (Esquirol, 1838) y le da el estatuto de un mal mental.

“Locuras razonantes” que desde Sériux y Capgrás expondrán la erotomanía como un “delirio de interpretación” diferenciando estos “delirios pasionales” de los “delirios persecutorios” por su formación en forma de “red” y no seccionados; es decir, se encuentra en una necesidad de explicar y descifrar todo creando una red de significaciones interpretando todo signo percibido en la realidad.

Por su parte Emil Kraepelin realiza una división de los fenómenos en la paranoia y como “subtipos clínicos” presenta a los delirios de erotomanía, los megalomaniacos, los inventores, los profetas y santos y la hipocondría. teniendo como trastornos primarios a los celos, la grandiosidad y de persecución (Bellomo, 2012).

Lacan desde el estudio de los fenómenos elementales inicia la conceptualización de la paranoia, entendiendo como elemental aquellos síntomas que exponían la esencia de

la psicosis, que desataban reacciones secundarias basadas en deducciones racionales o mecanismos como lo son el delirio y la alucinación.

Laségues en 1852 pone como punto aparte el delirio de la alucinación y sobre él, en su descripción de “delirio de persecución” dice que como primer momento hay una inquietud que provoca en el sujeto la racionalización de que algo del exterior le causa daño, por lo que buscará a toda medida explicárselo. Aquello que provoca el malestar primario tendrá que ver con el fenómeno elemental, que será de un valor subjetivo (Matilla, 2008).

Otro autor que expone como secundario el delirio, es Clérambault quien coloca al “automatismo” como fenómeno elemental del cual se podrían desprender diferentes formas de delirios y el define al automatismo mental como:

“Un proceso primitivo susceptible de subsistir durante un lapso prolongado, o indefinidamente, en un estadio puro él solo, no es suficiente para engendrar la idea de persecución, la idea de persecución, cuando se produce es secundaria; ella resulta a la vez de un ensayo de explicación y de una predisposición hostil” (Matilla, 2008). Lacan dirá que el delirio es en sí un fenómeno elemental, oponiéndose a Clérambault quien los posiciona como efectos de los fenómenos elementales.

Lacan verá a los fenómenos elementales como un equivalente en la psicosis de lo que las formaciones del inconsciente lo son en la neurosis, según Jacques-Alain Miller (2005); y si *el delirio es un fenómeno elemental y tiene la misma estructura que el fenómeno elemental* entonces estará articulado como un lenguaje.

En las formaciones del Inconsciente *el significante representa al sujeto para otro significante* y en el fenómeno elemental *se representa algo pero no se sabe bien que para*

alguien, el sujeto. Y es esta falla de vinculación entre significantes la que frena el devenir sujeto.

Miller (2005) propone al delirio como una significación en pausa, una *metonimia inmóvil*, una *metáfora impotente y reiterativa* con el efecto en Biombo que menciona Lacan, ya que con el vacío que deja la no significación se *absorbe en una estructura imaginaria*. Y desde esta estructura imaginaria es que Lacan menciona en sus escritos que “El delirio es una interpretación” (Lacan, 1957/2009), será la interpretación de ese saber, será la interpretación de la formación elemental con efecto reiterativo o de biombo, ese a-a’ Lacaniano.

“La ausencia folclusiva del Nombre del Padre no supone de ningún modo la inexistencia de la falta en el Otro, sino que deja a esa falta al desnudo de un significante que la signifique con la marca de la castración. el psicótico se aliena a un Otro sin metáfora fálica, y es una significación delirante la que deberá advenir al lugar de un nombre ausente. Un amor pasional puede inundar ese punto donde la angustia haría su aparición” (Chorne y Dessal, 1988).

Desde este punto la erotomanía implica un delirio sistematizado de “ser amado” Freud llamaba a la psicosis “neurosis narcisistas” remarcando la importancia de este, y en la paranoia el delirio erotómano es la maniobra narcisista con la cual intentara realizar el acercamiento a eso repudiado, ese otro.

Lacan se cuestionó sobre el papel del amor en la psicosis y para el si hay amor en la psicosis, solo que es un amor muerto. “Amar es ante todo querer ser amado, y uno sacrifica a su subjetividad para hacerse objeto del otro en el amor...hay poca diferencia entre el amor y la erotomanía. Con la salvedad de que el “fallo” del Otro producido por el narcisismo presenta consecuencias más o menos radicales” (Miller, 2008).

Y si la transferencia es una forma de amor a manera de desplazamiento, se abre la posibilidad de trabajo analítico, empero la transferencia es distinta a la presentada en las neurosis. “en ese punto la psicosis convoca la capacidad de invención del analista, para posibilitar y hacer eficaz ese desplazamiento y permitir que, en ella, el amor sea “posible”, es decir ya no amor muerto, sino variable para el sujeto y su entorno” (Idem, 2008).

2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL DELIRIO EROTÓMANO

“El diván del psicoanalista es el único lugar
donde el contrato social autoriza explícitamente una
búsqueda -aunque sea privada- del amor”

Julia Kristeva.

Podremos encontrar en la psicosis esquizofrénica paranoide el delirio erotomaniaco o síndrome de Clerambult observando la sistematización delirante entorno a un amor platónico, un amor-odio de un ser perseguidor, un aislamiento social e inhibiciones sexuales entre otras expresiones.

Suele presentarse con mayor frecuencia en pacientes femeninos en quienes su interés y su atención se centra a interpretar erróneamente los signos que recibe de un ser que suele ser mayor y generalmente se encuentra en posiciones sociales altamente valoradas como lo son los médicos.

Tratan de compensar su sentimiento de inferioridad y a menudo la frustración da pie a celos que generan nuevos personajes que se entrometen entre la paciente y su enamorado.

Para Lacan la erotomanía no tiene que ver con la homosexualidad sino con una regresión

tópica a la fase del espejo, en la que el otro es reducido a la propia imagen especular (S. Aparicio, 1998).

La identificación con otro (del espejo) que da la impresión de estar completo aunque el sentir es de estar desfragmentado, ese otro imaginario que da paso al yo-ideal unido al narcisismo, aquella identificación imaginaria “suelda nuestra imagen y la designa como nuestra” (Leader, 2009) una vez que aparezca un tercero; “si nuestro mundo se limita a nosotros y a nuestro reflejo, quedaremos atrapados en una batalla interminable, sin otra opción que la de anular al otro o a nosotros mismos” (Idem, 2009).

La erotomanía se presenta como una pasión solitaria que se toma por una pasión entre dos. Es la construcción delirante de una pareja de la que el erotómano es el único miembro (Assoun, 2005).

Dentro del espacio analítico se vive una realidad que se actualiza momento a momento según el trabajo se valla dirigiendo sesión a sesión; es por eso que aquello que afuera manifiesta el paciente puede llegar a vivirse por medio de la transferencia.

Lo que afuera vive, a dentro re-vive con la oportunidad de crear un nuevo sentido.

2.5. LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS

En la clínica psicoanalítica de las psicosis “un saber hacer con lo real” es de gran relevancia y como en toda clínica se tendrá que generar un encuentro entre el decir y la escucha. En donde lo que falta es el orden simbólico, el goce real esta en su apogeo, la posición de analista tendrá dirigirse hacia intervenciones que apunten a ser una especie de “prótesis de la prohibición faltante” al mismo tiempo que se es testigo de los saberes traídos al espacio analítico (Soler, 1991).

“Es un decir en el que el analista se hace guardián de los límites del goce... el analista no puede hacerlo sino sosteniendo la única función que queda: hacer de límite de goce, esto es, la de la significación ideal, único elemento simbólico que, a falta de la ley paterna, puede constituir una barrera al goce. El analista cuando se sirve de este significante... se lo toma al psicótico mismo; el analista no hace otra cosa que apuntalar la posición del mismo sujeto, que no tiene más solución que tomar él mismo a su cargo la regulación del goce” (Soler, 1991).

El paciente no demanda ser “curado” o despojado de su locura, el paciente demanda una escucha por lo que “ofrecer presencia atenta y silenciosa” es una clase de dirección a la cura de un paciente psicótico.

La paranoia asusta al paciente, los sentimientos de culpa inconscientes lo torturan y le enoja su falta de control ante la situación que vive, no demanda que su delirio sea entendido.

Martín Alomo (2009) cita a Gabriel Lombardi “El psicótico... exige... la más estricta sumisión a sus posición propiamente subjetivas como precio para dejar al analista ingresar en su fortaleza. Entonces tal vez quiera desplegar la textura de su síntoma en el decir, abrir algunas de sus puertas” (Lombardi, 1999).

El paciente buscara primero tener confianza en aquel que escucha, ya que el paciente podría ver como un signo en su contra algún acto del analista, la puntualidad, consistencia y honestidad con el paciente es de vital importancia para el óptimo desarrollo del tratamiento.

La “docilidad del analista” y la “presencia atenta y silenciosa” no excluye los señalamientos pertinentes, el trabajo “secretarial”, la devolución del dictado que el paciente

nos pide que escribamos. “el sujeto psicótico no es sujeto inocente. Sobre la base de sus procesos elementales el sujeto puede no querer hablar de ciertas cosas y obrar con astucia para no tener que decir lo que no quiere” (Eric Laurent).

El analista calla y se vuelve depositario, no se está en búsqueda de una normalización o ajuste de la vida del paciente, no se está en búsqueda de la historia del paciente. Es frecuente que los pacientes lleguen a un punto donde mamá, papá, hermanos y aquellos días del pasado lleguen al relato del paciente en sesión y si no es así se llega a cuestionar, sin embargo, tal como Erick Laurent dice: “Resulta inútil recordarle a un sujeto psicótico la interpretación de su historia en tanto que ya no hay más historia en el momento en que el sujeto entra en la psicosis”.

Hugo Svetliza dijo en 1995, *“hoy yo afirmaría que en la psicosis no hay transferencia desde el registro Simbólico pero sí que la emergencia del significante en lo Real se transfiere sobre el analista lo cual genera un particular lazo entre ambos, transferencia en lo Real donde se muestra la insensatez del significante, la prevalencia del objeto a voz proveniente de otro gozador o bien la trama delirante difícil de soportar para el analista: la cuestión es que algo se transfiere”*

Desde el lugar de semblante, el analista escucha y en un “como si”, en el que como si fuéramos “a” y como si tuviéramos “el saber” y esto variando en distintos tiempos.

“El psicótico no pierde su relación con la realidad, sino con la ética que domina esa realidad. En otras palabras, no deja de saber que él es él, deja de saber si es hermoso, terrible o deleznable que él sea él” (González, 2008).

2.5.1. Efectos invasivos de la transferencia

“Toda solución del sujeto, del más sano al más loco, es por lo tanto, una solución de amor”
(Lopez-Andrade, 2008).

“Instalado en una posición, el analista se hace susceptible de ser situado, cercado, acaparado: estar dispuesto a ser investido como una madre arcaica bajo un influencia tan amorosa como mortífera” (Kristeva, 2013) Si la clínica de la psicosis es una clínica del goce, se buscará por medio de la transferencia, la redistribución del goce que encuentra en el delirio.

“El amor de transferencia es una dinámica entre tres: el sujeto (el analizado), su objeto de amor imaginario o real (el otro con el que se desarrolla todo el drama intersubjetivo de la neurosis o, más grave, de la ruina de identidad que conduce a la psicosis) y el tercero, el lugarteniente del ideal potencial, el poder posible. Ese lugar del Otero lo ocupa el analista, sujeto que supuestamente sabe -y sabe amar-, por lo que se va a convertir, en la terapia, en el amado supremo y el agredido predilecto”
(Kristeva, 2013).

En la psicosis, el amor como una manera de intentar acercarse a otro y con ello distinguir su individualidad falla, por lo que la disposición de amar por parte del analista prestara las barreras para una *formación de canaletas* donde el goce circule distinto.

“el amor de contratransferencia es mi capacidad de ponerme en su lugar: de mirar, de soñar; de sufrir como si fuera ella, como si fuera él. Fugaces momentos de identificación. fusiones provisionales y sin embargo efectivas. Fructíferos destellos de la armonía. Con la condición de que me aleje. Me dejan el sentimiento, no de la oblación, del perdón, de la piedad, de la compasión o de la claridad; sino el de la intensa adhesión que suscita la

aparición, en sueños, de alguien a quien se ha amado y odiado y del que durante el día se esta despegado, con ese desapego dominante que permite todavía amar, pero ya no odiar. Un amor generoso: un poco pasado pero nunca caduco. Siempre lleno de regresión y de cierta distancia“ (Kristeva, 2013).

Al hablar del amor a los pacientes Julia Kristeva se posiciona en ese lugar del “como si” en donde de cierta manera mueres para ser, para ser analista; “El loco no es dueño de su cuerpo sino lo entrega al Otro” (Braunstein,2006) en un lugar del “como si” que acepta el cuerpo del loco por el que grita y solo entonces se permite escuchar el ensalmo que mencionaba Freud en su escrito Tratamiento psíquico (tratamiento del alma) de 1890:

“Las palabras son, sin dudas, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre otros; las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto mas aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos”.

Continuando con “La conjunción de estima exclusiva y obediencia crédula pertenece, en general, a los rasgos característicos del amor” (Idem, 1890) por lo que diríamos que primero es posicionarse en la escucha analítica en donde el deseo del analista esté para recibir los efectos invasivos de la transferencia que dan lugar a una posible y distinta escritura.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

Método de intervención y psicoanalítica se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa constatando las siguientes características:

- Investigación cualitativa:

Método de investigación centrado en principios fenomenológicos que buscan la comprensión y orientación de datos en deliberes subjetivos que no pueden ser generalizados y se extraen a partir de observaciones.

- Objetivo de la investigación cualitativa:

La expresión de los aspectos subjetivos como búsqueda de verdad en los casos investigados, encontrando en el sujeto las mismas fuentes de conocimiento.

- Estudio de caso psicoanalítico:

Estrategia de intervención clínica cuya función primordial es la transmisión de un saber, permitiendo indagar sobre los procesos inconscientes que guíen a una ampliación teórica-práctica del que hacer psicoanalítico.

3.1. MODELO PSICOANALÍTICO:

3.1.2. Aspectos teóricos-metodológicos

Dispositivo analítico

- Asociación libre: método utilizado en la técnica psicoanalítica que consiste en expresar sin discriminación todo pensamiento que aparezca en mente ya sea de forma espontánea o provocado por algún otro elemento.

- Atención flotante: escucha puesta por parte del analista la cual indiscriminadamente presta atención al discurso del paciente. Implica que el analista funcione desde una actividad inconsciente y constituye la contraparte de la asociación libre.
- Neutralidad: implica la actitud del analista en cuanto a características que debe poseer dentro de tratamiento; tener una posición neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, abstenerse de dar consejos y cuidar no interferir con prejuicios teóricos o de significación personal.
- Abstinencia: implica no satisfacer las demandas del paciente, con el fin de que el paciente no encuentre satisfacciones que sustituyan sus síntomas.

Encuadre

- Horarios: 5:00pm
- Frecuencias por semana: 2 al inicio del tratamiento y 1 al finalizar
- Tiempo de sesión: 45-50 minutos
- Honorarios: 100 pesos al inicio del tratamiento, 200 pesos al finalizar el tratamiento
- Posición: Frente a frente

Proceso Analítico

- Transferencia: Vehículo para la clínica psicoanalítica que surge de la vinculación afectiva de una representación a otra dentro de la relación analítica. Una repetición de lo infantil en la actualidad.
- Resistencia: Todo aquello que se opone al acceso del inconsciente, aquello que se presentan contra la presencia de actos y palabras que saldrían en asociación libre.

- **Elaboración:** Será el trabajo que realice el aparato psíquico para establecer las conexiones asociativas producidas en el psiquismo.
- **Intervención:** Procedimiento por el cual, el analista da a conocer al analizado aquello que aparece en el mismo discurso del paciente y es guiado por la atención libremente flotante del analista.

Instrumentos

- **Interpretación:** intervención de analista que tiende a exponer los contenidos latentes que se presentan por el análisis de las revelaciones verbales y actitudinales.
- **Señalamiento:** Intervención del analista que se presenta para puntualizarle al paciente la relevancia de lo que se está presentando en el discurso y que el paciente pueda con esto prestar más atención a ese punto en el discurso.
- **Confrontación:** intervención por parte del analista que apunta a poner en foco puntos contradictorios dentro del discurso del paciente, en actitudes o conductas manifiestas.
- **Construcción:** elaboración que realiza el analista del material interpretativo, designada a la reconstrucción de los aspectos fantaseados y reales de la historia infantil del paciente.

Procedimientos

- **Método de la asociación libre:** Método utilizado en la técnica psicoanalítica que consiste en expresar sin discriminación todo pensamiento que aparezca en mente ya sea de forma espontánea o provocada por algún otro elemento y está destinado a tener el mayor alcance de los procesos inconscientes.

- Formas de intervención: En la clínica psicoanalítica los instrumentos de intervención son: la interpretación, señalamientos, confrontación y construcción, todos dentro del proceso analítico con el fin de hacer consciente lo inconsciente.
- Frecuencias por semana: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.
- Honorarios: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.
- Tiempo: Constante del proceso psicoanalítico perteneciente al encuadre.
- Condiciones institucionales: Debido a que el caso se presentó en una institución educativa los periodos establecidos de vacaciones son en base al el calendario escolar.

3.1.3. TÉCNICA Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Instrumentos para recabar información:

- Ficha de identificación
- Discurso del paciente (Asociación libre)
- Viñeta clínica
- Pregunta sobre datos específicos

Instrumentos de concientización:

- Interpretación
- Señalamientos
- Confrontación
- Construcción

CAPÍTULO 4 PRESENTACIÓN DEL CASO

4.1. HISTORIAL CLÍNICO

Datos generales del paciente:

1. Nombre: L
2. Edad: 60
3. Estudios: Licenciatura
4. Sexo: Femenino
5. Ocupación: Ama de casa
6. Status Socioeconómico: Alto
7. Lugar del tratamiento: Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología UANL
8. Numero de entrevistas: 4

Descripción de paciente:

Paciente del sexo femenino, de una complexión delgada y altura mayor a la del promedio, de tez blanca y cabello blanco de canas que lleva con un corte medio.

Tiene ojos color miel claro, usa lentes y viste de manera casual, siempre con pantalón de mezclilla, mocasines y blusa con un suéter. Se presenta sin ningún daño orgánico aparente. La paciente se muestra desubicada y con mucha angustia, suele ser puntual en sus citas y constante.

4. 2. RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

El presente caso es de una paciente de sexo femenino que presenta delirios erotomaniacos con una estructura paranoide, durante el tratamiento tuvo diversos niveles de desorganización llegando a presentar alucinaciones y severas regresiones.

De 60 años de edad, la paciente llega a consulta y el motivo que expone es que acude para tomar una decisión, dejar definitivamente a su marido, es decir divorciarse e irse de la casa o perdonarlo y quedarse con él.

Relata que su marido le fue infiel muchas veces y que sospecha que tiene un hijo fuera del matrimonio, por lo cual ella toma nota de cada pequeño detalle que le parecen sospechosos, como llamadas erróneas, recibos que llegan a su casa equivocados, cuando el marido da vuelta en una cuadra equivocada, etc. Esos son signos para ella, que la acercan a la confirmación de la existencia de un hijo fuera de su matrimonio; la búsqueda de estos detalles se agrandan a mitad de tratamiento y poco a poco van bajando, empero no desaparece.

En la primera entrevista se encuentra muy ansiosa y dice que ya anteriormente había acudido con un terapeuta, pero al final no le pareció su actitud ya que el terapeuta le recomendaba serle infiel a su esposo y esto para ella era impensable, porque siempre había sido muy católica y se rige bajo las leyes de la iglesia que le dictan que eso no es posible, ya que Dios está observando siempre y ella se casó para toda la vida. Sin embargo hubo momentos en el proceso analítico en que menciona estar arrepentida de no haber accedido a varias propuestas que le hicieron, pero que ella sabía que no quería, porque las consecuencias serían que llegarían las esposas de aquellos con los que fue infiel y les gritarían a sus hijas que ella era una puta.

Durante todo el tratamiento se habló de “las putas” de su esposo, sobre quienes eran, que hacían, y sobre cuál de ellas era la posible madre de aquél otro hijo y de cómo eran en comparación de ella. Decía que no sabía por qué él había caído tan bajo, andando con “prietas y chaparras de bajo nivel” que no eran tan inteligentes como ella y que eran simples enfermeras y putas, a diferencia de ella, quien se describe como inteligente, alta y de gran categoría.

Al igual que la búsqueda de signos sobre la existencia de un hijo por parte de su esposo, estaban los detalles que encontraba a diario de una “nueva puta” del esposo y al momento en que encontraba algún indicio o nombre, la investigaba y anotaba cada detalle para poder tener una “base de datos”, en dos ocasiones llegó a encontrarse con ellas para decirles que ella era la esposa y cuestionarles las actitudes de su esposo.

Durante las primeras sesiones, la paciente relataba constantemente su temor de que el esposo le causara daño, diciendo que años atrás, había tenido una operación de apéndice y que ella había visto como el esposo, quien es doctor, le había removido su intestinos y temía por su vida.

Tiempo después ya no temía por su esposo, ahora eran unos vecinos a quienes ella se refiere como “los rateros” de quienes ella tenía la certeza de que le habían robado, ahora querían hacerle daño porque ya la habían estado monitoreando, interviniendo sus llamadas y difamando con los otros vecinos; ella sabía que ellos andaban “en malos pasos” porque veía como protegían su casa y muchos carros sospechosos. En una ocasión relato que había encontrado un cartucho de bala en su porche y que pensó que en cualquier momento pasaría una patrulla y la balacearían.

Otro conflicto muy marcado lo tenía con su hija la mediana de 27 años, quien tiene su mismo nombre y su nieta hija de la misma, con quienes vive en la misma casa junto con su esposo; el conflicto con la hija es porque dice que no le hace caso por tener chantajeado a su esposo, refiriendo que “ella algo le sabe” y creyendo que ella le oculta la identidad de su otro hijo y por ese motivo él “siempre está de su lado” y nunca le dan su lugar, siempre todos están en su contra y tienen más poder con su esposo, incluso la nieta.

Cuando los conflictos de las putas se calma y los de la hija y nieta, siempre está el conflicto de “la quincena” el cual es el pago que le da su marido cada mitad de mes porque es “lo que se merece” y que constantemente llega siempre impuntual.

La paciente presenta dificultades para dormir desde hace años, por lo que toma *Tafil* cada noche, al igual que gotas ansiolíticas recetadas por el esposo cuando se siente muy nerviosa y con miedo, generalmente después de cualquier intervención médica, ya sea odontológica o chequeo de rutina ya que los distintos procedimientos médicos suelen desorganizar a la paciente refiriéndose a que siente que “le movieron cosas”.

La paciente presentó *Meningitis*, la cual refiere que se originó a raíz de un fuerte golpe por parte del esposo; tiene una válvula en el cerebro que pasa por su cuello de la cual se queja de dolores. Presenta constantemente preocupaciones sobre su salud que podrían llegar a ser de género psicosomático.

Al finalizar, al momento de la conclusión del tratamiento su grado de desorganización bajó y la paciente comenzó a dudar de algunas situaciones que ella creía como certezas.

El tratamiento en cuestiones transferenciales fueron de gran dificultad, contratransferencialmente había malestares físicos alrededor de los ojos. La paciente presentaba grandes conflictos alrededor de la mirada, se refería al esposo como “un gran ojo observador” y su tratamiento fue siempre cara a cara porque *no podía no verme* y llegando a consulta no comenzaba sin antes ponerse sus lentes, diciendo que eran importante verme bien, constantemente preguntaba tanto al esposo como a mí, ¿cómo me ves? y en su última sesión comenzó diciendo “con la novedad de que Dios nunca parpadea”.

Concluyó el tratamiento desprendiéndose de un amuleto que me regaló, del cual aseguró certeramente de su funcionamiento en cuanto a peticiones y relatando la buena relación que tenía con Dios.

ESTRATEGIAS PERTINENTES PARA EL ABORDAJE DEL CASO

Como estrategias pertinentes desde un trabajo con enfoque clínico psicoanalítico se utilizaron en este caso: señalamientos, cuestionamientos, interpretaciones, y confrontaciones.

4.3. ESTRUCTURA SUBJETIVA

4.3.1. Contexto familiar

La paciente es la segunda de tres hermanas, ella vivía en un pueblo en donde menciona que las tres eran muy conocidas por todo el pueblo como “las hermanas”, siendo la mayor “la modelo”, la menor “la guapa” y ella como “la simpática” por lo que relata que ella se sentía como “el patito feo”.

Describe su infancia como buena, pero acepta que no recuerda mucho, solo que su papá trabajaba mucho y su mamá se hacía cargo de la casa; sin embargo su adolescencia fue difícil, tenía constantes pleitos con su mamá y su papá era muy estricto con las tres, las golpeaba si no hacían las cosas como él decía que tenían que ser.

Constantemente recibía regaños golpes y castigos por parte de su padre por los chismes que llegaban de las personas del pueblo, aun así, menciona que le gustaba hacer cosas como ir a bailes y trataban de cubrirse entre hermanas.

Actualmente vive con su esposo E, su hija mediana L y su nieta MF, la relación que tiene con los tres suele ser conflictiva la mayor parte del tiempo, con su esposo desde hace un par de años que se distanció sentimentalmente, mencionando que tiene un “divorcio sexual”, su hija L nunca le hace caso y dice que suele retarla a cada rato y de su nieta indica que ella “tiene mas poder que yo” cosa que la hace rabiar.

4.3.2. Figuras Significativas

Esposo: al momento de llegar a terapia, la paciente tiene 36 años de casada con E, quien es médico general y recientemente había sido jubilado, por lo que “regresó a casa”; E pasa días sin

hablarle y cuando lo hace pelean constantemente la paciente suele “provocarlo” constantemente pidiendo que le hable de las infidelidades que ha tenido o de hijos fuera del matrimonio.

“E” le ha sido infiel a la paciente innumerable número de veces, en una ocasión mientras estaban de viaje para aclarar los problemas matrimoniales, el le confesó algunas de sus infidelidades y ella dijo haberlo perdonado, hasta que volvió a sacar el tema él mismo, en una segunda ocasión en la que le volvió a pedir perdón, momento que dice la paciente “regreso todo y ya no puede estar en paz”.

Constantemente siente que él le quiere hacer daño, que busca hasta matarla porque no la soportaba y constantemente tiene el dilema de “divorciarse quede o no”, pero en momentos dice no hacerlo porque no quiere que otra se adueñe de lo que a ella le pertenece entre esas cosas su “quincena”, el dinero que ella le exige por ser “la esposa y madre de sus hijas”.

Las putas: todas las mujeres con las que E le fue infiel son nombradas por la paciente como “las putas”, toda enfermera que conoce es “una puta”, así como toda mujer nueva que aparece en la vida de E es nombrada como “la nueva puta” y de ellas dice “no están a mi altura, son chaparras y prietas”, “son inferiores a mí, yo aun y sin poder seguir estudiando soy mejor y más inteligente que todas ellas”.

El significante “putas” es importante para la paciente incluso desde antes de casarse, ya que al hacer su tesis de licenciatura en trabajo social, su tema era la vida de las mujeres sexoservidoras “putas”, llegando a hacer “investigación de campo” obteniendo una licencia para ello y poder ingresar a los recintos de “putas” para investigar su vida a fondo.

Y la primera pregunta que le hace a E el día en que lo conoce es ¿cuál crees que sea el motivo por el que los esposos le son infiel a sus esposas con putas? A lo que le respondió

que no sabía y ella le dice “lo que pasa es que las esposas no son tan buenas en la cama como las putas, con ellas pueden hacer lo que quieran y con las esposas no”.

Los rateros: estos son sus vecinos, cuando acude a terapia, llega mencionando que había tenido un robo hace un par de años, pero que recientemente había revivido todo ese robo, ya que señala que los rateros intervienen sus llamadas y la están observando y vigilando a todo momento y esto porque ella es la única que sabe que fueron ellos los que hicieron el robo y que andan en “malos pasos” con ayuda de policías malos que los protegen y pueden hacerle daño en cualquier instante.

Hijas: La paciente tiene tres hijas, la mayor de ellas A esta casada y tiene años viviendo en otro país, ella tiene una hija de 12 años; quien es la nieta mayor reside en México, de ella se ocupa tanto la paciente como la hija menor de la paciente llamada C quien también está casada pero no tiene hijos.

La hija mediana, llamada igual que la paciente, L tiene 27 años y su hija MF 8, con quienes vive y mantiene conflictos frecuentemente. La paciente dice de ella que es la más parecida a ella, que encuentra similitud entre la relación que ella llevaba con su mamá a la relación de su hija con ella.

Antes de tener a sus hijas, la paciente mencionó haber tenido un “aborto espontáneo” pero el bebe nació y falleció días después, era varón y tenía el mismo nombre que su esposo E.

La suegra: constantemente tenía muchas confrontaciones con ella, la describía igual que a las putas “chaparra y prieta”, decía que era una bruja en el sentido literal y que podría lastimar a muchas personas, también le adjudicaba robos de cosas cada que iba a visitarla a la casa de la paciente.

Doctor de chequeos frecuentes: con el pretexto de que tiene una válvula en el cerebro a causa de meningitis, la paciente constantemente acude a chequeos con su “doctor preferido” quien la trata bien y coquetea con ella. Describe los chequeos frecuentes con el siguiente procedimiento, ella llega, bromean, le pregunta por su vida y E y le pide que se quite la ropa para escuchar su corazón y respiración, petición que ella acata para su chequeo rutinario.

Primer psicólogo: a causa de las primeras infidelidades de E, la paciente acude a un psicólogo, quien es muy atenta con ella pero termina por dejarlo ante el consejo de él, de “venganza” para con su esposo, que ella se acostara con él o con otros hombres; dicho asunto no le parecía tan malo incluso mencionaba que en ocasiones se arrepiente de no haberse acostado con él, pero recordaba lo que la biblia dice sobre las infidelidades y sobre los compromisos que tenía que seguir como esposa y decidía olvidarse de ello; dice: “imaginaba que vendrían las hijas de aquellos hombres y me gritarían puta enfrente de mis hijas”.

El padre: siendo muy religiosa, la paciente frecuenta la iglesia constantemente, acude y ayuda a la comunidad cristiana, diariamente lee la biblia y mantiene una relación estrecha con el párroco de la iglesia que frecuenta, le cocina y atiende en todos los favores que le pide, menciona que en una ocasión en que no había dormido muy bien y andaba medicada le confesó que estaba enamorada de él.

Papá y Mamá: Su padre era siempre descrito como un médico muy serio y parecido a E, relata que era un hombre muy difícil y que pasó mucho tiempo sin hablarle por lo dificultoso que le era comunicarse con él, pero siempre lo respetaba; de su madre dice “yo era la que tenía más parecido con ella soy igual de cabrona”, su madre se dedicaba al hogar y era muy dura al momento de la crianza, solía reprenderla a golpes.

4.3.3. Estructuración Edípica

El proceso edípico vivido por la paciente se desenvuelve fijándose dentro del primer y segundo tiempo de Edipo que Lacan expone, la paciente mantiene una gran identificación con su madre y se vive como el deseo materno.

La escasa información sobre la relación que la paciente tuvo con su madre es suficiente observando la relación que ella como madre establece con su hija mediana, con quien no solo comparte el nombre sino indica es con quien tiene más similitud. A L hija no se le niega nada, se le grita sin mensaje prohibitivo; ella es quien puede ocupar lugar de “jefa”, lugar que a la paciente parecía ocupar en su constitución edípica y que ahora deja para la hija; el lugar que ahora se ocupa la paciente de conservar es aquel privilegiado que está en contacto directo con el gran Otro.

Es importante resaltar el parecido entre el padre de la paciente y el esposo E; Su esposo llega a resignificar esa figura catalogándolo de igual manera como un “gran ojo observador” que la ve y la está comparando continuamente, aquél que en muchas ocasiones le intenta hacer daño pero a quien sigue fielmente por ser el más deseado por todo el mundo y principalmente quien la eligió a ella para ser su esposa.

E no fue su primer novio antes de conocerlo salía con muchos hombres a bailes y eventos de la época, pero lo conoció y en solo dos meses se casó con él, se mudo de ciudad para comenzar su familia, aunque se fue por mucho tiempo lejos para terminar sus estudios dejándola sola en la nueva ciudad, regreso tiempo después ya con trabajo pero siempre se mantuvo ausente. La paciente menciona que todo ese tiempo le fue fiel y seguía sin cuestionamientos sus mandatos, “tenía una venda que no me podía a quitar”.

Podemos decir que se folcluye la metáfora paterna y en determinados momentos posteriormente aparecen delios de persecución, donde el esposo se convierte en el principal

perseguidor, así como fenómenos de descomposición y desplazamientos corporales, distorsión de percepción del tiempo y espacio provocados por el esposo según la certeza de la paciente.

4.3.4. Eventos traumáticos

Los siguientes eventos traumáticos serán redactados con un orden de ocurrencia para la paciente, eso no significa que de igual manera fueran relatados en terapia, sino que tuvieron ocasiones de asociación distinta y fueron entrelazándose en determinadas ocasiones que se aclararan en la construcción del caso.

El primer evento traumático fue cuando siendo adolescente, la paciente hablaba por teléfono con una de sus hermanas sobre la salida de la hermana con un muchacho, al terminar la conversación y colgar el teléfono apareció su padre y le dio una golpiza diciéndole *sonsacadora*, al relatar ese evento traumático la paciente refiere que ella sabía que la habían estado escuchando, que su padre era un “gran ojo observador”.

La muerte de su primer hijo fue para la paciente algo muy traumático porque ella “sabía que algo andaba mal con ella y el bebe” y la muerte confirmó sus presentimientos; es la primera referencia que se encuentra del discurso de la paciente sobre la distorsión corporal sentida, ya que refiere que el sentir venía de algo extraño en el interior de ella y que en una parte también adjudicó a “brujería” por parte de la suegra, quien en una ocasión le dio algo de comer que la enfermó mucho. Su hijo dejó de respirar horas después de haber nacido, lo enterraron en su pueblo natal y contantemente le reclamaba a su esposo que no haya visitado nunca la tumba.

Otro momento traumático para la paciente fue cuando los doctores le diagnosticaron meningitis, ella le adjudicó el mal a su esposo, quien días antes le había golpeado fuertemente a causa de una discusión en la que lo confrontaba por “las putas”.

Tiempo después es operada del apéndice y relata que fue en esa operación que E trato de matarla removiendo todos sus intestinos y desacomodando sus órganos, después de esa experiencia refiere que en ocasiones se confunde si es real o no, desatándose un temor mayor hacia E.

Y como eventos primordiales antes de que se desataran las crisis de mayor relevancia, encontramos el robo que la paciente adjudica a sus vecinos “los rateros”, a partir de esa ocasión que entraron a su casa robaron un par de objetos pierde relación con los de más vecinos, ya que la tachan de “loca” por acusarlos, su familia tampoco cree en sus declaraciones y comienza a tener delirios de persecución, piensa constantemente que “los rateros” la están vigilando y teme por su vida, las crisis de angustia se desatan más frecuentemente.

E le fue infiel en muchas ocasiones y la paciente lo sabia ya que el mismo se lo había revelado y le había pedido perdón, pero en la segunda ocasión fue un momento crucial a las crisis de la paciente, ya que relata que nada volvió a ser igual, “mis vendas cayeron al suelo y me convertí en Lázaro¹”.

4.4. PERFIL SUBJETIVO

Maneras de interacción: es notable resaltar que la mayoría de las relaciones interpersonales a las que refiere la paciente son conflictivas, su manera de interactuar suele ser muy hostil y es común que actué defensivamente a los acercamientos de los otros.

¹ Aquí la referencia de Lázaro es en base a la biblia, exactamente en relato en que el mismo Lázaro es resucitado por Jesús y sus vendas le son quitadas. La paciente se proyecta en esta relato.

No suele tener muchas amistades y las pocas que posee son únicamente miembros de la iglesia, habla fácilmente con gente desconocida si le es necesario obtener información que le sea útil a sus fines, pero no establece relaciones duraderas o constantes.

Identidad sexual: con más de 35 años de casada, pasa largos periodos sin tener relaciones sexuales, siendo E la única pareja sexual que ha tenido, pero en el discurso encontramos una homosexualidad latente.

Rasgos de carácter: la paciente se muestra muy exigente con todos a su alrededor, extremista y desapegada, es poco tolerante hacia los errores de los otros manejándolo con la idea de que no tendría porque haber segundas oportunidades.

Suele ser muy meticulosa, ordenada y puntual, se preocupa por mantener una imagen a la perfección.

Recursos yoicos: su constancia en la terapia deja ver su capacidad yoica la cual mantiene a la paciente en la realidad, posee buena memoria y coordinación de acción que le permite acudir a terapia sin dificultades.

Mecanismos de defensa: Proyección es el principal mecanismo defensivo utilizado por la paciente, dejando al exterior lo que de ella proviene utilizando la formación de delirios.

Características del superyó: tiene un superyó rígido que le mantiene en una posición estricta hacia cada contacto externo e interno, intenta mantener una postura exigente que no solo es hacia el exterior sino en su mayoría con ella misma.

CAPÍTULO 5

CONSTRUCCIÓN DEL CASO

“El loco ha perdido todo excepto la razón”

Gilbert K. Chesterton.

En un primer momento la paciente llega con angustias, desorientada y presentando un discurso acelerado relata los motivos que la llevaron a decidirse por acudir a terapia.

En aquel momento el discurso no paraba ya que tenia mucho que decir, en ese primer encuentro se habló de los temas que posteriormente trabajaríamos a lo largo de casi tres años. Sabía que era lo que le incomodaba y acudía en gran parte motivada por terceras personas, sabía que el problema la involucraba pero no se apropió de el motivo en el inicio.

Durante las primeras entrevistas hablaba de los temas más relevantes pues decía eran los únicos temas que necesitaba saber si iba a estar ahí como su terapeuta; el robo que había pasado, su matrimonio, las infidelidades y maltratos de su esposo. Aquellos temas tratados en la primera entrevista fueron los que nunca se dejaron de abordar en las sesiones, ya que aunque había altas y bajas en su sentir respecto a los problemas, no se logro concluir con alguna de sus problemáticas de manera “definitiva”, en parte porque eran intentos de auto curación y el tratamiento no concluyó en un fin de análisis.

Empero, en un segundo momento la paciente mostro grandes avances en la capacidad de elaboración, su angustia no estaba desmedida y fue encontrando un lugar mas estructurado en donde colocarse en referencia a su vida.

Desde los inicios del tratamiento se generó una transferencia positiva y muy fuerte a pesar de que hubo momentos de corte, uno entre el tratamiento y al final, la analista fue quien

decidió dar por concluido el trabajo analítico y por parte de la paciente no continuar con otro analista.

Para la paciente fue relativamente sencillo acudir a depositar sus angustias, años antes había acudido a terapia, pero claudicó porque el analista le decía que hacer y ella no aceptaba tales “atrevimientos”. En el presente proceso (como ella lo mencionó) el terapeuta no “la contradecía”.

Aunque un tercer momento de cierre no llegó a generarse, al momento que cortar el trabajo analítico, los delirios y angustias habían encontrado un anclaje que la orientaba a mantenerse construyendo y tomó con más dedicación el arte sublimatorio de la escritura.

5.1. “UNA DELGADA LÍNEA ENTRE HISTERIA Y PSICOSIS: EL ESTABLECIMIENTO DE UNA CERTEZA Y DELIRIOS”

“Pero el día en que esté segura de que tu mirada ausente no me inquiete ya y no me haga falta tu boca, entonces te arrojaré desde lo alto del puente de Heromes para que vayas a hacer compañía a mis collares y sortijas, como otra alhaja más, largo tiempo usada. ¡Ah, lo que es ser reina!”

Afrodita.-Pierre Louys.

Si la paciente acude a terapia es por tener como principal consternación el asunto de su matrimonio, tiene la duda de si quiere o no separarse de su esposo, sin embargo dentro de esas dudas que resaltan muy neuróticas, aparecen certezas en su discurso que movilizan la vida de la paciente.

Hoy en día es bien sabido en los andares psicoanalíticos que la estructura psicótica no tiene que encajar en estereotipos sociales marcado en respecto a la locura “extravagante”

e “inhibitoria” o “discapacitada” por tal motivo al momento de disponernos hacer un diagnóstico es importante tomar en cuenta más que el mero aspecto conductual, siendo este un caso en el que podemos apreciar la paranoia sin que sea incompatible con una vida “normal”.

Los delirios que presento en este caso, bien podrían aparecer aun en otra estructura, empero aquí expondremos el lugar que ocupa en específico para la vida de la paciente.

En sus primeras entrevistas al declarar que no sabe si se debe divorciar o no de su esposo, hace de si misma una comparación con Lázaro, personaje bíblico el cual resucita y se le caen las vendas de los ojos, con lo que puede ver lo que antes no. La paciente, quien tiene una vida “normal” casada desde los 24 años, con tres hijas y dos nietas, acude a iglesia todos los domingos y colabora con la comunidad religiosa, acude a desayunar de vez en vez con sus amigas y transcurre su vida sin mayor problema, excepto cuando un “Bep” suena y los rateros monitorean su línea telefónica y están planeando hacerle algo a ella.

En la vida “normal” de la paciente son dos las cosas que perturban su normalidad; la persecución de los rateros y el gran ojo observador de su esposo, esto tiene sus inicios en dos momentos muy marcados de quiebre.

En el orden de aparición en el discurso del tratamiento, aparece un robo que había vivido dos años atrás, la paciente relata que habían entrado a su casa y se habían llevado algo de dinero y una que otra alhaja que tenía escondidas en distintos lugares, cuando fue el robo, ella se encargo de avisar a la policía y de dar a conocer a los vecinos lo que había pasado en su casa declarando (hasta el ultimo momento del tratamiento) que ella sabia quien había hecho tal fechoría; culpando a los vecinos que se ubican enfrente de casa. Con eso muchos de los vecinos de su colonia la tacharon de “loca” y le retiraron el habla ya que menciona que no le creía ni su familia.

Sin embargo ella llega a tratamiento sin ninguna duda de que aquellos vecinos le quieren hacer daño, no sabe porque pero de repente le intervinieron el teléfono y buscaban saber todo de ella.

El segundo momento, aunque primero cronológico, fue la muerte de su primer hijo a las horas de nacido, suceso del que relata tener la certeza que fue por culpa de su suegra a quien describe como bruja y hechicera. A partir de los dos momentos de crisis se construye un delirio persecutorio y erotomaniaco.

Al perder a su hijo la paciente presenta alucinaciones y delirios, a partir de ese momento su esposo se convierte en alguien malo que quiere hacerle daño, intentando incluso matarla y removerle los órganos. El objeto amado se escinde, pasa de ser el mejor y el peor en uno mismo, y no puede alejarse de él.

Queda embarazada un año después y su hija nace con una deformación, la cual ya había “presentido”; aparecen culpas, por no haber dado un hijo varón, por haber permitido que mataran al primero y por la venganza de los aspectos que proyecta en los otros, es decir, con la culpa se crea un sentimiento de persecución.

Tras esos sucesos la paciente se muestra con insatisfacción, celos y envidia que podrían enunciar una histeria, sin embargo llega al punto paranoide de imputar al objeto de maldad y de quererle hacerle algún daño por ser ella quien es, es decir, el delirio hace su aparición y aunque en la histeria puede presentarse de igual manera un delirio parecido, aquí lo que demarca la diferencia es que no es algo temporal y se desencadena no solo por un shock emocional sino se va entretejiendo y movilizándose en base a certezas. Ella siente que su esposo la odia por no haberle dado un hijo varón, ella culpa a la madre quien siente que la odia por quedarse con él.

Años después su esposo le confiesa que le ha sido infiel, saca una lista y le va relatando como fue cada una de esas infidelidades, la paciente refiere ya haberlo sabido y que ya lo había perdonado; pero que le pidiera perdón era algo que no podía soportar. A partir de ese momento la paciente comienza a presentar una colopatía severa, comienza a ver signos de infidelidad en todas partes, placas de carros, llamadas perdidas o equivocadas, recibos que llegan a su casa erróneamente de algún vecino e incluso llega a llevar un registro del kilometraje del carro de su marido.

Fundamentación teórica:

Freud en 1894 dijo: “El ego rechaza la idea incompatible junto con el afecto asociado a ella, y se comporta como si al ego nunca se le hubiera ocurrido la idea. Pero desde ese el momento en que esto se lleva a cabo con éxito, el sujeto sufre de psicosis”.

Hay en la paciente algo que queda fuera y que comienza a perseguirla pero que tiene su origen desde ella misma; el delirio está sosteniendo algo que para la paciente sería devastador.

Sabemos que la problemática histórica se encuentra entre el tener y no tener, la paciente deambula en el ser o no ser aquel objeto que el Otro desea. “No es lo mismo identificarse con la madre que identificarse con el objeto de deseo de la madre” (Brodsky, 2011).

En el proceso vivido imaginariamente de la dialéctica edípica en donde la organización estructural se genera por el paso de ser el falo y tener el falo el primer momento “se trata de una vivencia identificatoria primordial donde el niño donde es radicalmente identificado con el único y exclusivo objeto del deseo de la madre, es decir, con el objeto de deseo del Otro y por consiguiente con su falo” (Dor, 2006).

Encontrando que:

“Cuando ese único y exclusivo” se ve cuestionado es cuando las crisis en la paciente aparecen; Hay una identificación con la madre quien ocupa el lugar del Otro, esa madre a la que ella como falo completa. hay un deseo de ser el objeto del deseo del Otro, es decir, ser el falo de la madre, el falo de ese Otro. Ella es (en su delirio) ese falo, pero en cuanto vienen a cuestionarle ese lugar “las otras putas”, se le cuestiona ser “el falo”. Es entonces cuando el delirio, la persecución, aparece. El otro es amenazante, ella es victima de aquel Otro y todo por culpa de “las otras putas”, esto por que ella no esta sosteniendo ser el falo.

Cuando Lacan nos habla de psicosis de autocastigo en su tesis nos menciona que en el caso Aimée “en cuanto a la génesis histórica de la psicosis, nuestro análisis nos ha revelado que su núcleo está en el conflicto moral... en cuanto a las ideas erotomaniacas, tienen siempre un lugar de platonismo... y que el delirio es el equivalente intencional de una pulsión agresiva insuficientemente socializada” (Lacan, 1932).

A lo largo del tratamiento la paciente va acomodándose, cambios y sucesiones que se irán dando a la par de la sistematización de su delirio. Cuando hablamos de un delirio erotomanía en esté caso, lo hago basada en la proyección un tanto o mucho agresiva de las “carencias” de quien le sirve de espejo.

Ella queda entonces como algo “perfecto” al que constantemente están comparando ya que sirve de modelo; un modelo de perfección que no refleja (desde sus proyecciones) más que una megalomanía, una excesiva manera de auto-amarse, tratando de cubrir la falta de amor exterior (es decir aquél que proviene del otro) aquél que tendría que recibir, no demandar constantemente; y no es que los personajes alrededor del cuento de la paciente fueran malos y no dieran amor, es que, ella no acepta mas que lo referente al Odio para entonces ser ella aquella perfección no valorada que va a continuar con su delirio sin movimientos en su sistematización.

Todo deseo inconsciente es puramente sexual nos dice Lacan, y la paciente no está siendo el deseo del deseo del Otro, no está siendo una puta. Lo que la paciente refleja en sus espejos proyectivos, es aquél “yo ideal”, provisto de aquellas identificaciones; ella es la puta! Y se persigue por ello. Le es amenazante, ya que eso implica a el Otro, a aquella madre amenazadora con la que se identifica y se aterroriza a la vez y la aterroriza porque en el Otro está el cuestionamiento.

Solamente siendo objeto se puede ser o creerse “perfecto” ya que el sujeto jamás lo lograría.

En los estudios de Dorian Leader sobre psicosis encontramos que hay maneras de sostener lo insostenible que da la ausencia de un tercero, los propone como problemas de triangulación en tres grupos.

“En el primero sólo están la madre y el niño como si no existiera nada más. El niño se arriesga a quedar reducido a un puro objeto para la madre. En el segundo están la madre, el niño y el objeto de interés de la madre, por lo que se crea un triángulo. El niño puede que intente llenar este espacio que cree que la satisfará. En el tercer grupo están la madre, el niño, el objeto de interés de la madre y el verdadero tercero...cada una de estas estructuras genera su propio conjunto de problemas, aunque los dos primeras son características de la psicosis” (Leader, 2011).

Otra problemática encontrada en la posición de “elegida” que adopta la paciente es que los otros que llegan a cuestionarle su lugar son amenazantes.

Por una parte los perseguidores de la paciente son “los rateros” quienes quieren hacerle daño porque ella sabe algo de ellos, el saber que la paciente tiene sobre ellos es que “andan

en malos pasos” y eso ella lo confirma por “la seguridad que hay en su casa” a diferencia de la de ella que según dice no es nada segura y si su casa no es segura es por su esposo, quien no quiere protegerla porque él la prefiere muerta, y ¿por qué su esposo la prefiere muerta? Porque ella sabe lo de las putas y su hijo fuera del matrimonio.

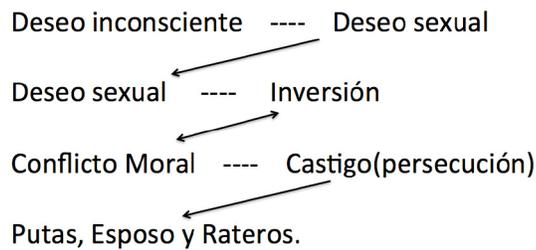
Detrás de esa sistematización se encuentra el cuestionamiento fundamental ¿qué soy ahí?

“La certeza escapa a la problemática del saber y existe a la dialéctica de la verificación. No es que excluya toda pregunta, sino más bien que las determina a todas y estas no son las mismas. En el camino de la histeria a la erotomanía, podemos destacar una notable inversión clínica en la relación al partenaire. El sujeto histérico interroga el sentido de los fenómenos, que aquí son los signos emitidos por el objeto. El sujeto erotomaniaco interroga los mismos fenómenos acerca de su desvío respecto al sentido del postulado. Uno pregunta qué quiere eso, para encontrar su ser, el otro sabe y pregunta solamente por qué eso aparece bajo formas contrarias al postulado. Por lo tanto, aquí se opone la pregunta del sujeto y la certeza del Otro” (Soler, 1988).

La paciente se pregunta si debe o no quedarse con su esposo, esta duda aparece cuando él se disculpa, cuando se muestra impotente; se pregunta que ven las otras en él. Ella es perfecta, ella no se equivoca, duda si deba quedarse con alguien que no es ese Otro.

Los momentos de desencadenamiento aparecen en problemas de significación, por estar folcluida la metáfora paterna, encontrara en su lugar un agujero que el delirio intentara parchar. “lo simbólico no consigue actuar como intermediario o dar respuesta, y la persona se siente a merced de fuerzas enigmáticas. No existe una significación que ofrezca apoyo ni un significante que la otorgue” (Leader, 2012).

El delirio quedaría sistematizado de la siguiente manera:



“El narcisismo es el amor que el sujeto experimenta por su propio cuerpo, su imagen, su yo... En la psicosis, el amor está inseparablemente ligado a la figura del ideal del yo, que cobra una fuerza tan grande que acaba por sustituir al otro real, reducido a una figura ideal” (Miller, 2008) y tal como Aimée, la misma imagen que representa su ideal es también objeto de su odio.

Freud en el análisis de un caso de paranoia escribe:

“A la frase “yo lo amo” (al varón) la contradice, El delirio de persecución, proclamado en voz alta: “Yo no lo amo-pues yo lo odio”. Esta contradicción, que es inconsciente no podría rezar de otro modo, no puede devenir consiente al paranoico en esta forma. El mecanismo de la formación de síntoma en la paranoia exige que la percepción interna, el sentimiento, sea sustituida por una percepción de afuera. Así la frase “pues yo lo odio” se muda, por proyección, en esta otra “el me odia (me persigue), lo cual me justificará después para odiarlo”. Entonces, el sentimiento inconsciente que pulsiona aparece como consecuente de una percepción exterior” (Freud, 1911).

Y continua con referente al delirio de celos: “yo no amo a las mujeres – sino que él las ama, la mujer celosa sospecha del hombre con todas las mujeres que ella misma le gustan por consecuencia de su narcisismo predisponente, devenido hiperintenso, y de su homosexualidad” (Idem, 1911).

Fragmento Viñeta: Delirio persecución

TX: ¿Y su familia como es?, ¿cómo fueron sus padres?

PX: Mi papá un hombre muy difícil, pase mucho tiempo sin hablarle... Recuerdo aquello ocasión, mis hermanas habían salido y se comunicaron conmigo por teléfono, cuando colgué me golpeo y me dijo que era una alcahueta, él estaba escuchando por teléfono, así era, como un gran ojo siempre viendo lo que hacíamos, era un gran doctor

TX: Como Enrique

PX: No. Yo era muy parecida a mi mamá, ella era igual de cabrona

Un año y meses después en sesión:

PX: Pregúntame como estoy, estoy sin hablar en la casa

TX: ¿y eso porque?

PX: Pues Enrique se enoja y me enoje, así que les dije que no hablaría si no me querían escuchar

TX: ¿y sabe porque se enoja?

PX: Fue a su clase de pintura y como L lo dejo tuve que pasar por él, se me hizo tarde buscando los lentes y cuando llegue vio el carro y se subió, había una señora que se despidió de él, él le dijo adiós, lo vi nervioso yo no le dije nada pero se que era una de sus putas

TX: o podría ser una de sus compañeras de clase

PX: Llegamos a la casa y no me aguante, le dije que ya sabia que tenia otra familia por eso le pasa todo a L, porque ella sabe algo. Que esperaba, se que cuando se muera saldrán todas sus putas a reclamar su dinero. Solo espero encontrar la prueba de su hijo para ya irme. Ya vas a empezar me dice gritando y le digo que me conteste ¿por qué se caso conmigo?, ¿qué ve?, ¿cómo soy?, ¿soy cabrona? Yo se que soy cabrona, pero solo me ve no habla, es como un gran ojo observador... ¿Tu como me ves? ¿estoy mal yo? Yo se que no estoy mal, tengo apuntado todo, esta semana llamaron dos personas que dijeron era número equivocado, sé que ya habían llamado, son sus putas, cuando las niñas estaban pequeñas también hablaron ellas, una es la puta que tiene su hijo la enfermera.

Fragmento de Viñetas: certezas

PX: “los vecinos fueron quienes robaron mi casa, todos dicen que soy una exagerada pero ellos están interviniendo mis llamadas, ello son los rateros”

PX: “Encontré una caja en el techo y estaba conectada a el teléfono, se que son ellos quienes están escuchándome siempre”

PX: “Se escucho un sonido y me asusto mucho es un “bipp”, han de tener un aparato especial”

PX: “Enrique tiene un hijo yo lo se, tiene como la edad de L y estudia medicina por esos compra tantos libros y los libros desaparecen”

PX: “Enrique sigue con putas, cuando me ve, sé que me esta comparando con sus putas”

PX: “Yo se que me quiso matar, por eso me revolvió los órganos”

PX: “Fuimos a consultar con su amigo y cuando me estaba checando le pregunte enfrente de Enrique porque daba la meningitis y él dijo que por un golpe fuerte. Hay muchas cosas que aun no te cuento, él me golpeó varias veces una de esas tantas fue antes de la válvula, estaba en la cocina, las niñas estaban pequeñas y yo le dije que no le importábamos porque nunca estaba en la casa nunca tenia vacaciones y me dio un golpe muy fuerte que me tumbó y me pegue en la cabeza cuando me caí, después me dolía mucho la cabeza y me dijeron que me pondrían esa válvula”

PX: “Siento la válvula en la cabeza, El me provocó la meningitis”

PX: “Tengo muchos días con miedos otra vez, Enrique me dio unas gotas para dormir pero no me las tome porque algo quiere hacer con esas gotas por eso me dice que me las tome”

PX: “cuando me operaron del apéndice me quede internada y conocí a la puta mayor, yo sabia que algo tramaban por que me preguntaban muchas cosas, sabían que yo era la esposa de Enrique, en la noche sentí como entraron pero no podía moverme porque estaba toda drogada, sé que enrique me quiso matar por eso me revolvió los órganos”.

5.2. AMOR MUERTO: UNA INVASIÓN TRANSFERENCIAL EN ANÁLISIS

“Ser psicoanalista es, sencillamente abrir los ojos ante la evidencia de que nada es mas disparatado que la realidad humana” (Lacan,1984).

Durante las sesiones, la paciente hacia los mismos cuestionamientos que le hacia a su esposo ¿cómo me ves?, ¿qué soy?, ¿soy su puta?; pregunta que su esposo contestaba con silencios.

Mis respuestas a ellas dependían de los afectos transferenciales en el momento ya que denotaba sus niveles de angustia y en ocasiones los silencios de mi parte no eran pertinentes, como en ciertas circunstancias con pacientes de estructura histérica aquí la demanda era otra y se trataba de encontrar un enganche estructural para “contener” sus angustias excesivas.

PX: Nos peleamos otra vez, es que no me puedo quedar callada como él ¡chingado!, le dije que lo único que hacia era hundir este matrimonio, que era un patán, no aquél caballero con quien creí casarme, le dije que me dijera que ve, como soy, yo si le digo, eres un patán, un hombre con “esclero cardio”, un cabrón

AX: ¿Esclero cardio?

PX: Si, no siente nada en el corazón, él me lo pego, es la enfermedad que va a poner de moda.

En esa sesión contratransferencialmente sentí un fuerte dolor en la parte superior de los ojos, había ocasiones en que las sesiones se llenaban de un cansancio o un sueño terrible. Es importante resaltar el lugar en el que era colocada en esas sesiones específicamente, era el esposo que no daba sus respuestas, también fue durante estas fechas, que el esposo de la paciente estaba quedándose ciego y la paciente refería que no sabían lo que tenía pero si no se cuidaba perdería la vista.

Esto me hace pensar en la intensidad transmitida por los pacientes con esta clase de estructura, en aquel amor muerto que pro-cura dar a sus objetos, en el que no puede dejar de darse incontroladamente, inundando en una nada angustiante.

PX: Siento que me movieron la mandíbula y algo de la válvula algo está mal (dice esto tocándose la cara de una manera muy angustiada)

TX: La veo a usted bien

PX: Si, tengo días sintiéndome mal, pero se me está pasando.

Esto fue después de ir con el dentista a unos empastes, en ese momento del tratamiento la paciente se encontraba en recaídas de angustias y sus delirios de persecución se habían accionado, tenía semanas sin hablarle a su esposo y decía que no tenía familia y todos estaban en su contra.

La transferencia se estableció, conforme pasaron las sesiones me fui envuelta en ese amor transferencial en donde la paciente buscaba la “no contradicción”, buscaba la escucha no una contra-dicción, ya que espejos que decían en contrario lo que en ella había de su decir, eran persecutorios.

Una contradicción de mi parte en la paciente implicaba persecución, como dice Piera Auglanier “La violencia está presente siempre que se intenta obligar al otro a compartir una verdad que no es la suya”.

PX: E dice que me llenas la cabeza de cosas y yo le digo que me dices lo que digo.

Y al finalizar la sesión, casi por salir del consultorio la paciente se acerca, me abraza inesperadamente y me dice:

PX: Gracias por no contradecirme.

Al inicio del tratamiento analítico, la escucha puesta en la paciente no estaba en un eje “psicótico”, fue solo a través del paso del tiempo en que se dio el entendimiento de que mi posición como escucha no estaba colocada conforme el discurso del paciente.

Conforme pasaron las sesiones y las lecturas fui cayendo en cuenta que el tratamiento tenía que no ser guiado, sino acompañado a una construcción creativa por parte de la paciente, creativa en cuanto a la amplitud de opciones que podría encontrar en su diario vivir.

A la hora de la sesión la paciente marca a mi teléfono celular.

PX: Hola, habla X, ¿vas a estar en el consultorio?

TX: Si, éste es el tiempo de su sesión

PX: Es que choque y voy a tardar, no traigo tanto dinero ni licencia de manejo solo tarjeta de crédito, ¿tendrás dinero que me prestes tú?

TX: ¿No ha hablado a alguno de sus familiares, a su hija o a su esposo?

PX: No, tengo una semana sin hablarles, ellos no me escuchan, ¡Ay! Pero el dentista si, es compadre vive aquí, ahorita llego al consultorio para la sesión ¿esta bien?

TX: Si, es la hora de su sesión.

Veinte minutos después la paciente llego al consultorio y se trabajó lo concerniente a la llamada y las otras opciones que ella misma encontró.

Desde que comenzó el tratamiento la paciente mencionaba como era que ella se servía de la escritura para tener pruebas de cómo había sido su vida, y fueron varias las ocasiones en que me dijo que si yo quisiera usar su historia y escribirla en mi tesis, ella estaba más que de acuerdo. Yo en esos

momentos trabajaba en otro estudio de caso que desde los inicios de mi estudio de maestría había declarado sería mi tesis; Fue al finalizar el tratamiento con la paciente y al momento de su supervisión que tome la decisión de cambiarla, para iniciar con el estudio de este caso.

En la última sesión con la paciente, ella cerro dándome un amuleto² diciéndome que éste me daría por seguro cuatro cosas:

- 1.- Encontraría el amor al juntarme con la pareja para mi.
- 2.- Mis planes y deseos laborales se generarían.
- 3.- Viajaría mucho
- 4.- Nada me causaría daños.

La paciente me estaba protegiendo y se estaba protegiendo al protegerme, en el corte del tratamiento para paciente comienza a ser posible un amor con elección a no ser amor muerto. Comienza a dar eso que no se tiene a quien no es.

Fundamentación teórica:

La transferencia puede ser entendida como un vehículo hacia la cura, Freud la trabaja en un primer momento como:

“Un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos” (Roudinesco y Plon, 1998).

Lacan siguiendo la dialéctica del lenguaje articula el concepto de transferencia con el concepto de sujeto supuesto saber, diciendo que es algo mas allá de la transferencia lo que dirigirá la

² En el apartado de Anexos se encuentra la foto de tal amuleto, imagen que considero muy significativa por el tema abordado en la tesis.

cura, no propiamente la interpretación de la transferencia, sino, en base a la articulación de la transferencia con la dialéctica de Hegeliana que refiere a un proceso en el que una tesis y una antítesis producen una síntesis, dirá que la transferencia aparecerá solo cuando esto no se lleve a cabo, cuando esta síntesis que “reabre procesos” no se da (Etchegoyen, 2005).

“El sujeto busca su certeza. Y la certeza del propio analista en lo concerniente al inconsciente no puede ser extraída del concepto transferencia” (Lacan, 1964) y continua más adelante diciendo que:

“Es preciso que hagamos surgir al campo del engaño posible... Si hay un terreno, el en discurso, en que el engaño tiene probabilidades de triunfo, su modelo es el amor. ¿Puede haber mejor manera de reafirmar el punto sobre el cual uno se engaña que la de convencer al otro de la verdad de lo que uno afirma! ¿no es ésta una estructura fundamental de la dimensión del amor, que la transferencia nos da la oportunidad de ilustrar?” (Idem, 1964).

Que se establezca la transferencia no es lo único necesario para el trabajo analítico, la manera en que se asiste a la transferencia es también una condición ineludible, el “engaño posible” tendrá que ser fuera del campo de la sugestión.

“La transferencia no es la puesta en acto de una ilusión que, según supone, nos lleva a esa identificación alienante que es la de cualquier conformación, así fuera a un modelo ideal, modelo al que ningún caso, además puede servir de soporte el analista, la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente” (Idem, 1964).

Desde ese punto se genera la creación del paciente desde una posición de analista en donde el deseo del analista en cuanto a amor, es permitir el engaño de ese supuesto saber; en ese enamoramiento, en amor-miento, “dar lo que no se tiene a quien no es”.

“El amor en la psicosis no es simplemente imaginario: es bien real y capaz de mostrarnos lo real incluido en el amor. Ese real del amor en la psicosis es sensible en su aparición como síntoma” (Miller, 2008).

CAPÍTULO 6

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

6.1. DISCUSIONES

Me quedan muchas interrogantes sobre el caso, historia familiar que no logre conocer y de la cual puedo solo estipular por “el allá y el entonces en el aquí y ahora”, sin embargo quedo satisfecha con el trabajo a lo largo de los años ya que fue de un gran aprendizaje sesión a sesión; en cuanto al aprendizaje técnico, desaprender mucho de los “se debe proceder así” aprendidos en licenciatura para cambiarlos a un manejo técnico acorde al caso que estaba escuchando.

En el aprendizaje teórico, fue enriquecedor acercarme a temas que no había profundizado con referente a la psicosis y su transferencia, la importancia del lenguaje en ella y la posición de escucha.

En cierto sentido cumplí con la función secretarial de transcribir sus palabras, su vida, ya que era uno de sus motivos para acudir a análisis, hablar su vida, que se supiera su verdad, su saber.

Tomo el presente estudio de este caso solo como el principio de uno más extenso y detallado, ya que con él inicié y concluí mis estudios de maestría, a lo largo pude crecer profesionalmente y deseo continuar haciéndolo, aumentando mi preparación para así responderme aquellas preguntas que en este caso aún me quedan sin resolver.

En mi paso por la maestría logre reafirmar mi vocación profesional y fue de gran relevancia para un crecimiento personal no solo de forma intelectual sino también de una manera emocional, sembrando la motivación para la continua preparación.

6.2. CONCLUSIONES

Como conclusiones del caso obtengo lo siguiente:

1. La importancia de la posición y la escucha analítica para el establecimiento y continuación del trabajo analítico, así como para la estabilización del paciente.
2. La relevancia de ver un caso por caso guiando la escucha por el diagnóstico estructural.
3. Delirios, certezas y síntomas no deben ser tomados como normas en el diagnóstico, sino observar que lugar ocupa en el caso particular, solo entonces abren paso al diagnóstico.
4. En presente caso lo que dio pie a la continuación del tratamiento y la estabilización de la paciente fue la apertura a la posibilidad de creación, fue importante la aparición de síntomas que anudaran y dieran a la paciente un tipo de enganche libidinal.

SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Al iniciar el tratamiento, la paciente acudía con mucha angustia, se le dificultaba dormir y tenía serios problemas con sus familiares; le atormentaba cada decisión del esposo y se sentía agredida por sus hijas.

Sus relatos solo giraban mayormente en torno a el esposo y sus infidelidades y en su búsqueda constante por la prueba definitiva de que éste tenía un hijo fuera del matrimonio, prueba que le daría la respuesta a su pregunta ¿debo o no separarme de él?

Los momentos más difíciles, hablando transferencialmente fueron aquellos en donde la persecución se presentaba en su discurso y el aspecto de la mirada hacia su aparición, momentos en los que la contratransferencia se postraba en lo real.

Conforme pasaban las sesiones la paciente iba incluyendo nuevos aspectos que permitían el movimiento en la escucha que a su vez permitía el movimiento de la propia paciente.

Durante el tratamiento se suscitaron nuevas angustias, síntomas, delirios, negaciones, proyecciones, puestas en acto y fue la escucha de esto nuevo por parte del analista y de la paciente lo que dio apertura a la posibilidad de un nuevo momento en el tratamiento de la paciente.

ANEXOS 1



“Iconografía: Por regla general, a partir del siglo XVII, se ha representado a San Antonio con el Niño Jesús en los brazos; ello se debe a un suceso que tuvo mucha difusión y que ocurrió cuando San Antonio estaba de visita en la casa de un amigo. En un momento dado, éste se asomó por la ventana y vio al santo que contemplaba, arrobado, a un niño hermosísimo y resplandeciente que sostenía en sus brazos” (SCTJM, 1996-2007).

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio, S (1984). De la Verdrängung a la Forclusión, *Revista Escansión*, Buenos Aires: Paidós.

Alvarez, J. M. (1985). Recordo por los clásicos de la paranoia y reflexiones nosológicas que este Diáman: paranoia y esquizofrenia I. *Cuadernos de Psicología*, 125-153.

Ayala, J.I. (2009). “Dejar morir la esquizofrenia”, *Revista de Psicoanálisis Me cayó el veinte*. N° 19. México.

Bellormo, L. E. (2005) La erotomanoa: expresión clínica del delirio de ser amado, “ALCMEON” Vol.12 No. 1.

Braunstein, Néstor A. (2006) El goce: un concepto lacaniano. Buenos Aires: Siglo XXI.

Brodsky, G. (2011) La liebre y el erizo: Variaciones sobre la identidad y la diferencia, “Virtualia” Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana, N° 22.

Chorney, M., & Gustavo, D. (1988). Consideraciones sobre la erotomania. *Clínica diferencial de las psicosis* (págs. 177-179). Buenos Aires: Manantial.

Colina, F. (2001). El saber del delirante, España: Síntesis.

Dor, J. (1996). La “psicosis lacaniana”. *Elementos fundamentales del abordaje lacaniano de las psicosis. XVIII*, págs. 461-476. Buenos Aires: Psicoanálisis APdeBA.

(2006). Estructuras clínicas y psicoanálisis, Buenos Aires: Amorrortu.

Evans, D. (2007). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, 1ªed 4ª reimp.- Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1984). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.

(1984). Tótem y tabú. En Sigmund Freud Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.

(1924). Neurosis y Psicosis. En Obras Completas (Vol. XIX, págs. 153-159). Buenos Aires: Amorrortu.

(1911/2004). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

(1915/2003). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En S. Freud, Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.

González, P. A. (2001). El deseo en la psicosis. Una lectura del libro 3 del Seminario de Jacques Lacan (págs. 12-21). Universidad del Valle Santiago de Cali.

Goya, A. (2006). El espectro de la muerte sobre el sujeto, “Virtualia” Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana, N° 14.

Lacan, J. (2006). Seminarios. Buenos Aires: Paidós.

(1932/2006). De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. DF: Siglo XXI.

(1953/2005). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. En J. Lacan, De los nombre del padre. Buenos Aires: Paidós.

(1962). La angustia. Capítulo I “*La angustia en la red de los significantes*”, El Seminario, Libro 10. Buenos Aires: Paidós.

(1994). Las formaciones del inconsciente. En J.-A. Miller (Ed). El seminario de Jacques Lacan (Vol. 5) Buenos Aires, Argentina: Paidós.

(2001/ 1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Escritos 1 México: Siglo Veintiuno Editores.

(2009/1984). El seminario 3 Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós.

(2009/ 1957). Tratamiento posible de la Psicosis. Escritos 2 México: Siglo Veintiuno Editores.

Laplanche, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Paidós.

Leader, D. (2009). ¿Qué es la locura? España: Sexto piso.

Matilla, K. (2008). Clínica Lacaniana de los fenomenos elementales en la paranoia: historia y teoria. *FRENIA, VIII*, 221-258.

Miller, J. A. (2008). El amor en la psicosis. México: Paidós.

Miller, J.-A. (2005). El saber delirante. Buenos Aires: Paidós.

Mira, V. (1988). Desde las psicosis: el narcisismo. *Clínica diferencial de las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Moreno, A. T. Amor, paranoia y convicción patológica. Delirios de erotomanía en vejez: a propósito de un caso. *Electrónica de psicología ICSa-UAEH, No.4, 264272.*

Sassure, F. (1998). Curso de Lingüística General. México: Fontamara.

Schatzman, M. (1999). El asesinato del alma, México: Siglo XXI.

Soler, C. (1988). Estructura y función de los fenomenos erotomaniacos de la psicosis. *Clínica diferencial de la psicosis* (págs. 206-216). Buenos Aires: Manantial.

Szpilka, J. (1983). La psicosis, de Freud a Lacan. “Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría” Vol. 3 No. 8, 35-52.

Tabares Velasquez, J. I., & Vera Quinceno, Y. (2010). El concepto de Psicosis en Freud. *Psyconex, 2 (3).*

Viviani, A. L. (s.f.). Lacan y el edipo freudiano. *Textura.*

Kristeva, Julia (2013). Historias de amor. México: Siglo XXI.

Paginas web:

SCTJM (Siervas de los Corazones Traspasados de Jesús y María)

© 1996-2007 SCTJM.

de: http://www.corazones.org/santos/antonio_padua.htm