

Ateneo  
Investigación en el Centro Liberman de APdeBA  
Perfiles subjetivos predominantes en la consulta clínica inicial

Horacio Rotemberg

### **Introducción**

*La práctica psicoanalítica institucional*  
Sensibilidad e intelecto conjugados gupalmente  
para lograr que el sufrimiento encuentre un cauce  
que libere de los traumas aún vigentes en quienes nos consultan.

*Las teorías psicoanalíticas*  
Formalizar la experiencia acumulada  
transmitirla de un modo comprensible  
en cánones que arrojen a lo humano  
en fórmulas que no oscurezcan el sentido.

*La investigación psicoanalítica*  
Si el psicoanálisis ensambla lo poético  
es ciencia y es conciencia hecha palabra.

Esperamos que estas palabras ¿poéticas? den apropiada cuenta del espíritu que nos sostiene como grupo de investigadores psicoanalíticos en el contacto clínico con el material humano que categorizamos.

### **Informe de situación**

Este informe busca compartir con los miembros de APdeBA el estado actual de un trabajo de investigación que comenzó a hacerse efectivo a mediados del año 2020. Da cuenta de una tarea de investigación clínica desarrollada en el marco del Centro Liberman.

La propuesta surgió a mis instancias en el año 2016 dentro del Departamento de Investigación del IUSAM, de cuya comisión, dirigida por la Dra. Bordone, yo era el Secretario.

El anteproyecto contó con la anuencia de la comisión directiva del C. L. coordinada por el Lic. Elvira.

La formulación del anteproyecto se incluyó en el marco de un convenio de colaboración entre el Departamento de Investigación del IUSAM y el Centro Liberman de ApdeBA, convenio destinado a propulsar propuestas de investigación desde una perspectiva psicoanalítica.

En el año 2019 el Proyecto alcanzo su forma definitiva y fue convalidado por la C.D. de ApdeBA.

La Dra Kuky Coria, nueva Directora del Departamento de Investigación, del que pasé a ser Asesor en Investigación y Psicoanálisis, contribuyó con su experiencia y asesoramiento a pulir su redacción.

La propuesta que sostiene nuestro Proyecto busca delimitar, a través de un dispositivo acorde a dicho propósito, cuales son los perfiles subjetivos predominantes en la población que consulta por asistencia psicológica en el Centro Liberman.

Esta población, en su demanda, incluye la expectativa subyacente de encontrar en los profesionales de nuestra institución, todos ellos formados psicoanalíticamente, respuestas apropiadas que mitiguen sus sufrimientos.

Para que el Centro brinde una respuesta acorde a esta demanda es conveniente delimitar cuales son las cualidades subjetivas predominantes en dicha población ya que las mismas van a incidir en los diálogos terapéuticos una vez iniciados

La necesidad de contar con tal información transforma a las entrevistas de admisión en un lugar particularmente apto para recavar los datos atinentes. Los datos que se consignan en ese espacio es la base material a investigar.

El entramado psicoanalítico de los mismos permitiría delimitar conceptualmente el tipo de estructura psíquica predominante en los consultantes.

Este hecho facilitaría concomitantemente la reflexión sobre los dispositivos institucionales que puedan contenerla y procesarla analíticamente.

### **Fundamentos de la investigación**

Para que un proyecto de investigación clínica psicoanalítica pueda concretarse es necesario cumplir al menos con las siguientes dos exigencias:

1) La primera exigencia es la de contar con un protocolo de historia clínica que sirva de referencia unificada y les permita a los distintos admisores y prestadores consignar el mismo espectro de datos, hecho que facilitaría su contrastación y tabulación.

La revisión realizada junto con el Lic. Elvira de los protocolos de historias clínicas anteriores mostraba una cierta anarquía en ese terreno.

Por ese motivo elaboramos, con la colaboración del Dr. Rimoldi, un formato de historia clínica centrada en el tipo de datos a recabar durante las primeras entrevistas. En ese formato establecimos aquellos parámetros que, de acuerdo a nuestro a nuestro entender, pudieran ser los mas apropiados para reconocer la estructura mental de los consultantes.

En el armado de este protocolo de historia clínica estaba presente la idea de contrastar la primeras impresiones diagnósticas que podía consignar el adisor<>derivador del consultante con las impresiones recogidas ulteriormente por el prestador en los encuentros preliminares al inicio del tratamiento.

En consonancia con el actual Director del C. L., el Dr. Daniel Tosso, acordamos poner a prueba, en forma acotada, dicho nuevo formato de historia clínica.

Con este fin la C. D. del Centro instituyó un primer grupo piloto de investigación dentro del Liberman.

Este grupo, coordinado por los Dres. Clein y Kargieman, está compuesto por la Lic. Silvia Ajmechet, por la Dra. Miriam Rudaeff, La lic. Paulina Goldzen, por la Lic. Betty Korsunsky, por la Lic. Norma Pampuro, por la Lic. Alicia Heffesse y por la Lic. Alicia Thompson.

El Dr. Eliseo Storani - de amplísima experiencia clínica y gestor durante su mandato en la coordinación del C. L. de una reorganización operativa del mismo - se incorporó al proyecto de investigación y al grupo piloto como Investigador Principal. Los primeros encuentros con nuestros colegas, ya en su rol de investigadores, permitieron ir estableciendo grupalmente una dinámica de trabajo productiva y placentera orientada a reflexionar sobre el material recogido por cada uno de ellos en las entrevistas iniciales realizadas con sus futuros pacientes. El encuadre de la tarea se sostuvo en una dinámica de encuentros quincenales en los que se pudo intercambiar libremente impresiones e ideas.

Las reuniones dentro de este contexto grupal han sido significativamente productivas. La Historia Clínica de referencia resultó ser una herramienta apropiada ya que permitió conformar una base común para la reflexión clínica dentro de un clima de trabajo sostenido por la pericia profesional y la bonhomía de los miembros del grupo. Cada integrante transcribió el material extraído de los intercambios iniciales con sus consultantes con agudeza clínica lo que permitió construir una mirada psicoanalítica compartida sobre los sucesos clínicos relatados.

2) La segunda exigencia para validar una investigación clínica psicoanalítica requiere, de un modo imprescindible para nuestra perspectiva, de la instrumentación de categorías metapsicológicas que ordenen teóricamente el material recogido. A tal fin establecí una tabla conformada por 10 referentes categoriales, cada uno de los cuales incluye mas de una variable posible. Estas categorías están destinadas a ordenar lo nosográfico – la dimensión fenoménica, es decir, los signos y síntomas recogidos y las impresiones contra transferenciales consignadas – desde una dimensión nosológica que, en nuestro caso, se sostiene sobre las bases conceptuales que aporta el psicoanálisis. La transposición de los rasgos fenomenológicos en referentes categoriales estructurales busca mantener viva la dramática psíquica del consultante sin mencionar datos personales que posibiliten la identificación del consultante.

Las dos exigencias se conjugan en movimientos sucesivos dentro del proceso de investigación

El primer movimiento, - la recolección de datos, lo fenoménico, realizada por los prestadores investigadores –, se articula con el segundo, - la categorización metapsicológica de los datos, realizada por el Director investigador. Esta categorización se pone a prueba en el diálogo establecido con el equipo en su conjunto.

Ambos movimientos buscan establecer una delimitación estructural psicoanalítica de la subjetividad de los consultantes.

La concepción que me orienta en la delimitación de los referentes categoriales tiene como base epistémica una concepción estructural del psiquismo.

En esta concepción el topos inconsciente se estructura psicosexualmente -tanto en su vertiente desiderativa como en la narcisista – en función de acontecimientos históricos, epigenéticos que inciden sobre el devenir subjetivo dentro de un marco vincular. Identidad y deseo pasan a ser vértices conceptuales de referencia.

En los intercambios grupales esta perspectiva estimuló la consolidación del diálogo clínico.

Desde la base epistémica por mi utilizada los perfiles subjetivos a delimitar corresponden a tres estructuras psicopatológicas cada una de las cuales está conformada por más de un cuadro clínico. Cada uno de estos tres conjuntos estructurales está condicionado por el predominio relativo de mecanismos estructurantes específicos.

En lo que sigue voy a tratar de transmitir los parámetros por mi utilizados en la delimitación de cada una de estas estructuras, las reflexiones teóricas que los sostienen y ejemplos de los resultados de la tabulación categorial realizada sobre dicha base:

a) Primer casillero diagnóstico, las psiconeurosis: de neto cuño freudiano, incluye las histerias de angustia, de conversión y la neurosis obsesiva y, necesariamente, a las estructuras caracterológicas que las sobredeterminan.

Las estructuras caracterológicas son las que nos permiten delimitar los correspondientes perfiles subjetivos.

La estructura psiconeurótica conceptualmente se sostiene en función del predominio del mecanismo de la Represión Primaria en sus tres dimensiones: funcional, estructural y orgánica ( este ordenamiento fue establecido por Guillermo Brudny) las que, en su accionar conjunto, fijan la experiencia, instauran el Prec. sobre la base del código de lenguaje y establecen los diques psíquicos. Las bases estructurales así establecidas, desde una base identitaria estabilizada, dan lugar a derivas de deseo con una potencial dimensión conflictiva.

La capacidad de simbolización alcanzada por los sujetos tributarios de esta estructura es particularmente significativa. Es la que le permitió a Freud crear el dispositivo terapéutico psicoanalítico. Los intercambios vinculares que han incidido sobre los desarrollos subjetivos dentro de este tipo de estructura facilitan climas transferenciales de trabajo en los que la reflexión analítica está facilitada. La palabra apropiada dicha en momento oportuno devela sentidos que, al hacerse conscientes, facilitan un reposicionamiento subjetivo liberador.

### **“ Perfil subjetivo tabulado concordante con el primer casillero diagnóstico”**

#### **Protocolo A6/P6**

#### **Referentes fenoménicos de las categorías subjetivas a delimitar**

##### **1) Motivaciones subjetivas que condicionan la consulta**

b) **Fracaso de un proyecto vital:** separación de una pareja de años. Vivencia de abandono.

##### **2) Formas de transmisión de la problemática subjetiva**

c) **Desbordes expresivos:** inicialmente se muestra emocionalmente desolado y confundido.

b) **Rigidez conceptual:** paulatinamente va predominando en su transmisión un estilo cerrado.

##### **3) Tipo de vínculo establecido con el profesional asignado**

d) **Dependiente:** en los momentos iniciales el vínculo es catártico, dependiente.

b) **Controlador:** intenta controlar las pautas los tiempos dentro del vínculo con su entrevistador mostrando cerrazón en sus convicciones.

#### 4) Talante predominante en el contacto personal

a) **Depresivo:** en los inicios del diálogo.

g) **Auto suficiente:** recomponiendo su auto afirmación personal en la medida que se restaña su autoestima.

#### 5) Proyectos personales

a) **Presencia de proyectos personales:** perturbados por el abandono reciente de su ex pareja. Por fuera de esa situación se siente resolutivo, eficaz, confiado en sí mismo.

#### 6) Modalidad defensiva predominante:

a) **Represión:** como sostén caracterológico. En la crisis por el abandono comienzan a operar otros mecanismos como un intento de recomponerse: negación maníaca, renegación. Hace alusión a que aquellos comentarios que no comparte los vive como cuestionamientos personales.

#### 7) Tipo de conflicto

b) **Con la realidad exterior:** Debido a que la actual contradice el orden que el quisiera manejar.

#### 8) Relación con la realidad consensual

a) **Estable:** La relación es habitualmente estable. Una crisis como la actual le hace perder el control de dicha realidad la que se transforma en frustrante.

#### 9) Dimensión narcisista afectada

c) **La relacionada con la prosecución de los ideales:** la crisis de pareja afecta su ideal de control y dominio dentro de sus vínculos.

#### 10) Determinantes históricos

En su relato hace referencia a un padre inmigrante riguroso que pudo haber marcado su propio destino caracterológico. Hace mención a momentos dolorosos de su infancia; dicha evocación lo angustia y se repone no queriendo seguir ahondando sobre los mismos

#### **Estructura que sostiene el perfil subjetivo subyacente**

- Según el profesional asignado: Estructura neurótica con aspectos relacionados con la renegación.
- Según el Director Investigador: estructura caracterológica obsesiva propia de las Psiconeurosis de defensa afectada por una depresión reactiva a la pérdida de un vínculo de pareja en la que se actualizan defensas de la serie maníaca.

b) Segundo casillero diagnóstico, las psicosis: El mecanismo operante que la condiciona es el de la recusación o forclusión.

Este mecanismo promueve una significativa fragilidad en la estructura. Las entidades clínicas incluidas en esa configuración estructural presentan perfiles subjetivos en los que la historia vincular no les asegura su continuidad existencial. El sentido vivencial que avale una vida autónoma y placentera brilla por su ausencia y, en su lugar, tiende a reinar la oscuridad vivencial.

Los procesos de estabilización subjetiva que pueden haberse establecido están expuestos al estallido, tal como acontece en una de las entidades propias de este casillero, la esquizofrenia; o bien al colapso siderante, tal como sucede en la melancolía; o bien a la consolidación delirante proyectiva como ocurre en la

paranoia, con altos niveles de identificación proyectiva violenta a través de los cuales el otro se transforma en una amenaza a conjurar.

Dentro de la cosmovisión psicoanalítica han surgido diversos aportes que dan cuenta de la problemática psicótica. Todos ellos coinciden en señalar que el límite estructural que impone las psicosis a la capacidad de integración simbólica hace que la potencialidad de la interpretación psicoanalítica carezca de la eficacia mutativa que se observa en el terreno de las psiconeurosis.

## **“Perfil subjetivo correspondiente al segundo casillero diagnóstico”**

### **Protocolo A12/P12**

#### **Categorías fenoménicas de la estructura subjetiva subyacente**

##### **1 Motivaciones subjetivas que condicionan la consulta**

- **a Dificultades en la relación con su entorno:** la consultante se ubica en su relato como una víctima de su entorno cercano; se siente maltratada y despreciada por el mismo tanto históricamente como actualmente.
- **b Fracaso de un proyecto vital:** profundo dolor<>rabia por no sentirse contenida dentro de un entramado vincular apropiado.
- **h Deseo de analizarse:** a pesar que inicialmente expresa su expectativa de encontrar alivio a través del tratamiento esta afirmación se ve recusada por actitudes que no le dan margen real para alojarse en un vínculo terapéutico. Lo que predomina es su recelo y desconfianza de que sus expectativas/reclamos puedan ser tenidos en cuenta.

##### **2 Formas de transmisión de la problemática subjetivas**

- **b Rigidez conceptual:** su discurso se asienta en convicciones de un tinte delirante que expresa una fantasmática en la que su posición subjetiva carece de un espacio relacional confiable.

##### **3 Tipo de vínculo establecido con el profesional asignado**

- **b Reticente:** divalente. Su cosmovisión está impregnada de sensaciones de carencia y de fracaso que obturan su confianza en que pueda generarse un recorrido productivo dentro del vínculo.

##### **4 Talante predominante en el contacto personal**

- **d Desesperanzado:**
- **e Resentido:**

##### **5 Proyectos personales**

- **b Vacío de proyectos personales:** no confía en que sus deseos se realicen. En su fantasmática es blanco de ataques invalidantes que pueden hacerla sucumbir.

##### **6 Modalidad defensiva predominante**

- **c Identificación proyectiva:** con tonalidad delirante.
- **d Forclusión:** el código simbólico no la integra en una concatenación

significante estable que convalide su status subjetivo.

## **7 Tipo de conflicto**

**-b Con la realidad exterior:** a la que resignifica delirantemente.

## **8 Relación con la realidad consensual**

**-e Distorsionada:**

## **9 Dimensión narcisista afectada**

**-a Identidad básica:** los referentes identitarios alcanzados no contienen apropiadamente su identidad.

**-c Supervivencia identitaria:** el tinte delirante de su subjetividad controla proyectivamente lo que podría transformarse en un posible estado de profunda desolación con potenciales pasajes al acto con connotaciones suicidas.

## **10 Determinantes históricos**

Su historia posee una alta carga trágica:

Secuestro y desaparición de su madre cuando ella era muy pequeña.

Varios meses internada en una institución carente de lazos familiares.

Profunda convicción de haber sido abandonada por su padre.

Experiencia marital fracasada.

Imposibilidad de mantener lazos materno filiales.

Vivencias donde se mezclan el resentimiento con sensaciones de abandono y profunda desolación.

## **Estructura clínica que sostiene el perfil subjetivo subyacente**

Según el profesional asignado: Trastorno narcisista con grave deterioro. Discurso proyectivo en el que se siente injustamente perjudicada.

Según el Director Investigador: Estructura psicótica con una frágil estabilización de tinte paranoico. Su cosmovisión delirante la apuntala sin llegar a restañar una identidad profundamente dañada. El dolor frente a pérdidas inenarrables por incomprensibles la expone a una profunda negrura que los destellos proyectivos paranoicos no alcanzan a conjurar del todo.

c) Tercer casillero diagnóstico, neurosis narcisistas: Las características de este tercer casillero diagnóstico (casillero que puede tener distintas denominaciones dentro del espacio Psi) tiene un particular nivel de complejidad. A mi entender el mecanismo común que sostiene sistémicamente a las diversas entidades que cohabitan en esta estructura es el denominado alternativamente renegación o desmentida. La operatoria de este mecanismo promueve perfiles subjetivos diversos que muestran formas disímiles en la resolución de la problemática de la propia identidad. Esta perturbación da lugar a modos de ser idiosincráticos.

La escisión del Yo producto de la desmentida, escisión que adquiere características diferenciales en cada uno de los cuadros, es el factor común que me permite conceptualmente agruparlos dentro del mismo casillero estructural.

La escisión del Yo está presente en entidades clínicas tan diversas como:

- a) La fronteriza: en esta entidad, atravesada por una profusión de devenires traumáticos, las escisiones son múltiples y la subjetividad resultante se sostiene a través de una identidad “como sí”, singularmente fluctuante. El armado protésico depende de la estabilidad que provea el medio. Este tipo de resolución puede generar existencias inauténticas, infantiles, dependientes. Si esta resolución fracasa, el sujeto queda expuesto a estados críticos que pueden jalonar su devenir existencial.
- b) La perversión: donde la escisión del yo promueve dos lógicas contrastantes: una de ellas convalida la castración como un hecho real mutilante; la otra lógica desmiente radicalmente esa posibilidad. En este contexto la capacidad reflexiva simbólica está imposibilitada de generar una lógica mediadora que integre lo traumático escindido. La amenaza de castración se conjura a través de la actuación perversa, actuación ritualizada que exorcisa la afrenta narcisista.
- c) Los trastornos de la alimentación, las adicciones, los cuadros psicósomáticos: En estas tres entidades ciertas dimensiones subjetivas escindidas, al ser desmentidas por inasimilables, promueven movimientos inconscientes que exponen significativamente al sujeto a:

- La caquexia en la medida que reniegan del alimento – sucedáneo significativo de suministros externos invalidantes- tal como sucede en la anorexia;
- La dependencia adictiva, cuando la desmentida del vacío existencial se produce a expensas de una dependencia potencialmente letal con el objeto adictivo;
- La enfermedad orgánica, cuando las vivencias traumáticas desmentidas, no elaboradas simbólicamente, descargan disruptivamente su carga no ligada psíquicamente al soma produciendo daño físico.

Cada una de las entidades que integran la estructura de las neurosis narcisista tiene ciertas especificidades que las diferencian entre sí. La cualidad subjetiva común es la de tratarse siempre de existencias complejas caracterizadas por frecuentes pasajes al acto. Actos que escapan de la integración simbólica. Actos que conjuran lo inimaginable con un cierto matiz sacrificial que por momentos amenaza, en un borde, la continuidad existencial.

Este tipo de dramática signa una parte significativa de la consulta psicológica actual. Las entidades inscriptas en este último casillero, por lo antedicho, están, como diría Green, en el límite de la analizabilidad. Este límite, a diferencia del de las psicosis que requiere para su abordaje de dispositivos que complementen al psicoanalítico, se define caso por caso dentro de un contexto transferencial por momentos caótico que es mucho más complicado de resolver que las dificultades contratransferenciales propias del primer casillero descrito en el que el camino analítico está más facilitado.

**“Perfil subjetivo tabulado acorde con el tercer casillero diagnóstico”**

**Protocolo A13/P13**

**Categorías fenoménicas de la estructura subjetiva subyacente**



## **1 Motivaciones subjetivas que condicionan la consulta**

El contacto con el centro lo establece el padre de la paciente. Ésta es derivada directamente al profesional tratante designado.

- **d Dificultades en la relación con su entorno:** Transmite, de un modo exaltado, situaciones en las que predominan relaciones descontroladas y efímeras, actos impulsivos, discontinuidades existenciales, pérdidas.

## **2 Formas de transmisión de la problemática subjetiva**

- **d Lenguaje abigarrado.**

- **e Lenguaje ambiguo:** Dificultad en la precisión simbólica. Tendencia a la actuación.

## **3 Tipo de vínculo establecido con el personal asignado**

- **f Catártico:** intensa transmisión de vivencias que se superponen dificultando la comunicación.

## **4 Talante predominante en el contacto personal**

- **b Expansivo:** dentro de lo tumultuoso de su presentación crea, simultáneamente, un clima agradable, ¿adhesivo?

## **5 Proyectos personales**

- **b Ausencia de proyectos personales:** carencia de una perspectiva autónoma: “no se que hacer de mi vida”; “yo quiero algo por mi misma, no junto a él”.

## **6 Modalidad defensiva predominante**

- **b Renegación:** fallida. Durante la entrevista no logra encausar la intensa ansiedad que se le impone creando momentos críticos desde el punto de vista existencial.

## **7 Tipo de conflicto predominante**

- **b Con la realidad exterior:** carece de un código interno estabilizante. No puede resolver las frustraciones que el medio le impone a su necesidad de contención y alivio.

## **8 Relación con la realidad consensual**

- **g Dispersa:** no logra sostener vínculos estables vivenciando climas emocionales de frustración acuciante con connotaciones violentas.

## **9 Dimensión narcisista afectada**

- **a Idetidad básica:** no posee parámetros ordenadores que la delimiten apropiadamente de un entorno que, para aplacar sus exigencias y suspicacia, debería emprender una improba tarea de sostén.

## **10 Determinantes históricos**

Su historia referencia vínculos familiares disfuncionales y violentos. Describe a

una madre con actitudes rechazantes y a un padre ausente. En la actualidad, no obstante, es el padre quien se hace cargo de su manutención económica.

### **Estructura clínica que sostiene el perfil subjetivo predominante**

**1) Según el profesional asignado:** problemática neurótica desestabilizada por situaciones traumáticas.

**2) Según el Director Investigador:** neurosis narcisista con una configuración de tipo fronterizo. Sus vivencias traumáticas no alcanzan a ser estabilizadas a través de una personalidad como sí ni a canalizarse a través de una producción delirante.

Las someras conceptualizaciones que encabezan cada casillero diagnóstico, que requerirían para su profundización de un nivel de desarrollo mayor, me son necesarias para que se entienda como las categorías establecidas dentro del método de investigación apuntan a detectar ciertas expresiones fenomenológicas propias de determinados perfiles subjetivos relacionados con la impronta estructural propia de los casilleros diagnósticos descriptos.

La validación y rectificación de estas referencias conceptuales se pone en juego en el proceso mismo de la investigación, dentro del intercambio reflexivo promovido en el interior del grupo de investigación. Este Ateneo es otra instancia habilitada para la explicitación y contrastación de los resultados parciales obtenidos y de las perspectivas en juego en el actual estado de situación.

### **Resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación**

Total de protocolos categorizados: 15

Sobre la muestra parcial de los casos ya tabulados se puede establecer un conteo que muestre los predominios estructurales relativos en función de los perfiles subjetivos detectables en las consultas clínicas.

1) Primer casillero diagnóstico: psiconeurosis.

Se categorizaron 4 protocolos compatibles con esta estructura.

Configuración histerofóbica: 2

Configuración histerica: 1

Configuración obsesiva: 1

2) Segundo casillero diagnóstico: las psicosis. Se categorizo un protocolo compatible con esta estructura.

Configuración psicótica estabilizada desde una cosmovisión delirante: 1

3) Tercer casillero diagnóstico: las neurosis narcisistas. Se categorizaron 10 protocolos correspondientes con esta estructura.

Configuración fronteriza inestable: 3

Configuración fronteriza sobre adaptada dependiente: 5

Configuración perversa: 1

Configuración psicósomática: 1