

Aspectos clínicos de la normalización como patología

SANDRA M. GONZÁLEZ ÁLVAREZ *

En el presente artículo se revisan los aspectos clave para el diagnóstico y tratamiento con pacientes normopáticos, ilustrado desde una serie de ejemplos clínicos donde se visibiliza una falla en la conexión con la subjetividad y la vida afectiva. Se detalla bajo la lupa de autores psicoanalíticos contemporáneos que explican los aspectos psicodinámicos y con los cuales operan estos pacientes que no logran separarse del deseo ajeno para tener su propio deseo. Se clasifica este padecimiento como narcisista y su funcionamiento bajo la escisión; a diferencia de los padecimientos edípicos que operan bajo la represión. Asimismo, se detalla la manera de llevar a cabo el tratamiento con estos pacientes que actualmente exigen modificaciones a la técnica psicoanalítica.

PALABRAS CLAVE: Patologías actuales, normopatía, normótico, escisión, yo ideal, ideal del yo, subjetividad

This article reviews the key aspects for the diagnosis and treatment of normopathic patients, illustrated by a series of clinical examples where a failure in connection with subjectivity and affective life is visible. It is detailed under the magnifying glass of contemporary psychoanalytic authors who explain the psychodynamic aspects with which these patients operate who cannot separate themselves from the desire of others to have their own desire. This condition is classified as narcissistic and therefore its functioning under the split, unlike the Oedipal conditions that operate under repression. Likewise, the way to carry out the treatment with these patients is detailed, who currently require modifications to the psychoanalytic technique.

KEYWORDS: Current pathologies, normopathy, normotic, cleavage, ideal self, ideal self, subjectivity

* Doctorado en Psicoanálisis Universidad Intercontinental, México. Contacto: sandragonalez088@gmail.com



¿Qué es ser normal?

Como psicoanalistas nos preguntamos: ¿Qué implica psíquicamente salir de la normalidad?, ¿podemos como psicoanalistas definir lo que es normal?, ¿se puede sufrir a causa de ser normal?, ¿es normal que uno vaya a psicoanalizarse? Estas preguntas se las hizo Joyce McDougall en 1978 y ahora viene a nuestra atención por la creciente presencia de una patología relacionada con ser o no normal.

Una persona normópata, según McDougall (1978), sufre por intentar ser tan normal como sea posible; no crean ideas nuevas, no se cuestionan el orden establecido, respetan las reglas hasta en la imaginación, están fuera de contacto con su propia vida imaginativa y creadora; no se formulan preguntas o ideas. “La convicción de ser normal es una defensa que traba la libertad de pensar o crear algo que te separa del cumplimiento del deseo del otro”, nos dice McDougall (1978).

¿Cómo llega un normópata a psicoterapia?

McDougall sostiene que las personas comúnmente tenemos dos tendencias, una a ser normal

y al mismo tiempo salir de la normalidad y destacar. Los normópatas están, sólo en apariencia, conformes con las normas; sin embargo, suelen estar acompañados de patologías del carácter y/o síntomas psicósomáticos. Es aquí donde se refleja su angustia debido a que ésta no se tramita psíquicamente, no se simboliza, sino que se pasa directamente al cuerpo, reflejándose, a través de los síntomas; y, en muchas ocasiones, es el motivo por el que las personas buscan análisis.

Los normópatas pueden también buscar técnicas para aliviar la ansiedad, pero lo que los caracteriza es que no se cuestionan sobre lo que la está generando. No pueden reconocer que están invadidos por el “deber ser” y están sujetos a su necesidad de agradar a otros, dejándose imponer los imperativos sociales a los que pertenecen. En primera instancia, puede parecer que el conflicto no es grave, ya que suelen aquejarse de situaciones cotidianas como: “No me alcanza el tiempo para trabajar y hacer el quehacer en el día”, “no me gusta cobrarles a los clientes”, “siento que me falta tener más estilo”, “mi psicóloga anterior me decía que mis problemas no son graves”. Este tipo

de situaciones podrían leerse como no graves; sin embargo, existe un sufrimiento alto debido al intento imposible e interminable de agradar a su objeto internalizado y llevar a cabo todas las tareas a la perfección.

Su ideal del yo les tiene expectativas altas, lo cual les genera un alto nivel de estrés y tensión emocional afectando su vida cotidiana. La normopatía puede presentar rasgos obsesivos, pero esto no significa que su estructura sea edípica, sino que más bien, se presenta en personalidades de tipo narcisista, precisamente, porque no hay una diferenciación con el otro: “No puedo ser como Claudia mi amiga, porque ella es muy sociable” y ante la pregunta: “¿Y te gustaría ser más sociable?” responde: “Mmm... tal vez no”.

¿Cómo identificar la normopatía?

Cristopher Bollas (1997) menciona que un normótico (como él lo llama) no plantea contenidos para un tema de conversación, sino que se centra, más bien, en sucesos cotidianos sin una interpretación subjetiva de la realidad; colecciona hechos, pero no se asombra por ellos, no siente sus experiencias de manera emocional, sino de manera funcional. Estos hechos son para ellos parte de lo que debería ser alguien normal. Un paciente podría decir: “Ya regresé de Berlín; no puedo creer que se me perdieron los souvenirs” o “el fin de semana fue la boda de mi mejor amigo; no entiendo por qué no se esperaron para casarse”, o “fui a un *teibol* de despedida de soltera; traté de no gastar mucho”.

La influencia de la tecnología y las redes sociales en estos pacientes es peligrosa, ya que inhibe el desarrollo de la propia identidad u opiniones. Están enfocados en lograr la validación social



a través de lo que ellos consideran normal basado en sus grupos y redes sociales (Bollas, 2018). Debido a su patología narcisista, hay quienes publican sólo lo que saben que es exitoso en redes y, por otro lado, hay quienes no publican nada. Un paciente puede decir: “Me da vergüenza publicar algo; siento que si lo hago alguien va a encontrar la manera de decirme que está mal lo que digo o que es ridículo”.

La indiferencia normopática también es influenciada a medida que el crecimiento de desigualdad social crece. Eso repercute en una mayor tolerancia a la injusticia y el sufrimiento

Son tan influidos por su entorno, debido a que su pensamiento es operacional, que siguen las expectativas sociales sin reflexionar ni explorar sus propias opiniones (Bollas, 2018). No hay una riqueza preconscious que los ayude a tramitar los pensamientos y los sucesos son vistos a través de lo que es socialmente correcto o incorrecto: “Yo trabajo mejor en la tarde noche, creo que mi cerebro está más activo; pero de todos modos trabajo en las mañanas, siento que no es bien visto” y ante la pregunta: “¿No es bien visto por quién?” responde: “por la gente en general”.

Un normótico no siente pena por alguien que se encuentra mal, sino que se le hace lógico y se enfoca en los detalles de la enfermedad (Bollas, 1997). Un paciente dice: “Escuché a mi hermano llorar en la sala, entonces me esperé para salir de mi cuarto”. En ese sentido, Christophe Dejours (Escalada, 2018) adopta una postura más sociológica donde plantea que la indiferencia normopática también es influenciada a medida que el crecimiento de desigualdad social crece. Eso repercute en una mayor tolerancia a la injusticia y el sufrimiento, haciendo que las personas activen sus defensas normopáticas y haya una ausencia de indignación o reacción colectiva.

En el aspecto social, pueden ser parte de grupos sociales grandes, pero batallan al relacionarse personalmente con alguien. El normótico se evalúa a sí mismo con base en qué tan normal y adap-

tado está; no se cuestiona si está logrando o haciendo lo que él o ella quisiera. De la misma manera evalúan y tratan a las demás personas, por qué tan adaptados o no están, no por lo que los hace únicos (Bollas, 1997). Una paciente dice: “Le mando a mi prima cursos de inglés para que mejore y tenga un mejor trabajo porque creo que se puede conseguir uno mejor, pero ella no responde mis mensajes”.

Un normótico se puede enamorar y formar vínculos, pero se juntan también con personas que batallan con su propia subjetividad y por esto no logran ver la subjetividad en el otro (Bollas, 1997). La vida sexual también forma parte de la lista a cumplir para ser considerado normal. Al preguntarles sobre el comienzo de su vida sexual un paciente puede responder: “Pues lo hice porque ya iba tarde; ya estaba en edad de no ser virgen.”



En el área profesional se identifican fácilmente con su profesión o institución, pero no tanto con la ideología del grupo, ya que no la cuestionan y les puede generar altos niveles de ansiedad cuando no hay estabilidad profesional. Pueden ser adictos al trabajo y tener horarios y rutinas definidos donde no haya lugar para la acción espontánea y pueden pasarse todo el día llevando a cabo tareas o actividades de las cuales no reflexionan, ya que para ellos la vida se define en acciones (Bollas, 1997).

¿Cuál es el modo de tratamiento?

Psicodinamia de la Normopatía

Marucco (1999) explica que Freud da a entender que determinados aspectos del Edipo no pueden ser resueltos. Éstos pueden ser

interpretados, pero no comprendidos por el paciente, lo que nos lleva a modificar la técnica. Junto al inconsciente reprimido se encuentra otro inconsciente, el no reprimido



o escindido. Este último está conformado por los deseos y las identificaciones con los padres, lo que da como resultado una problemática narcisista, no edípica. Por ende, es necesario que el yo se deje de identificar con los deseos de los padres y se tenga un deseo propio. Aquí el yo ideal no ha podido tramitar la pérdida de pecho que nunca tuvo para entonces dar pie a las identificaciones secundarias. Pero en el yo ideal se perpetúa el sujeto como objeto de deseo de los padres; se sigue siendo el niño bien portado e investido por los deseos de los mismos (Marucco, 1999).

Con estos pacientes no investigamos en el simbolismo del souvenir porque no usan mayoritariamente la represión, ni es el motivo de su sufrimiento, sino el objetivo con ellos es que vean como sus experiencias no atraviesan el plano emocional. En este sentido, los normóticos suelen tener ese tipo de expresiones similares a las de un robot de película, explica Bolas (1997). Puede

decir frases como: “¡Wow!” o “¡vaya” o “¡qué terrible!”, pero les falta una reflexión del porqué piensan que algo es increíble o una elaboración más profunda de sus experiencias.

Un ejemplo de otro paciente es: “Yo sé que estoy mal por pensar así”, pero ante la pregunta ¿A qué te refieres con mal? responde: “Pues así, mal, incorrecto”. Esto es como si no se cuestionaran sobre sí mismos y por eso hay que llevarlos, más que a asociar libremente, a construir una identidad separada a la de sus objetos.

Para Aulagnier (Maruottolo, 2016) el lenguaje materno determina la subjetividad primitiva y la identidad que es internalizada por el lactante. Esto es una violencia de invasividad necesaria, un lenguaje incorporado que dota de una subjetividad e identidad indiferenciada que cataloga como violencia primaria. Pero también detalla en Felchner (2013) una violencia secundaria que ya no es necesaria para la formación de la identidad en el lactante, sino que, al contrario, invade y deforma la organización psíquica. Los padres de pacientes normópatas tienden a usar esa violencia secundaria al no permitirles pensar.

McDougall (1978) señala que lo que es o no normal se va definiendo en gran parte por la identificación con los deseos de los padres. Bollas (1997) indica que los padres no promueven las partes vivas del *self*; esto es, no promueven la expresión creadora; les interesa que sus hijos sean también normales, no los alientan a encontrar su propia personalidad, descalifican conductas inusuales de los hijos y se apoyan de la opinión de otras personas. Recompensan el buen comportamiento, alientan a actuar y a ser eficaces, no promueven la introspección, la imaginación, la creatividad o los cuestionamientos de sus hijos; por ejemplo: “No trates demasiado”, “no seas egoísta”, “ay, ya vas a llorar”, son algunas de las frases que reciben los pacientes por sus padres. Una paciente podría decir: “Me tratan como hija genérica, yo podría ser una persona completamente diferente y mi mamá se comportaría exactamente igual”. Y efectivamente, en el consultorio también por contratransferencia se vive de la misma manera.

Los padres no promueven las partes vivas del self, esto es, no promueven la expresión creadora; les interesa que sus hijos sean también normales, no los alientan a encontrar su propia personalidad

Bollas (1997) retoma a Bion para explicar que los padres de un normótico no son capaces de transformar los elementos beta en elementos alfa, ya que los padres proyectan en los hijos elementos indeseados de sí mismos. Siguiendo al autor, es el producto de las fallas en la capacidad de retroalimentación emocional del cuidador, de la falta de mentalización de los afectos y de la falta de la traducción de las ansiedades que provocan incapacidades estructurales en el infante (Zukerfeld, Zonis Zukerfeld, 2005). Debido a esto, el niño huye de la vida imaginativa y de sentir sus estados anímicos subjetivos, pero también de cualquier interacción agresiva que los haga diferenciarse de sus padres. Por otro lado, también puede suceder que, ante padres así, resulte en un hijo sumamente controversial, como defensa a la normoticidad de los padres (Bollas, 1997).

El normótico intenta vivir según un patrón imposible que lo hace sentir incompetente, explica Bollas (1997). En este sentido, un paciente podría expresar: “No alcanzo a doblar las toallas cuando salen de la secadora; quisiera tener tiempo para descansar, pero eso me hace sentir floja y al mismo tiempo inútil”. Bollas (1997) hace énfasis en la diferencia entre un normótico y un esquizofrénico, ya que en lo normótico la desconexión es con la propia subjetividad, pensamiento y creatividad, es decir, con lo más profundo e interno de nuestro ser, pero en la esquizofrenia la desconexión es con el mundo externo.



Las patologías *borderline*, de déficit, del vacío, de la falta básica, narcisistas, psicossomáticas, tóxicas y normopáticas, se agrupan bajo la misma estructura psíquica. Estas patologías no funcionan bajo el mecanismo defensivo de represión edípica, sino de la escisión. La escisión plantea una tercera tópica primero descrita por André Green, esto es, existencias simultáneas en un mismo plano. Uno que gira alrededor del ideal del yo que opera bajo represión y otro bajo el yo ideal del narcisismo que opera bajo la escisión, que en un inicio Freud utilizó para explicar las perversiones. (Zukerfeld, Zonis Zukerfeld, 2005).

Marucco postula que un inconsciente no reprimido, es decir, escindido, está organizado de deseos ajenos a las pulsiones del sujeto (Marucco, 1999). En la estructura edípica existe el logro de haberse separado del deseo de los padres, de saber que no están completos, que están en falta. Esto es un logro porque puede acce-

der a ser un sujeto que tiene un deseo propio y una subjetividad, no que depende del deseo de los otros.

Álvarez (2014) señala que autores contemporáneos han optado por agrupar a los padecimientos actuales bajo diferentes nombres: enfermedades del silencio, clínica del vacío y clínica del narcisismo. Sin embargo, se observa que los tres coinciden en que dichos padecimientos tienen que ver con el narcisismo. La autora retoma a Recalcati para recordarnos que los llamados nuevos síntomas forman parte de la clínica *borderline*, ya que no se pueden entender bajo el binomio de neurosis o psicosis y no se puede explicar con el retorno de lo reprimido, sino más bien, a partir de una problemática que afecta directamente a la constitución narcisista del sujeto.

Por la falta de represión es que no hay un mundo de fantasía, el cual puede ser analizable e interpretable, por lo tanto, el tratamiento con estos pacientes debe tener modificaciones en la técnica, ya que no se interpreta, sino se construye con la intención de que el paciente pueda acceder al mundo de fantasía, creatividad y lograr adaptarse a la realidad. Cabe resaltar que la interpretación apunta a un deseo edípico, mientras que la construcción apunta a reconstruir los deseos de los padres y a diferenciarse de ellos (Marucco, 1999).

Winnicott (1960) también habla de la existencia de un *self* interior verdadero protegido por un falso *self* para ajustarse a las convenciones de la vida. Winnicott nos explica que hay niveles más leves de falso *self* que sí constan de un mundo de fantasía compleja, pero hay niveles más graves de falso *self* donde se establece como única realidad (esquizoide).



Transferencia y contratransferencia

La contratransferencia con estos pacientes puede ser de estancamiento, aburrimiento o insipidez, lo que denota ausencia de experiencias afectivas, sentimiento de insatisfacción consigo mismos y con los otros. No hay que confundir con transferencia depresiva que se distingue más por alejamiento y anhedonia, según McWilliams (2011). Hay que tomar en cuenta todo el cuadro psicopatológico, ya que, como psicoterapeutas, se puede dejar llevar fácilmente con la normopatía del paciente y entrar en un *impasse* donde no hay avance ni cambio. Se recomienda estar atentos a no estandarizar normopáticamente la relación terapéutica y usar el yo de terapeuta como instrumento de construcción. Tras mencionar el progreso de la vida profesional de una paciente ella contesta: “Ya sé que eso del refuerzo positivo es una técnica que los psicólogos usan para que el paciente piense que va bien, pero yo sé que no”.

estados afectivos y a partir de ahí puedan ser un poco más libres.

A pesar de ser un concepto relativamente nuevo, no hay que dejar de lado que, el fenómeno no lo es. Así como el concepto *borderline* es nuevo en la clínica, se sabe que las pacientes que Freud diagnosticó como histéricas, hoy en día serían *borderline*. Tampoco la anorexia es nueva en la historia; lo que es nuevo es nuestro entendimiento, nuestra manera de ver y concebir psicodinámicamente los diferentes cuadros psicopatológicos. También el concepto normótico ha sido desarrollado por psicoanalistas más contemporáneos, pero, aun así, en la época victoriana de Freud le fue retador, por decir poco, iniciar el psicoanálisis y hacer que la gente desarmara sus ideas preconstruidas para tomar en cuenta las pulsiones humanas, tanto agresivas como sexuales. Hoy en día, ser psicoanalista sigue siendo todo un reto que va contra la cultura actual de

*Hoy en día, ser psicoanalista sigue siendo todo un reto
que va contra la cultura actual*

Conclusión

Cuando un paciente normótico pide ayuda, el objetivo con éste será acercarlo a su vida psíquica interior, a su identidad. También que deje de ser el objeto de otros y que logre apropiarse de su deseo, de ver las cosas que le son importantes, que logre la conexión con su subjetividad y logre tener opiniones y cuestionamientos. Además, que vea la influencia que el mundo exterior ha tenido en su personalidad, la inhibición en sus

no pensar, no enojarse, no llorar, ser positivo y no cuestionar.

Hay que recordar que un normópata puede ser alguien completamente funcional, exitoso y en apariencia normal, pero, al mismo tiempo, tener problemas muy serios psicósomáticos y de ansiedad.

No obstante, los analistas o psicoterapeutas no estamos libres de rasgos normópatas; hay que recalcar que McDougall (1978) considera que los

analistas que están demasiado bien adaptados a la vida no serían buenos analistas, ya que no seríamos capaces de reconocer síntomas de normopatía y no estaríamos capacitados para entender la enfermedad psíquica en los otros. Ella dice: “Sólo algunos artistas, músicos, escritores y científicos escapan a la ducha fría de la normalización que el mundo vierte sobre ellos [...] Es aquí donde todo arte, todo pensamiento innovador, toda creación, constituyen una transgresión. De todos nosotros, ¿quién está siquiera a la altura de la creatividad de sus propios sueños? Algunos genios y algunos locos tal vez.” (McDougall, 1978).

Referencias

- Álvarez, M. (2014). El concepto de falso *self*: La importancia en la clínica psicoanalítica actual. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis* (48). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000867>
- Bollas, C. (1997). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2018). *Meaning and Melancholia: Life in the Age of Bewilderment*. Nueva York y Londres: Routledge.
- Escalada, R. (2018). La banalización de la injusticia social. *Revista Crítica*, III(IV), 57-61. Recuperado de <https://criticapsicologia.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2018/08/La-banalizacion-de-la-injusticia-social-Dr-Rodolfo-Escalada.pdf>
- Freud, S. (1914). *Sobre el Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Flechner, S. (2013). Violencia materna. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (117), 19-32. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311702.pdf>
- McWilliams, N. (2011) *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Nueva York: The Guilford Press.
- Marucco, N. (1999). *Cura analítica y transferencia: de la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maruottolo, C. (2016). Más allá del principio de realidad. Aperturas psicoanalíticas: *Revista Internacional de Psicoanálisis* (52). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=927>
- McDougall, J. (1978). Alegato por una cierta Anormalidad. Paidós. México.
- Winnicott, D. W. (1960). *Ego distortion in terms of true and false self*. In: *The maturational processes and the facilitating environment*. Madison: International Universities Press, pp. 140-152.
- Zukerfeld, R., Zonis Zukerfeld. (2005) Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia. Buenos Aires: Lugar.