



“Quería saber...” Desde la identificación al diagnóstico y el principio introyector

Guido A. Zannelli

Resumen: Un breve abordaje sobre el papel del diagnóstico dentro del proceso analítico. Incluye viñetas clínicas para ubicar la función que tienen los títulos diagnósticos en la vida inconsciente del paciente y su familia. En especial los aspectos ligados a la identificación proyectiva e introyectiva y su impacto en el desarrollo mental.

Descriptores: Diagnostico, Identificación Proyectiva, Introyección, Situación Analítica, Pensamiento.

Introducción

El libre acceso a la información encuentra un valioso aliado en la libre demanda. A su vez esto se liga de perlas con los impulsos de búsqueda, dándole alimentos frescos para cada nueva ingesta. Mas no siempre conducen a un enriquecimiento y comprensión verdaderas. Se unen como mitades de una rueda que una vez echada difícilmente deje de andar. La promesa moderna acerca de un conocimiento que todo lo alcance dista de agotarse en las expectativas posmodernas de alivio, satisfacción y completud máximas. Incita incansablemente a un siguiente pedido. Y a otro, y a otro.

Cualquier grupo de síntomas o malestar hallará una respuesta rápida y semi-mágica en el *buscador* que más comodidad le ofrezca. Alguien padece y algo explica, desde las causas hasta los efectos. ¿Calma el sufrimiento? ¿Borra el dolor? ¿Trae...? *Eso* lo ha nominado precariamente bajo un título. Con un *trastorno depresivo*, y sino un *trastorno de ansiedad*, en ciertos casos específicos *disforia de género*. Ya tengo un nombre específico, ¿qué sigue? En el mejor de los casos, un tratamiento correspondiente. Cuán inconveniente resulta



desasirse de las complejidades que el tiempo y la cultura imponen a cada sociedad, aislando al elemento de su contexto, como al personaje de su historia. Y olvidar que nuestra disciplina debe estudiar si existe una semejante correspondencia entre malestar, diagnóstico y tratamiento. Marchando por partes de un engranaje mecánico de sucesos, conducidos —si son bien manejados— al mejor pseudo-resultado, llamado: salud, bienestar, paz mental, tranquilidad, etc.

La posibilidad desarticuladora para abordar esta estructura y analizarla en cada uno de sus momentos, es y será siempre la herramienta humana por excelencia para dialogar ¿en qué nos hemos convertido respecto a la vida psíquica? ¿A cada punto de tensión se le supone una maniobra detallada para desanudarlo y devolverlo a su estado anterior o a uno siquiera superior? Llevando la comparación al máximo y pretendiendo no abusar de cierta ironía, habría entonces un video para cada *cosa* con marcada lista de pasos bonita-mente delineados en orden por concretar cada anhelada misión. Una buena crianza; un buen transcurso por la escolarización; buenas y adecuadas relaciones intra y extra familiares; usted complete.

Saltando afuera de dicha estructura causalística. Observemos cada *momento*. Aquel momento previo al pedido que seguramente esté cargado de grandes dudas y desequilibrios. La presencia de síntomas, señales preocupantes, problemas en su sentido lato, son la punta de lanza que hiere y deja una marca abierta sobre la superficie de la pantalla-piel psíquica. E indudablemente la rasguña, la desgarrar en jirones, le deja clavos afilados. ¿Por qué en esta área del trayecto, en esta ruta acontecimental, el vehículo de la conciencia empieza a revolcarse?

Comenzar desde un punto. Localizar la escena. Ver el cuadro. Y ahora observar los motivos aparecer, burbujas en el agua pujadas por el estrés, el desconcierto, el enojo y el sufrimiento. Captar intuitivamente la dinámica de su movimiento suscitado porque cuando arriben al consultorio, el riesgo de fotografiarlo traerá frío, chatura y fijación. El destino peor, la imagen detenida. “*Lo que ocurre con su hijo es que tiene...*”. Se corre peligro de participar activamente en una *detención del desarrollo* más abismal.

¿Soy eso que dicen que soy?

Una coyuntura del momento diagnóstico y su decurso en el proceso psicoanalítico

Bajo una frecuencia progresiva recibimos consultas con una puntualización determinada: pedido de diagnóstico. Los suscitan circunstancias de la vida familiar o escolar que requieren rápida atención, sea por el nivel de desborde desplegado o por la preocupación

imperante. Sin lugar a dudas el o los profesionales convocados deben dar sitio a semejante demanda. Y dicho abordaje devendrá un desafío compartido entre terapeuta y familia. La tarea primera es conocida por todos, y dice recabar información para una anamnesis. Signos, episodios, señales, síntomas, historia. Al profesional se le solicitará *diagnosticar*: describir, diferenciar y clasificar una enfermedad. Para ello utilizará sus herramientas teóricas, y a su experiencia clínica sumarle necesariamente un código estandarizado como DSM V o CIE 10 que en definitiva colabore con la comunicación interdisciplinaria.

El vocablo griego de *gnosis* significa conocimiento. ¿Qué múltiples funciones ocupa en la mente de un paciente?

Todo diagnóstico se basa en una teoría, con fundamentos y prácticas lógicas. De por sí implicando un recorte, una interpretación de la realidad. La realidad en sí misma es inalcanzable. Se vive en ella por medio de representaciones psíquicas. La frase "*el mapa no es el territorio*", sintetiza esto. ¿Qué ocurre en la vida del paciente y su familia de acuerdo a la representación diagnóstica recibida? Más aún ¿cómo funciona la identificación inconsciente respecto a esto, que en todos los casos toca cuestiones identitarias?

Algunos la viven con firmeza y permanencia. Todo diagnóstico implica una prognosis y grupo de expectativas, y algunos con definición clara e inamovible. Aquellos generados por cuestiones genéticas y temprana manifestación en la infancia, por ejemplo, tienden a ser categóricos. Síndrome de Down, microcefalia, epilepsias, incluso algunas formas de autismo severo. En otros casos, más difusos en su denominación (trastorno por déficit de atención, del lenguaje, aprendizaje y demás) también pueden hallarse determinismos unívocos, señalados en comentarios "*viste, es por su diagnóstico*".

Una situación distinta puede estar marcada por la desconfianza de los padres hacia el profesional y sus criterios, velando por que este último se equivoque y cargue con todo el problema. Siendo ésta una situación terapéutica tanto negativa como extrema.

Ningún tratamiento prescinde de la función diagnóstica. Dependiendo de cada caso, algunos se comunican y otros se mantienen reservados. Muchas familias concurren a la consulta con un título escrito y certificado por equipo evaluador. Y es tarea indispensable del analista utilizar sus herramientas para ofrecer una instancia de movilidad y elaboración psíquicas: el proceso analítico.

Siendo éste el soporte más extenso de la disciplina, aquí se apuntará específicamente a estudiar cómo se instrumenta la identificación proyectiva en relación al diagnóstico y las posibilidades de habilitar las funciones introyectivas, y la creatividad que a partir de ello se despliega. Esto se vincula directamente en la teoría con la noción de objetos internos, posición depresiva y demás. Sin embargo el diálogo con otros colegas ajenos al marco de

referencia con sus técnicas y observaciones, en buena hora dejará entrever una mirada que es propiamente única a cada psicoterapeuta.

Las siguientes viñetas aportan materialmente sobre estos puntos. La comprensión y selección de los datos limita una exposición más detallada de los casos.

1). Se solicita terapia psicológica para un niño de 9 años, quien ya fue evaluado y tratado por diversos profesionales a lo largo del tiempo. El cuadro explicitado en un certificado de discapacidad es déficit por atención e hiperactividad, y ya se encontraba bajo tratamiento farmacológico que él mismo mencionó en la primera entrevista (risperidona). Muchos distinguían que el nivel intelectual no estaba comprometido, a pesar de ello la situación escolar era caótica. Debía concurrir con la asistencia de un acompañante ya que los desbordes conductuales se convertían en crisis de violentas escaladas. También en el consultorio se manifestaron algunas, con mucho dolor y llanto desconsolado. El uso de los objetos lindaba la ferocidad. Su acercamiento era rápidamente explosivo. Alternado con declaraciones de afecto inusitadas como precoces. Se requirió mucho tiempo hasta completar las piezas que dieran sentido a tan anárquica presentación puesto que los padres se mostraban necesitados de acompañamiento y detentando cierta pena con mala suerte.

Era evidente que las resistencias a nivel psíquico tenían un papel relevante en la familia. Una pareja de padres desproporcionada en sus impulsos y de pocos recursos obtenidos en sus propias crianzas. Tempranas separaciones del niño en cuestión necesitando de una guardería para que ellos pudiesen sostener las jornadas de tiempo completo. Una primer teoría traumática por parte de uno ellos, depositando la responsabilidad del desarrollo en denuncias que luego se hicieron contra ese establecimiento —denuncias de violencia—. Durante las entrevistas mantenidas con ellos, la frase “*su diagnóstico*” obturaba toda circulación a otras exploraciones y la expectativa siempre recaía en alcanzar una situación de obediencia y efectividad. A lo largo del tiempo, la impresión diagnóstica cambió gradualmente. Las entradas y salidas del niño al consultorio enseñaban una fuerte inseguridad respecto a los vínculos primarios y peligro persecutorio a ser abandonado. Terror califica acertadamente para describirlo. Informaciones laterales confiables, aportaron las piezas restantes para comprender: uno de los padres recibió abordajes psicofarmacológicos, y aún requería atención al respecto; el otro tenía un manejo conductual y verbal violento. Ninguno de los dos tuvo atisbos de compartir esta información sensible, y la única cara que pretendían mostrar era ser solícitos y atentos con el hijo. Al contrario, la visión era la de un hijo en extremo demandante, voraz e incapaz de tolerar límites.

La primera apreciación bajo la forma “es un niño con dificultades consignadas bajo un título”, quedaba desbaratada. Su funcionamiento general no alcanzaba a ser explicado por

el problema de atención con hiperactividad. La segunda lectura de "éste es un niño depositario de los conflictos parentales", dejaba afuera muchas cuestiones que el niño necesitaba resolver y le eran propias. La tercera lectura, disociada, podía incluir las escisiones instrumentadas, crueldad y envidia mediante, y un falso acercamiento a la verdad. Este último se entrevió claramente en importantes olvidos disfrazados por mentiras. Dando cuenta quizás de un factor subrepticio y dañino para todo análisis como una perversión del pensamiento.

2). Un adolescente de 15 años para el cual se pide tratamiento psicológico. Se maneja protocolarmente y con formas dialogales por demás correctas, casi caballerescas. Saluda e intercambia verbalmente siguiendo patrones establecidos por otras interacciones. El certificado emitido desde temprana edad señala síndrome de Asperger. Según el relato familiar y observándolo en situación, ha recibido un buen abordaje terapéutico. Este le permitió acceder a la educación, tener amigos y practicar diversas actividades deportivas y musicales. El diagnóstico condice con la persona, los gestos faciales serios y acartonados, presencia de *tics* y manierismos, pensamiento amplio mas de nivel concreto y con dificultad para las abstracciones simbólicas, conexión sentimental de los hechos tendiente a ser superficial, imposibilidad para captar el meta lenguaje de las ironías, los entredichos y las bromas.

Durante los cinco años que fue atendido, este muchacho siempre mostró desbordada preocupación por sus fallas cotidianas. Adquirían en su mente un peso abrumador y continuamente se dirigía duros reproches. Pudiendo recaer sobre errores simples, olvido de palabras o pequeñas negligencias; en verdad, nada llamativo para la edad se pensaría rápidamente. Aquí radicaba una posible bisagra. ¿Era esto sólo el efecto de una autoexigencia desmedida o la intriga de que ocurría algo peculiar con su mente?

En varias ocasiones el joven notaba diferencias con su grupo de pares y cuestionaba a sus padres al respecto. Ellos fueron ampliando las respuestas, cuidando de no revelar lo nominado por el certificado. Se tomaban de frases como "*cada uno es distinto*" y explayaban siguiendo esa línea. Sin embargo, albergaban dudas ya que lo notaban cada vez más desenvuelto y despierto respecto a muchas cuestiones. Entonces, cuando realizara nuevamente las evaluaciones para renovar sus papeles ¿acaso tendría noción del motivo?

Resultaba conmovedor escucharlo dentro de la situación analítica cuando surgían estas incógnitas. Parecía acercarse a la fuente de la verdad y ser expulsado bruscamente por un viento inefable. Le fascinaban las películas de superhéroes y se adhería a muchas de sus frases definitorias. Más tarde, en la sesión, diría alguna de ellas muy compenetrado, con inflexión vocal y gesto. Tanto que parecía hablar consigo mismo, preguntándose. Luego

me incluía planteándose cómo conseguir semejante resultado. Pronunciada la intervención, miraba brevemente. Y un segundo después, despedía un fuerte suspiro de frustración. Este era un patrón regular de las comunicaciones. Algo ocurría con la recepción. Pedía que le repitiera la intervención ya que su *"cabeza estaba en otra parte"* y no había escuchado. Se agregaban limitaciones en la comprensión que obligaban a simplificar demasiado las interpretaciones, a veces dejando sólo los huesos.

Por distintas circunstancias se acordó un *impasse*. Finalizada la última sesión, le comenta a su madre que yo no tenía mucho más que *"enseñarle"*. Sobre todo porque era más pequeño que él en estatura.

La pseudo-madurez propia del cuadro hubo impedido un despliegue más amplio del proceso. Al mismo tiempo que conservaba intacto un mundo infantil de fantasías y relaciones a un nivel latente, por fuera estereotipaba las conductas de modo sobre-adaptativo. La concretización del pensamiento junto a la adhesividad bidimensional a ciertas formas, bloqueaba el funcionamiento dialogal del análisis y producía sus propias conclusiones. Sin embargo el diagnóstico indiscutible, el territorio tiene su geografía propia y no se habla de cura o remisión en este caso.

3). Un adolescente de 16 años requiere tratamiento psicológico de modo urgente ya que hace semanas no puede concurrir al colegio. Le diagnostican fobia escolar y recibe indicaciones farmacológicas que no consiguen grandes modificaciones. Al comenzar a verlo son evidentes un gran retraimiento y nerviosidad frente al contacto con otros. Pocas y breves enunciaciones, si bien se intuye que posee gran actividad mental. Pide explicaciones técnicas —administración de *tests*— sobre qué le sucede. Hay algunas señales claras pero resultan inconexas y huecas faltando lo esencial: su propio discurso. El cuadro de fobia diagnosticado no incluye que la situación se extiende a toda salida del hogar. Haciéndosele en extremo estresante cualquier actividad en el exterior.

A lo largo de varios años de trabajo el joven se va abriendo al diálogo analítico y logra importantes avances en su vida. Entre ellos, salir a la calle y concurrir a espacios educativos. Albergaba grandes preocupaciones sobre su mente. Delimitaba un gran cambio a partir del ingreso al colegio secundario y diversos eventos que tuvieron lugar. Insistía en no tener dificultades anteriormente, vivía feliz. Lo alteraba leer los prospectos de su medicación y hallar que se le indicaba a pacientes esquizofrénicos. Durante un lapso prolongado mostró ansiedad ligada a posibles enfermedades en el cuerpo, en especial, su cabeza. Asimismo, su principal hipótesis del estado general era básicamente traumática. Algo externo le ocurrió y todo cambió. Un evento que lo marcó. Una enfermedad que contrajo.

Sólo gradualmente apoyándose en el análisis, este joven dio lugar a otro tipo de pensamientos. Pausando las teorías traumáticas, dio paso a las tramas de su propio desarrollo,



y la textura de las fantasías psíquicas que se tejían noche y día. Aquí se observó un gran cambio que trajo aparejada una percepción más compleja de sí mismo y de sus padres. Asimismo sus cavilaciones fueron más allá conduciéndolo a preguntarse si no sería portador de algún síndrome que afectase su conducta social con el entorno.

La primera impresión diagnóstica circunscribía al muchacho en el área de las fobias. Poco podía hilvanar esto con el estado de su mente, que aún en los confines de su hogar “*caminaba por las paredes*”, al borde de la locura según relató años después. Más adelante, una ampliación diagnóstica hubiese agregado posiblemente hipocondría leve para incluir la sintomatología referida al cuerpo. Temporalmente, él mismo se habría diagnosticado con síndrome de Asperger para dar cuenta causal de sus vivencias.

Un principio del funcionamiento introyector

Intentando rescatar de cada viñeta los estados mentales descriptos, se puede imaginar lo siguiente en cuanto a las funciones de la identificación. En 1). el niño se ve imposibilitado de comunicar su angustia al objeto externo y por tanto el interno se ve colapsado de ansiedades terroríficas. La percepción intolerable del desamparo respondido con ataques, impartido sin comprensión pero con crueldad. La envidia proyectada incluso sobre el niño bajo cierta forma de “*si yo no lo tuve, tu no lo tendrás*”. Todo esto hace de los objetos internos unas figuras confusas, dañadas y mutiladoras. Seguramente una forma de la pareja combinada. Con filosas demandas, superyoicas, sanguinarias. El clima permanente regido por la posición esquizo-paranoide azota cual temporal y ninguna forma de choza puede servir de contención al diluvio de ansiedad. En cuanto al diagnóstico, parece servir de blanco perfecto para la re-proyección de los padres de aspectos desvalidos, paranoides y sádicos de la personalidad.

Para 2). la situación es distinta y claramente mejor. El joven finaliza sus estudios secundarios y afronta la etapa de una adolescencia tardía con apoyo familiar. El pronóstico está reservado. Sobre la condición de su estructura mental, vemos unos objetos sumamente idealizados. Quizás inamovibles, siempre firmes en sus mecanismos. Reproducen para el muchacho una especie de piezas de relojería que atesoran todo el saber en palabras y códigos. Nombrar algo es poseer ese algo. Y aun cuando el joven afronta momentos de angustia y cierto dolor depresivo, eso se encuentra con una dificultad económica mayor. La falta de recursos simbolizantes que atranca la comprensión. Esto seguramente tendrá sus causas genéticas, ya que la crianza familiar fue ventajosa. El síndrome era identificable para cualquiera, y a pesar de eso, había mucho reparo en comunicarlo. Es decir, el joven



accedió (y mantendrá) a un encuadre de circuitos sanos que lo podrán preservar y cuidar mientras se desarrolle. El registro conciente de sí-mismo alcanza un límite. Y así como no se integran las partes buenas y malas dentro de la personalidad, tampoco se sostiene el dolor depresivo por una característica bidimensional de los sentimientos. Se los siente, están allí, pero no se despegan del suelo y son muy chatos para atravesarlos. La introyección es de la misma calidad. El objeto se sostiene sobre un altar de mármol que es la cabeza, erguida y recta. Seguramente se deba estudiar este tipo de casuística tan emparentada al autismo. Con la diferencia de no atravesar desmantelamientos.

Solamente en 3). aparece la usina de la angustia, el dolor depresivo y la identificación en forma tri y tetradimensional. El objeto interno pasa de estar colapsado por ansiedades, a recibir todo tipo de proyecciones. Espesurándose su piel para alcanzar la condición de una dimensionalidad propia y compleja. Con vida y miedos. Amor y odio. Aquí las partes buenas y malas de la personalidad ya intentan acercarse con esperanza de alcanzar el umbral de la posición depresiva juntas, por una etapa más adulta. El trabajo analítico da buenos resultados en la ampliación de su persona. El diálogo con el objeto total y la función analítica, rinden buen servicio a la protección de partes desvalidas que requieren atención *now and then*. El paso por los distintos diagnósticos colaboró creativamente en la profundización de su identidad, permitiéndole reconocer en ambas vías de la identificación sus propios aspectos.

El principio de la introyección es nebuloso como cierto. Montado a la identificación forma la génesis del Súper Yo y luego la relación con el Ideal del Yo. Se puede empezar a creer que la *creatividad* se cultiva bajo las condiciones que ofrece la posición depresiva. Y que sólo puede nacer a partir de la angustia de pérdida junto a su mayor conexión a la realidad. Y que la función introyectiva de la identificación modifique a los objetos internos depende continuamente de la reparación y la percepción consciente/inconsciente. El proceso analítico hace de lo genérico, lo propio y del diagnóstico una película en continuo desarrollo. Los analistas que se enfrentan a la computarización de los malestares actuales descubren un arte anterior y más lejano al ofrecimiento de un buen servicio. Comprender el misterio del funcionamiento mental y acompañar su desarrollo, sin certezas en la incertidumbre.

Guido Zannelli: Lic. en Psicología. Observación de bebés Método Esther Bick. Miembro adherente de APdeBA.



"Quería saber..." Da identificação ao diagnóstico e o princípio do introjetor

Resumo: Uma breve abordagem sobre o papel do diagnóstico dentro do processo analítico. Inclui vinhetas clínicas para localizar a função que os títulos diagnósticos têm na vida inconsciente do paciente e sua família. Especialmente os aspectos relacionados à identificação projetiva e introjetiva e seu impacto no desenvolvimento mental.

Descritores: Diagnóstico, Identificação Projetiva, Introjeção, Situação Analítica, Pensamento.

"I wanted to know..." From identification to diagnosis and the introjector principle

Abstract: A brief approach to the role of diagnosis within the analytical process. It includes clinical vignettes to locate the role that diagnostic titles have in the unconscious life of the patient and her family. Especially the aspects related to projective and introjective identification and its impact on mental development.

Descriptors: Diagnosis, Projective Identification, Introjection, Analytical Situation, Thought.

REFERENCIAS

- Bareiro, J. (2017). Consideraciones éticas en torno al uso del diagnóstico en salud mental: aportes de la "pequeña ética" de P. Ricoeur. *Anuario de investigaciones*, 24.
- Ferenczi, S. (1981). Transferencia e introyección. En *Obras completas* (vol. I). Espasa-Calpe. (Trabajo original publicado 1909)
- _____. (1981). El concepto de introyección. En *Obras completas* (vol. 1). Espasa-Calpe. (Trabajo original publicado 1912)
- Freud, S. (1990). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas* (vol. 14). Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915)
- _____. (1990). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (vol. 14). Amorrortu. (Trabajo original publicado 1917)
- Janin, B., et al. (2009). Niños desatentos e hiperactivos. Noveduc. (Trabajo original publicado 2004)
- Klein, M. (1974). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas* (vol. 3). Paidós Hormé. (Trabajo original publicado 1946)
- Meltzer, D. (1974). *Estados sexuales de la mente*. Kargieman. (Trabajo original publicado 1967)
- Muñoz, L. F. & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5 ¿cambios significativos? *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125).
- Tallis, J. (2008). *Síndrome de Asperger. ¿Variación de la normalidad o discapacidad?* Miño Dávila.