

Procesos psíquicos determinantes de las alteraciones corporales en afecciones psicósomáticas, adicciones y episodios de violencia

A Fidas R. Cesio, in memoriam

David Maldavsky

Resumen

El autor se propone estudiar los mecanismos defensivos en los casos de alteraciones corporales. Presenta 5 casos (tres de adicción y dos de afecciones psicósomáticas) para enfocar las defensas en la clínica, y luego agrega un estudio empírico con 15 casos de violencia. El estudio de las defensas aportó resultados multivariados. Para ordenarlos, el autor propuso diferenciar los procesos defensivos en las situaciones predisponentes, en las situaciones precipitantes y en las manifestaciones correspondientes a la alteración corporal. A ello agregó un estudio de los estados de las defensas en cada uno de estos momentos: exitoso, fracasado, mixto. Este conjunto de defensas (y su estado) en los diferentes momentos constituye una propuesta de un enfoque unificado para entender patologías aparentemente diferentes. Para caracterizar entre las diferentes formas de alteración corporal que incluyó en la muestra, el autor apela a diferenciar entre un conjunto de defensas centrales y otras secundarias, más específicas. El trabajo termina con la exposición de algunas precisiones sobre las defensas, la economía pulsional y la dinámica psíquica en el momento en que la defensa patológica es exitosa.

Palabras clave: psicósomática; adicciones; violencia; defensas

Determining psychic processes in the body alterations corresponding to psychosomatic affections, addictions and violence episodes

David Maldavsky

Abstract

The author expects to study the defense mechanisms in cases of body alterations. He presents 5 cases (three addictions and two psychosomatic affections) to focus the defenses in the clinic, and then adds an empirical investigation with 15 cases of violence. The study of the defenses contributed multivariate results. To organize them, the author proposed to differentiate the defensive processes in the predisposing situations, in the precipitant situations and in the manifestations corresponding to the body alteration. He also added a study of the defenses in each one of the following moments: successful, failed, mixed. This cluster of defenses (and their states) in the different moments constitutes a proposal of a unified approach to understand pathologies that are apparently different. In order to characterize the different forms of body alteration that he included in the sample, the author distinguishes between a cluster of main defenses and others, more specific, that are secondary. The paper concludes with the exposition of some precisions over the defenses, the libidinal economy and the psychic dynamic in the moment when the pathological defense is successful.

Key words: psychosomatic, addictions, violence, defenses.

Processos psíquicos determinantes das alterações corporais em doenças psicossomáticas, adições e episódios de violência

David Maldavsky

Resumo:

O autor se propõe a estudar os mecanismos defensivos nos casos de alterações corporais. Apresenta 5 casos (três de adições, e dois de doenças psicossomáticas) para focar as defesas na clínica, e após, agrega um estudo empírico com 15 casos de violência. O estudo das defesas apresentou resultados multivariados. Para ordená-los, o autor propôs diferenciar os processos defensivos nas situações predispostas, nas situações precipitantes e nas manifestações correspondentes à alteração corporal. A este agregou um estudo dos estados das defesas em cada um dos seguintes momentos: exitoso, fracassado e misto. Este conjunto de defesas (e seu estado) nos diferentes momentos constitui uma proposta de um

enfoque unificado para entender patologías aparentemente diferentes. Para caracterizar entre as diferentes formas de alteração corporal que incluiu na amostra, o autor diferencia entre um conjunto de defesas centrais e outras secundárias, mais específicas. O trabalho termina com a exposição de algumas considerações sobre as defesas, a economia pulsional e a dinâmica psíquica no momento em que a defesa patológica é exitosa.

Palavras chaves: psicossomática, adições, violência, defesas

### Introducción

Entre los temas de avanzada en los estudios clínicos se encuentra el de la investigación de los procesos intrapsíquicos determinantes de las alteraciones orgánicas que no tienen un carácter conversivo, es decir, que no tienen un fundamento basado en los mecanismos propios de las histerias. Autores de diferentes orientaciones conceptuales han realizado valiosos aportes, que pueden ser aprovechados para presentar un panorama de conjunto. Algunos autores (Marty, M'Uzan, 1963, Lacan, 1994) aluden a la pobreza simbólica de estos pacientes, mientras que otros destacan el valor de algunas defensas (Mc Dougall, 1989). Igualmente, hay autores (Cesio, 2010) que destacan los estados de letargo en los pacientes, concepto equiparable al de apatía o astenia, que Freud empleó en numerosas ocasiones.

Los estudios clínicos que hemos realizado a lo largo de los años (Maldavsky, Almasia, 2001; Maldavsky, 1992, 1995a, 1995b, 1998, 2007; Alvarez, Maldavsky, Manson, 2008; Scilletta, Maldavsky, 2013; Perez Zambón, 2010), así como las investigaciones más recientes, en que empleamos instrumentos para la detección de los deseos y las defensas, nos han conducido a desarrollar un enfoque más matizado. En efecto, consideramos conveniente destacar que el estudio de los procesos psíquicos en pacientes con alteraciones orgánicas, como las adicciones, las afecciones psicossomáticas, las accidentofilias, las prácticas violentas, entre otros, describen solo un sector de la vida anímica, mientras que otros sectores pueden corresponder a patologías diferentes, como las neurosis obsesivas, las fobias, o a organizaciones no patológicas, en las que predomina, por ejemplo, la sublimación o la creatividad.

Una vez restringido nuestro foco a este terreno más acotado, encontramos igualmente una diversidad de elementos que constituyen tanto el preconscious del sujeto como su sistema defensivo. Además, nos encontramos ante el problema de que las defensas poseen diferentes estados: exitoso, fracasado, etc., aspecto este que nos pareció necesario integrar al conjunto de nuestro estudio. Para encarar la complejidad del problema de los mecanismos determinantes de las alteraciones orgánicas antedichas, nos vimos entonces llevados a dar cabida a la diversidad de dichos determinantes. Para ello echamos mano a dos enfoques. Uno de ellos consiste en diferenciar entre defensas centrales y defensas complementarias. Por ejemplo, la represión es una defensa central en las neurosis, que se combina con otras, complementarias (como el desplazamiento y la proyección), en las histerias de angustia. Una propuesta de este tipo permite dar lugar al estudio de lo común y lo diferente en las patologías que estamos estudiando. El otro enfoque consiste en prestar atención al proceso de producción de estas alteraciones corporales, proceso este que exige diferenciar entre estados psíquicos predisponentes y precipitantes.

#### Breve presentación de cinco casos

Comenzaremos la exposición clínica con la descripción y un breve análisis de cinco casos que tienen en común la alteración orgánica: dos de ellos con afecciones psicósomáticas, otros dos con una adicción grave al cigarrillo y el último con una rara adicción a la falta de oxígeno.

Alberto consultó a los 65 años, luego de recuperarse de una cirugía cardíaca de urgencia, cuando se le detectó que estaba infartado. Había estado en tratamiento durante varios años con otro terapeuta, al cual decidió reemplazar. El nuevo terapeuta se centró en un estado de desamparo, que se hacía evidente pese a las apariencias de opulencia y gastos ostentosos. Vivía solo, era un hombre de la noche, empresario de espectáculos teatrales, musicales, etc. En ese contexto laboral tenía contacto con muchas jóvenes con las que no tenía dificultad en establecer un vínculo. El paciente enfatizaba que, para elegir su pareja, tomaba en cuenta que la joven fuera estéticamente atractiva y que además fuera muy tierna con él. Sin embargo, desde los 50 años tenía una impotencia sexual que se había vuelto cada más difícil de solucionar, hasta volverse completa. Precisamente, su padre había muerto a los 50 años, a consecuencia de un infarto, y su madre, una mujer apática, que pasaba mucho

tiempo en el lecho, lo sobrevivió unos años más. El paciente describía a las mujeres que pretendían hacer pareja con él como mucho más jóvenes que él, atractivas y carentes de recursos, que muy frecuentemente tenían conductas rayanas en la prostitución para alimentar a una madre indigente y enferma, o a un hijo pequeño.

Durante la infancia había padecido un asma severo. Estaba rodeado de primas mayores que al llegar la adolescencia temprana incrementaron los juegos sexuales con el paciente, los cuales culminaron en relaciones plenas, en las cuales las primas eran las activas. El paciente manifestaba que estos eran recuerdos gratos.

El tratamiento sufrió varias interrupciones. Solía concurrir en un estado de desvitalización y falta de proyectos, y hablaba de las mujeres que le proponían hacer pareja y de su falta de interés por ellas. La solicitud de nuevo tratamiento estaba asociada, invariablemente, con alguna nueva intervención quirúrgica, claro que no de la misma severidad de la que lo movió a la primera consulta. Tras unas cuantas sesiones pasaba a manifestar estados eufóricos en la sesión, hacía planes de viajes con amigos en aviones privados, en que iban a navegar entre islas paradisíacas, etc. En esa época de euforia el paciente exhibía su sentido del humor y hacía bromas sobre el terapeuta, sin que esto implicara una soberbia triunfalista de su parte. Cuando el paciente estaba desvitalizado el terapeuta le hacía referencia a estados que tenía desde hacía mucho y que alternaban con golpes caracterizados por las intrusiones sensuales en que era pasivo, y que lo dejaban inerte. Le decía que en esos momentos se combinaban los estados derivados de sus crisis asmáticas severas y la apatía de su madre. Agregaba que esta desvitalización se le incrementaba porque las manifestaciones de ternura que recibía no le resultaban creíbles, y que lo nuclear de estos vínculos era que sus compañeras estaban inmersas en un clima de desvitalización encubierto por los acercamientos sensuales. En este clima de bromas, el terapeuta le decía que el paciente parecía revitalizarse gracias a la presencia del terapeuta. También parecía que en esos momentos el paciente recuperaba algo de su vitalidad tras la intervención quirúrgica de turno. El terapeuta intentaba mostrarle al paciente su estado de desamparo, su identificación con las chicas que se le acercaban, cosa que el paciente aceptaba, aunque luego no parecía guardar recuerdos de lo intercambiado en las sesiones. Cuando el paciente recuperaba su vitalidad, solía interrumpir el tratamiento, para consultar al tiempo (a

menudo luego de un año de ausencia), en medio de otra crisis de desvitalización y una nueva intervención quirúrgica. Este tratamiento intermitente duró más de 10 años. El paciente no tenía familiares directos, de modo que había dejado una parte de su herencia a una sobrina, a la que veía cada tanto. El terapeuta desarrolló una fantasía de que él sería el destinatario de parte de esa herencia. El terapeuta entendió su contra-transferencia como un efecto en su subjetividad de los mensajes del paciente, por lo cual su muerte podría generar una euforia económica en otros, sus herederos. De modo que el terapeuta quedaba contaminado por una disposición del paciente, y pasaba a tener una vivencia de falsedad al intervenir, de la cual procuraba rescatarse al incluir estas vivencias propias en su enfoque clínico. Por otra parte, el terapeuta tenía conciencia de la precariedad del vínculo con el paciente, dado que el principal objetivo que este parecía tener era salir de sus estados de desvitalización. Desde esta perspectiva, el tratamiento era exitoso, aunque no se lograra un cambio en su sistema defensivo, salvo que la defensa dejaba de ser fracasada o exitoso/fracasada para volverse exitosa.

Giuliano, de 72 años, fue enviado a terapia al salir de una internación por una grave insuficiencia respiratoria que lo dejó al borde de la muerte. Fumaba unos 60 cigarrillos por día, y estaba en crisis por una pésima relación con sus dos hijos, uno de los cuales había dicho que no quería volver a hablar con él. El paciente tenía estallidos de violencia con ambos, sobre todo con su hijo más conflictivo. La situación le resultaba incomprensible, y sus propios estados afectivos contradictorios lo dejaban sumido en un estado de desorientación. Durante un tiempo no fue posible que disminuyera el consumo de cigarrillos, por lo cual fue nuevamente internado, en grave estado, en otras dos ocasiones. Al salir de la tercera internación, Giuliano decidió dejar de fumar. El terapeuta le propuso que, además de las dos sesiones semanales (generalmente el paciente faltaba a una de ellas por su estado de salud), mantuvieran un intercambio vía e mail. La argumentación del terapeuta fue que, al dejar de consumir, el paciente tenía el riesgo de entrar en un estado de desvitalización y repliegue, que el terapeuta procuró conjurar. Gracias a esta combinación de recursos fue posible enfocar los determinantes tanto del fumar como de los estallidos de violencia. El paciente estaba desconectado del mundo de las percepciones y los afectos, como envuelto en una espesa niebla de somnolencia, y su fumar era una tentativa de conexión con el mundo. Esta somnolencia duradera constituía una forma de la inercia, de la

falta de energía vital. En cuanto a su violencia, parecía ligada con el hecho de que la realidad (constituida sobre todo por la mente de sus hijos) le resultaba caótica, ininteligible. Lentamente, fue posible que el paciente entendiera los rasgos diferenciales de cada hijo. Uno de ellos hacía de mensajero de lo que ocurría con el otro, que estaba desconectado de él. Paulatinamente se dio cuenta de que este hijo por momentos describía los hechos ocurridos y por momentos los falseaba, sobre todo para que quedara claro que el paciente había beneficiado económicamente al otro, en perjuicio propio. También fue posible restablecer el intercambio con el otro hijo, que tenía periódicos estallidos de gritos y golpes, en los que exponía argumentos incoherentes, auto-contradictorios. Estas eran, precisamente, las situaciones que al paciente le resultaban más intolerables. A medida que se aclaraban estas situaciones, en el paciente (que ya había dejado por completo de fumar) se atenuaron las crisis de angustia y encontró formas de posicionarse ante cada uno de los hijos e intercambiar con ellos, sin que las respuestas que recibía la sumieran en estados de confusión impotente, que culminaban en estallidos de violencia.

El caso de Giuliano muestra varias semejanzas con el de Alberto, y también algunos matices diferenciales. Entre ellos deseamos destacar ahora que mientras Alberto parecía depender de personajes especuladores y falsos, Giuliano mostraba al respecto un matiz adicional. En efecto, uno de los dos hijos de Giuliano, quien daba información al paciente que a veces era falsa y tenía un objetivo especulador, centrado en la obtención de bienes materiales, pero el otro de los hijos tenía un discurso catártico y caótico, carente de coherencia.

Ricardo, de 50 años, consultó a su terapeuta tras sufrir su primer infarto. Era un fumador pertinaz que además tenía un difuso malestar asténico. Había tenido una terapia previa que lo dejó insatisfecho. En la nueva terapia manifestaba sus estados de malestar, que pronto pudieron quedar enlazados con un episodio de su infancia temprana: cuando contaba pocos meses, quedó al lado de unos carbones encendidos, cuyo anhídrido carbónico lo dejó asfixiado, al borde de la muerte. En su adolescencia su madre tuvo un cáncer que fue tratado de una manera que el paciente consideraba insatisfactoria y terminó muriendo. El paciente se había ocupado de cuidarla, mientras que el padre rehuía hacerlo, e incluso, según lo supo Ricardo años después, por esa época tuvo una amante. El paciente parecía

continuar envuelto en un estado de somnolencia carente de cualidades, en el cual era notoria la dificultad para poner el foco de su atención en determinados aspectos de la realidad del mundo o de sí mismo. El cigarrillo parecía ser el recurso que empleaba el paciente para sustraerse de este estado de somnolencia vigil. En sesión, pasaba largos momentos en silencio. El terapeuta pudo inferir que estos silencios no derivaban estrictamente de la suspicacia del paciente, ni de un estado depresivo, ni de una tendencia evitativa, sino que era una expresión de su estado de parálisis generalizada. Entonces decidió tomar la iniciativa y hacerle algunas preguntas ante las cuales el paciente respondía sin dar mayores detalles. El terapeuta elegía el tema de las preguntas tomando en cuenta las preocupaciones que traía el paciente, mayormente ligadas con problemas corporales (propios y de sus familiares cercanos) mal atendidos por los especialistas y con problemas laborales. En esos momentos, sus conexiones con el terapeuta eran reactivas, es decir, eran respuestas a los estímulos aportados por el otro, sin que él, a su vez, dirigiera sus intereses afectivos y desiderativos hacia el entorno. A los dos años de tratamiento el paciente tuvo un segundo infarto, luego del cual decidió dejar de fumar. El terapeuta intentaba mostrarle al paciente los rasgos del clima que creaba en las sesiones, entre el mutismo y una densidad de sentimientos y pensamientos no explicitados. También intentaba referirse a los problemas laborales como expresiones de su temor a quedar en la miseria, en la cual se manifestaba un equivalente de la falta de energía corporal que tenía por momentos. El clima configurado por el mutismo y la densidad de los sentimientos y pensamientos mudos duraba toda la sesión. El terapeuta también aprendió que a veces el paciente respondía a la pregunta por algún sueño o por algún momento de angustia, por lo cual dejaba para los últimos 15 minutos de cada sesión las preguntas referidas a estos temas. La orientación clínica del terapeuta consistió en mostrar al paciente que oscilaba entre los estados de desvitalización y las crisis de pánico corporal, con el supuesto de que el cuerpo se le desorganizaba como consecuencia de su dependencia de médicos carentes de lucidez, que se ufanaban vanamente de su saber. También se refería a personajes especuladores que solo querían obtener un beneficio económico a costa del cuerpo del paciente. Además, el terapeuta hacía referencia al supuesto de que los médicos tienden a fingir y a ufanarse de un saber sobre el cuerpo de sus pacientes, sin que ello se corresponda con la realidad de los hechos. El paciente no solía responder a las intervenciones del terapeuta, que escuchaba en



silencio, pero en ocasiones daba muestras posteriores de que le habían sido útiles para pensar sus situaciones más duras. La terapia duró 11 años, con períodos en que el paciente asistía tres veces por semana (en la época del segundo infarto), dos veces y por fin solo una vez. Luego de finalizada la terapia, el paciente volvió a consultar al mismo terapeuta tras sufrir una nueva operación (esta vez por un problema vesicular) en que se produjo una infección que duró un período extenso. Estaba paralizado por el terror y el intercambio le permitió al paciente alcanzar mayor equilibrio.

La descripción de este caso no difiere demasiado de lo que expusimos respecto de los anteriores, pero el paciente aportaba una dificultad adicional, ya que tenía una parálisis más generalizada de su vida psíquica. El terapeuta había aprendido en los hechos a acotar sus metas clínicas a aspectos muy específicos. En efecto, había notado que el paciente oscilaba entre vivir en un mundo carente de significación y, al salir de este estado, sumirse en crisis de pánico corporal. En consecuencia, el terapeuta intentó que el paciente incrementara su capacidad para cualificar, para captar impresiones sensoriales y estados afectivos y al mismo tiempo pudiera rescatarse de sus crisis de terror apelando a su pensar.

A diferencia de los casos expuestos más arriba, en este último el personaje del cual dependía el paciente no era solo especulador y falso, sino que además era necio (como los médicos que realizaban intervenciones desafortunadas en su cuerpo), es decir, sin recursos suficientes para pensar y encarar los problemas propios y ajenos. La falta de recursos terapéuticos para encarar los problemas del paciente había tenido también su expresión en la primera terapia del paciente.

Zulma, de 50 años, consultó por las crisis de angustia que la asaltaban cada tanto. Había tenido varios tratamientos psicoterapéuticos, pero consideraba que, aunque había logrado algunas mejorías, algunos problemas subsistían, sobre todo la angustia. Había tenido un melanoma seis años atrás, sin que aparecieran complicaciones posteriores. Las crisis de angustia eran mucho más antiguas, y la afección oncológica pudo incrementarlas. Pero la paciente reconocía que el cáncer y sus crisis de angustia correspondían a historias independientes, y que el mayor problema que la movió a la nueva consulta era su pánico.

La paciente había sido criada por una tía materna paranoica (14 años mayor que la madre de la paciente), con quien compartía el cuarto. Cuando la paciente tenía unos 8 años, la tía empezó a acusar a su sobrina por tener relaciones incestuosas con un tío, hermano mayor de la tía. La paciente llegó a tener sueños en que consumaba el incesto con el tío, sin que en los hechos de la vigilia hubiera elementos que justificaran las acusaciones de la tía. De modo que la paciente mostraba en sus sueños que daba crédito a las frases de la tía, aunque en la vigilia no acordaba con ellas. Inclusive, como otros parientes, tendía a burlarse de estas acusaciones y otras similares, dirigidas contra diferentes personas. El segundo aspecto de importancia para la generación de crisis de angustia era la dependencia que la paciente tenía respecto de una hija a la que le pagaba los estudios y los gastos cotidianos, sin que la joven respondiera a sus expectativas. La hija realizaba promesas que luego no cumplía, y parecía paralizada en sus estudios y en su vida de relación. A su vez, la paciente oscilaba entre hacerle planteos radicales de cambio y derrumbarse en estados de inercia en los que consentía seguir manteniéndola.

En el tratamiento fue posible diferenciar dos rasgos de las frases de la tía: uno era la acusación y el otro era el caos de su pensamiento y la desconexión de la realidad. Si bien la paciente lograba preservarse del primero de ellos, no le resultaba fácil encarar el segundo, es decir, no le resultaba fácil decidir si debía creer en la descripción incoherente de los hechos realizada por su tía o en la descripción de los hechos derivada de sus propias percepciones y vivencias. Así que, del mismo modo que había soñado con el incesto consumado con el tío, durante determinados momentos quedaba atrapada en la creencia en las palabras absurdas de la tía. Este tipo de intervención permitió que la paciente encontrara un camino para procesar sus crisis de pánico e incluso para encarar de manera más realista el problema de su vínculo con la hija.

La descripción de este caso solo aporta un matiz a lo ya expuesto: se observa que la dependencia de personajes necios (personificados en los terapeutas que infructuosamente intentaron ayudar a la paciente), a veces puede ser removida, y no posee la fijeza que tiene en otras ocasiones. Por lo demás, en la relación con la tía materna quedaba representada la dependencia de la paciente respecto de un personaje absurdo y en su hija la dependencia de un personaje falso.

Veamos ahora un último caso, más extraño. Cristóbal es un paciente de Valencia, que tuvo un cáncer que había afectado severamente sus posibilidades de seguir vivo. Durante varios meses luchó entre la vida y la muerte, en varias ocasiones fue desahuciado y en una fue declarado muerto, para luego revivir. En Valencia, el paciente consultó al mismo terapeuta en tres oportunidades. En la primera, poco después de la externación hospitalaria, se hallaba angustiado por el retorno al hogar familiar. En la segunda, años después, la consulta derivó del malestar que le generaba la forma en que, durante la internación y el momento posterior, un socio, al que consideraba su amigo, se había adueñado de la empresa que habían creado juntos. En la tercera oportunidad solicitó tratamiento luego de la muerte de un hermano por cáncer.

El paciente relató por escrito las vicisitudes de estos momentos de su vida, y con posterioridad le dio este material al terapeuta y lo autorizó para que lo emplee en algún estudio. En consecuencia, formamos un equipo mixto (hispano-argentino) para investigar, en el texto aportado por el paciente, los factores que contribuían a que este bajara los brazos y se dejara morir y a que, como reacción contra esta tendencia, luchara por mantenerse vivo. El equipo mixto estaba compuesto por tres sub-equipos: dos de ellos estudiaron clínicamente el caso desde la perspectiva antedicha, y un tercero que investigó, en el mismo material, los deseos y las defensas en los relatos con el algoritmo David Liberman (ADL). El trabajo, recientemente publicado (Maldavsky, Magraner et al, 2013), categoriza los factores que contribuyeron en pro de una u otra tendencia del paciente, y establece finalmente que, entre aquellos factores que más podían inducir al paciente a dejarse morir se encontraban el dolor somático y la asfixia. Entre estos dos factores, el más poderoso era la asfixia.

Cabe destacar que esta combinación entre un estudio clínico y una investigación empírica no es frecuente, y menos aún que ambas arrojen resultados coincidentes. Sin embargo, el estudio clínico detecta más matices que los investigados en la investigación empírica, que está más focalizada. La investigación empírica puede hacer de respaldo de un estudio clínico, y a su vez el estudio clínico muestra los puntos que requieren nuevas investigaciones. Entre estos puntos, uno, que no fue considerado en la investigación empírica, está constituido por una situación que nos resultó enigmática, y que solo pudimos

apreciar en todo su valor por los comentarios del paciente en las sesiones (en cambio, estos episodios solo figuraban parcialmente en el texto escrito aportado para la investigación).

Tras esta digresión, es conveniente que volvamos a la exposición del caso. Para el paciente, la asfixia era tan acuciante como el dolor, quizá por momentos más aún que aquel, ya que podían conducirlo a la muerte. En el texto escrito el paciente relató con vividez tanto sus momentos de intensa angustia como sus momentos de dolor. Inclusive relató episodios en los que su impotencia ante el dolor terminaba dejándolo con una vivencia de asfixia, por un cierre de la glotis. Pese al carácter acuciante de ambos estímulos, existen diferencias entre ellos, en el sentido de que uno, la angustia, le resultaba a Cristóbal más intolerable que el otro, el dolor. El paciente debía recibir asistencia por parte de un aparato para resolver la falta de oxigenación.

En el tercer período de tratamiento, luego de la muerte del hermano por cáncer, se hizo evidente que en el paciente se había agravado el problema del funcionamiento pulmonar, sobre todo en relación con la oxigenación nocturna. Pero a ello se agregó que el equipo médico constató que a veces cerraba la glotis cuando estaba conectado al aparato que le aportaba oxígeno, y en consecuencia no saturaba bien y “engañaba” a la máquina. Al descubrir esta situación, el equipo médico sustituyó el aparato por otro al que Cristóbal no lograba engañar del mismo modo. Consideramos que esta práctica del paciente podría ser considerada una anorexia de oxígeno (hipoxifilia), la cual por un tiempo nos resultó enigmática, y así lo consignamos en nuestra investigación.

Como había muerto el hermano, consideramos que el cierre de la glotis podía ser entendido como una identificación, en particular al depender, en estado de extrema postración, de los profesionales que lo asistían. Al respecto, resulta aleccionadora una escena del período de la internación: “Cuando llegaba el turno de la visita de los médicos internistas a media mañana y preguntaban por mi estado, les explicaba que estaba bien de la herida. No me dolía, pero respiraba con mucha dificultad y con sensación de no tener suficiente aire. Ellos se limitaban a sonreír como si mis palabras carecieran de coherencia”. En esa oportunidad, la llegada de una profesional experimentada permitió que el paciente siguiera vivo, en lugar de morir asfixiado. El episodio recién mencionado resulta especialmente esclarecedor, ya que reúne dos factores, uno externo (la indiferencia del interlocutor, disfrazada de amabilidad) y otro interno (asfixia, con la falta consiguiente de energía). La

amabilidad fingida de los profesionales encubría que consideraban que Cristóbal estaba desahuciado. La escena en que un profesional desahucia a un paciente implica que el primero supone que la situación clínica no tiene remedio, que no cuenta con recursos para luchar, y entonces deja de esforzarse por ayudar al enfermo. Puede ser que entonces el médico declare ante el paciente (y/o sus allegados) que no puede hacer nada y encare (o acompañe en este trabajo al paciente y sus allegados) los estallidos de angustia y dolor rabioso por la muerte que se avecina. Cuando ello no ocurre, como pasaba a veces con Cristóbal, el paciente podía suponer que el profesional soslayaba la escena en que debía acompañar al paciente y su entorno en ese difícil momento. En consecuencia, Cristóbal podía considerar que la situación era doblemente intolerable, para sí y para sus interlocutores incapaces de confortarlo. De modo que Cristóbal se encontraba en esos momentos ante un mensaje subyacente a las apariencias (es decir cuando el paciente suponía que el otro lo había desahuciado en secreto, pese a las apariencias opuestas), y es posible que sintiera que así había muerto su hermano, entregado a una desvitalización creciente ante un interlocutor falso.

Entonces podemos entender el enigmático juego con el engaño al aparato que lo oxigenaba como una forma de falsear los hechos con una apariencia inversa, del mismo modo en que se había supuesto engañado por los médicos internistas cuando estaba al borde de la asfixia. En la conducta del paciente se combinaban dos orientaciones, como repetición de la escena con los médicos internistas. Por un lado, le hacía a la máquina lo que había padecido en la escena de internación recién descrita (el engaño), con el grupo de médicos, y por otro lado repetía el estado de asfixia de aquel momento. En una de las orientaciones (la del engaño) el paciente repetía la escena de manera invertida, ya que le hacía a la máquina lo antes padecido, mientras que en la otra orientación (la de la asfixia y el incremento del desfallecimiento somático) el paciente repetía la escena sin cambio alguno, es decir, se generaba a sí mismo lo antes sufrido solo pasivamente.

A ello podemos agregar que el paciente había consultado, en la segunda oportunidad, por el efecto que le generaba haberse dado cuenta tardíamente que su socio tenía un pensamiento especulador, pese a decirse su amigo.

Este quinto caso posee, en el fondo, muchos rasgos en común con los restantes, y resalta el peso de la dependencia de personajes engañosos y especuladores, como varios de los pacientes expuestos

previamente. Un valor específico de este caso se halla en el carácter poco frecuente de la alteración somática ya descrita.

Otro valor de este caso es que pone en evidente una disyunción: el triunfalismo eufórico del paciente al engañar al aparato se combina con una repetición del malestar precedente en el terreno corporal, como estado de asfixia creciente. Sin embargo, cabe preguntarse si la situación no es más compleja: el cierre de glotis puede corresponder a un estallido de violencia e inclusive el estado de asfixia puede contener un componente eufórico, que adquiere un carácter disfórico cuando se lo considera desde la perspectiva de las consecuencias en todo el cuerpo. Estos comentarios también son útiles para enfocar los casos restantes, ya que parece conveniente descomponer el cuerpo implicado para su análisis: la euforia en un sector va acompañada de la disforia en otro, simultánea o posterior.

### Comentarios clínicos

Lo común a estos cinco casos consiste en la alteración orgánica. Hemos intentado puntualizar brevemente algunos rasgos comunes y otros diferentes. Un rasgo común consiste en los estados de astenia más o menos duraderos, y otro es la dependencia de la palabra de un personaje considerado falso, absurdo o necio.

Entre los casos, el de Giuliano muestra un estado inicial de apatía en la cual se da una dependencia de personajes necios, incluyendo posiblemente al terapeuta. Progresivamente pudo recuperarse y captar que uno de sus hijos era falso y el otro tenía trastornos del pensamiento que lo llevaban a tener manifestaciones incoherentes. También tenía importancia el hecho de que el hijo con un aspecto falso era también un hijo que pensaba especulativamente, es decir que esperaba obtener un lucro económico a costa del paciente. Es decir, este caso reúne los tres rasgos que posee la palabra del interlocutor del cual depende: falsedad, incoherencia, necedad. En cambio, otros casos muestran el predominio de alguna de estas tres alternativas. Sin embargo, la necedad no correspondía al problema clínico central, en que se combinaban la falsedad y la falta de coherencia de los personajes de los cuales dependía.

El otro aspecto que tiene peso es, precisamente, la cuestión de la especulación atribuida al otro, sobre todo cuando ese otro tiene un aspecto falso. El caso Alberto muestra este rasgo de manera central, pero algo similar se observa en los otros cuatro.

Es conveniente describir los componentes psíquicos correspondientes a cada uno de estos discursos. Freud (1915e) destacó que las diferencias entre las palabras y las cosas se dan en la esquizofrenia. En estas patologías, se pierde el nexo con la realidad derivada de las huellas mnémicas surgidas a partir de las vivencias, y en su remplazo el yo recurre a las palabras, desconectadas de las representaciones-cosa. Es decir, Freud prestó atención a un tipo de discurso que hemos caracterizado como absurdo, caótico o incoherente. La defensa que predomina en tales situaciones es la desestimación de la realidad y la instancia paterna. Pero no siempre se da esta oposición entre las palabras y los hechos. En el caso de las mentiras, es conveniente distinguir entre la falsedad referida a la realidad mundana y la falsedad referida a los propios sentimientos. En los dos casos se trata de una falsedad ligada con las representaciones y pensamientos, sea referidos al mundo, sea referidos al yo propio. En todas estas situaciones no encontramos un trastorno del pensamiento. Cuando predomina un discurso falso (sea referido al mundo exterior, sea referido al propio yo), la defensa parece ser más bien la desmentida. Algo más ardua es la argumentación para aclarar el valor clínico del discurso caracterizado por la necedad, que tuvo tanto peso en el tratamiento de Ricardo. El discurso necio parece acorde con la racionalidad reinante en determinado momento, e incluso pone en evidencia un interés por el interlocutor. Se caracteriza más bien por la pobreza de recursos para encarar las situaciones complejas. El caso Ricardo es el que mejor ilustra este tipo de manifestación, y nos permite además inferir cuál es la defensa atribuida al interlocutor del cual el paciente depende. Consideramos que en este caso el sujeto le atribuye a su interlocutor una defensa, propia de las neurosis traumáticas, la desestimación del afecto, que a veces se combina con las manifestaciones falsas.

Cabe destacar también que, pese a que las manifestaciones incoherentes y las falsas tienen un carácter patológico, al mismo tiempo evidencian algo de un mecanismo secundario, de carácter creativo, mientras que en la necedad este rasgo creativo no aparece.

Consideremos ahora el rasgo especulador manifestado por los personajes de los que el paciente depende. En el discurso especulador es central el supuesto de que en el interlocutor predominan las cuestiones numéricas: sumas, restas, multiplicaciones, divisiones, etc. La realidad es considerada como un conglomerado de unidades, decenas, centenas, hasta llegar a cifras mucho más elevadas. Los números son una forma de aludir a la realidad del cuerpo propio y del ajeno, en un mundo caracterizado por la falta de cualificación. Para Freud, las cualidades surgen desde un universo en que predominan los períodos, las frecuencias. Lacan, por su parte, destaca la relación de estas frecuencias con los números. Es posible que la transformación de las frecuencias en cualidades requiera que se cree una complejidad en que haya armonía entre las diferentes frecuencias, y que la falta de armonía interfiera en el pasaje a la cualificación (Maldavsky, 1997). Entonces el yo se supone expuesto a las especulaciones en que otro obtiene una diferencia económica o de goce orgánico a costa del cuerpo propio. Más adelante volveremos sobre estas consideraciones, al aludir a las defensas.

De tal modo, en los casos recién descritos el personaje dominante tiene un elemento común (el rasgo especulador) y otro diferencial (el rasgo incoherente, falso o necio).

#### Análisis de los episodios detonantes de los estallidos de violencia en 15 casos

Hasta ahora presentamos y estudiamos casos en que la alteración orgánica fue consecuencia de una adicción o de una afección psicósomática. Deseamos enfocar ahora la dinámica psíquica en otro camino para la alteración orgánica, propia o ajena: las prácticas violentas. En un trabajo reciente (Maldavsky, et al 2013), aplicamos un método de análisis del discurso (ADL, algoritmo David Liberman) para estudiar los deseos y las defensas en los relatos de 15 sujetos que habían realizado actos violentos. En cinco casos, los actos violentos se dirigieron contra otras personas, en otros cinco, contra sí mismos, y en los restantes, contra objetos. En los relatos procuramos detectar los detonantes de estos actos violentos. Tales detonantes parecían tener dos rasgos diferenciales: unos permitían estudiar los factores predisponentes del acto violento, y otros, el factor precipitante. A ello se agrega el desenlace.



Entre los factores predisponentes predominaban un estado de apatía, una vivencia de falta de hogar y de sustento económico, y, en menor grado, sentimientos de desamor. Las defensas predominantes eran la desestimación del afecto (con un estado exitoso/fracasado) y la desmentida (con el mismo estado). En cambio, entre los factores precipitantes prevaleció sobre todo el suponerse expuesto a la falsedad del interlocutor o a sus pensamientos absurdos y caóticos y, en menor grado, el incremento de los estados de apatía, de falta de hogar y de sustento económico. Las defensas dominantes eran la desestimación (exitoso/fracasada) del afecto y la desmentida fracasada o la desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna. En el momento del estallido de violencia en todos los casos predominó la desestimación exitosa del afecto. Es decir que en el momento predisponente y en el desenlace predominaba mayormente la misma defensa, la desestimación del afecto, con una diferencia: en el momento predisponente el estado de esta defensa era exitoso/fracasado (apatía, desvitalización) y en el desenlace el estado de la defensa era exitoso (euforia violenta).

#### Defensas comunes en los episodios con alteraciones somáticas

Los pacientes no constituyen una unidad psíquica homogénea sino que, por el contrario, suelen poseer un conjunto complejo de mecanismos, entre los cuales pueden figurar algunos creativos, otros neuróticos, o psicóticos, etc. Cada uno de estos mecanismos puede generar determinadas manifestaciones, como algunos síntomas conversivos, u obsesivos. Entre estos mecanismos figuran los que parecen determinantes de las alteraciones orgánicas que nos interesa enfocar en esta oportunidad. Estos mecanismos no parecen consistir en una única defensa, sino en una combinación compleja de defensas, algunas centrales y otras complementarias, todo lo cual, además, se puede combinar con sectores psíquicos de otro carácter: creativo, neurótico, psicótico, etc. Tales defensas determinantes de las alteraciones corporales parecen inherentes a una regresión a los recursos psíquicos del yo realidad inicial (Freud, 1915c), pero ni siquiera a este yo en su conjunto, sino a un sector de este, mientras que otro fragmento de dicho yo puede ser que disponga de otros recursos, menos costosos. Es decir, el yo realidad inicial también puede sufrir una escisión (Roitman, 2005), del mismo modo que otras estructuras yoicas más complejas.

La descripción realizada hasta aquí reúne la exposición de casos clínicos (dos con manifestaciones psicósomáticas y otros tres con una adicción severa) y de la síntesis de una investigación de las defensas en los relatos de episodios de violencia. Pese a la aparente heterogeneidad, es posible decantar una serie de rasgos comunes a todos ellos.

Es conveniente comenzar esta comparación entre los casos tomando en cuenta que en nuestra descripción inicial de los cinco pacientes hemos apelado a un enfoque intersubjetivo, y no solo intrapsíquico: la dependencia de personajes falsos, absurdos o necios, y además la dependencia de personajes especuladores. Sin embargo, tales personajes forman parte del mundo psíquico de cada paciente, y su eficacia en los nexos mundanos se vuelve tanto mayor en la medida en que se entraman con las disposiciones intrapsíquicas al atrapamiento en el apego a ellos. Es decir, las defensas atribuidas a este interlocutor supuestamente hallado en el mundo (y a menudo condicionado por las acciones del paciente mismo) son la desmentida (en el caso del personaje falso), la desestimación de la realidad y la instancia paterna (en el caso del personaje con rasgos absurdos) y la desestimación del afecto (en el caso del personaje necio y en el caso del personaje especulador). Entre tales defensas, algunas no son comunes a todos los casos, como la desmentida y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, pero otra, la desestimación del afecto, se presenta en todas las ocasiones.

Podemos ahora dar un nuevo paso, y comparar la síntesis recién realizada con la de los estudios de los 15 casos. Esta última investigación tiene además la ventaja de permitir ordenar los rasgos comunes en categorías, como ser la diferenciación entre factores predisponentes, los factores precipitantes y el desenlace.

Esta investigación arrojó resultados coincidentes con los estudios clínicos de los cinco pacientes: predominan la desmentida, la desestimación de la realidad y la instancia paterna y la desestimación del afecto. Pero además, como ya indicamos, permite ordenar más claramente los nexos entre estos mecanismos defensivos. En efecto, la desestimación del afecto parece ser, entre las defensas, la más permanente. Incluso en el caso de Ricardo parece ser el mecanismo ampliamente dominante. Algo similar se observa en el estudio de los relatos de 15 episodios de violencia: en algunos casos, esta defensa posee un peso

decisivo. En cambio, en otros casos la desmentida o la desestimación de la realidad y la instancia paterna se vuelven dominantes como factores precipitantes.

Con ello queremos decir que la alteración orgánica puede ser un desenlace de la confluencia entre dos orientaciones: por un lado los estados de desvitalización, de apatía, combinada con el pensamiento numérico, y por otro lado el descubrir tardíamente que se ha confiado en la palabra de alguien falso o absurdo. Sobre todo cuando el paciente supone haber creído ingenuamente en las palabras de alguien que miente, queda expuesto a un estallido de furia mudo contra el personaje falso y sobre todo contra sí mismo por haber creído. Este estallido de furia contra sí mismo es una de las formas de la vergüenza, del sentimiento de inferioridad, y parece fortalecer el peso de la otra orientación, en la que predominan los estados de desvitalización.

En cuanto al pensamiento numérico, parece darse una transformación desde un estado inicial de desvitalización (correspondiente a la situación predisponente) a otro (correspondiente al momento del acto violento o al momento del consumo), de transitoria re-energetización. En las afecciones psicósomáticas, este momento de re-energetización puede ser que corresponda a los estallidos de furia impotente sin freno, presentes en el agravamiento de la patología.

De estas dos orientaciones, la central parece la segunda (inherente a los estados de astenia), mientras que la primera (dependencia de un personaje falso o absurdo), que habitualmente le hace de complemento y refuerzo, puede llegar a faltar, o a tener un carácter poco relevante. O quizá esta furia por haber dependido de personajes absurdos o falsos solo quede accesible en algunos casos cuando el paciente adquiriera mayores recursos psíquicos para pensar sus propios estados de inermidad.

Suele ocurrir que la combinación de estas dos orientaciones se complejice por el hecho de que el paciente tiene que tramitar además vivencias de injusticia y/o desamor, que a menudo constituyen los componentes más evidentes de la realidad conflictiva, hasta el punto de conformar torbellinos de obsesiones incesantes e irresolubles. Solo al enfocar las dos orientaciones antes descritas es posible encontrar la punta del ovillo para encarar tales realidades conflictivas en que el paciente queda atrapado, sea en sus estallidos de celos, sea

en las vivencias de sufrir acusaciones infundadas, sea en los fracasos para lograr el amor de una pareja o los hijos.

### Defensas centrales y complementarias

Hemos establecido ya que el mecanismo central está constituido por la desestimación del afecto. La desestimación del afecto es un mecanismo descrito por J. Mc Dougall (1989) para las afecciones psicósomáticas, las adicciones, las neurosis post-traumáticas. Se caracteriza por despojar de cualidades a los procesos psíquicos. Cabe destacar que la cualidad es considerada por Freud (1950a) el primer producto psíquico, anterior a las huellas mnémicas, la vida de fantasía, etc. Las cualidades surgen con el desarrollo de la conciencia inicial, son precisamente el contenido de esta conciencia. Las cualidades derivan de una transformación de los procesos puramente cuantitativos en los procesos neuronales, y son posibles porque las neuronas son sensibles a las frecuencias (o, como diría Lacan – 1963-64-, los períodos) de dichos procesos, que ya carecen de la magnitud de los componentes cuantitativos. Las cualidades iniciales son de dos tipos: las impresiones sensoriales y los afectos, entre los cuales los afectos tienen un carácter más básico y originario. Precisamente, la desestimación del afecto se opone a este proceso de cualificación.

Dicho mecanismo se combina con otro, la fuga. En cuanto a la fuga, en “Pulsiones y destinos de pulsión” Freud (1915c) destaca que el yo temprano (yo realidad inicial) diferencia el estímulo endógeno del exógeno porque del primero no puede fugar. De este modo, el mecanismo de fuga le permite distinguir las exigencias pulsionales, que requieren trabajo psíquico, del resto de las incitaciones que lo asedian.

Cuando fracasan estas dos defensas, entonces el yo puede recurrir a otras, entre las cuales Freud destacó una: la proyección orgánica. En efecto, en *Más allá del principio de placer* Freud (1920g) afirma que se trata de una defensa temprana que pretende arrojar fuera todo lo perturbador, incluso “las excitaciones internas que produzcan una multiplicación de displacer demasiado grande”, a las cuales se tenderá a tratar “como si no obrasen desde adentro, sino desde afuera, a fin de poder aplicarles el medio defensivo de la protección antiestímulo. Este es el origen de la proyección, a la que le está reservado un papel tan

importante en la causación de procesos patológicos” (pág. 29). Esta defensa puede pretender expulsar y destruir como ajenos sectores propios, como ocurre en las situaciones de violencia.

Esta tríada (fuga, desestimación del afecto, proyección) evoca la propuesta de diferentes autores acerca de las defensas en las neurosis post-traumáticas (entre los numerosos trabajos podemos citar a Perry y Pate, 1994, Kilpatrick et al, 1998 y Bracha, 2004), quienes aluden a las tres “F”: flight (volar, huir), fight (pelear), freeze (insensibilidad desvitalizada). Cuando no es posible la fuga, entonces sobreviene la violencia, y si tampoco esta está disponible surge la apatía. Cabe señalar que, en la propuesta de las tres “F”, la insensibilidad apática equivaldría solo a un estado de la desestimación del afecto, el exitoso/fracasado, pero no al fracaso de esta defensa, cuando sobrevienen las crisis de pánico, ni a su éxito, cuando surge la euforia violenta. El tema de los estados de las defensas se retoma poco más abajo con algo más de detalle.

Ahora bien, en ocasiones el mecanismo expulsivo (inherente a la euforia violenta) es remplazado por otros, como la incorporación, que predomina en la ingesta de alimentos, el consumo de drogas, el alcoholismo. Por fin, en otras ocasiones esta proyección orgánica es sustituida por otra defensa, la introyección intracorporal. Esta defensa parece el inverso de una proyección intracorporal, que no constituye una defensa sino un acto psíquico, que tiende a fundar una zona erógena en la superficie del cuerpo a partir de la proyección de la exigencia pulsional. Freud (1905d) sostiene que la tensión pulsional, correspondiente a la periferia interior del cuerpo, es proyectada en la periferia exterior, donde se desarrolla una vivencia placentera, y se habilita de este modo un nuevo espacio en el cuerpo, la zona erógena. Esta proyección habilita pues una zona en la periferia del cuerpo, estimulable desde el mundo, a partir de una periferia interior, y tiene un carácter fundante de un nuevo espacio. Freud sostiene que este proceso proyectivo puede darse en forma invertida, con lo cual desde la periferia exterior se constituye una alteración en la economía pulsional, proceso este que nos parece central para el desarrollo de las afecciones psicósomáticas. Mientras que en la expulsión fuera del yo de lo que debería formar parte de este y en la incorporación tienen predominio decisiones y acciones ligadas con la motilidad voluntaria, en la introyección orgánica, intracorporal, esta motilidad está ausente. En consecuencia,

consideramos que la introyección orgánica es un mecanismo complementario más severo que la incorporación y que la expulsión violenta, ya que no resulta posible inhibirlo con los argumentos que podrían emplearse para frenar los otros dos.

Freud (1985) sostuvo que las diferentes neurosis de transferencia (histerias de conversión y de angustia, neurosis obsesivas) tienen un mecanismo común: la represión, y que los rasgos específicos de cada una derivan de las defensas complementarias, que sobrevienen ante el fracaso de la represión. Entonces pueden aparecer mecanismos como la identificación, en las histerias de conversión, el desplazamiento y la proyección, en las histerias de angustia, la anulación y el aislamiento, en las neurosis obsesivas. Del mismo modo, en las situaciones en las que predominan las alteraciones orgánicas, existen algunos mecanismos comunes, como la desestimación del afecto y la fuga, y otros diferenciales, que surgen cuando fracasan los primeros. Estos mecanismos diferenciales son la expulsión, en la violencia (como en los relatos de los 15 episodios antes estudiados), la incorporación, en las ingestas de todo tipo (como en los casos de Giuliano, Ricardo y Cristóbal), la introyección orgánica, en las afecciones psicósomáticas (como en los casos de Alberto y Zulma).

#### Estados de la economía pulsional y estados de la desestimación del afecto

El surgimiento de la cualificación requiere de al menos dos procesos, uno inherente a la economía pulsional de cada sujeto y el otro inherente a los vínculos. El primero consiste en que haya una armonía en cuanto a las frecuencias propias de diferentes exigencias pulsionales, es decir, que no se creen contradicciones difícilmente salvables entre, por ejemplo, la pulsión de dormir, la de respirar y la ligada con la alimentación. El segundo consiste en que haya un nexo con un interlocutor que contribuya con sus estímulos al desarrollo de estos procesos de cualificación, a la manera de un contexto ni intrusivo ni ausente.

Hecha esta descripción general, es conveniente volver a las situaciones en que predominan los estados de desvitalización, los cuales parecen ser consecuencia de las perturbaciones en estos procesos iniciales tendientes a la cualificación, sea uno u otro el factor determinante (la economía pulsional de cada sujeto o la economía pulsional vincular), o la combinación entre ambos.

De este conjunto hasta ahora nos referimos sobre todo a los estados de desvitalización o astenia, que parecen ser el equivalente de los estados de dolor psíquico, claro está, siempre y cuando exista un sujeto que capte cualidades. Freud (1895, Manuscrito G) sostuvo, en efecto, que existen equivalencias entre la tristeza y la astenia, y que en ambos ocurre una hemorragia libidinal. La diferencia entre ellos es que en la tristeza la hemorragia se da en lo psíquico, por la libido que se pierde en la investidura de la representación de un objeto perdido, mientras que en la astenia la hemorragia pulsional se da en lo orgánico. Estos estados de desvitalización pueden tener el carácter de una vivencia de agonía en soledad.

Pero existe otro estado afectivo al que Freud (1926d) dio gran importancia, la angustia automática, que difiere de los estados de astenia. Esta angustia deriva de la vivencia de inermidad de lo anímico ante las exigencias pulsionales o externas que demandan tramitación, y ante las cuales el yo no dispone de recursos. Esta angustia automática, que algunos autores denominan crisis de angustia o estados de pánico, puede ser una reacción ante la vivencia de agonizar en soledad, es decir, parece un estado afectivo secundario a la astenia antes descrita.

Por fin, el ciclo culmina en un estallido de furia, que constituye una tentativa de rescatarse de la vivencia de agonía. Este estallido de furia contiene algo de los estados de desvitalización y de angustia automática antes descrita.

Podemos combinar esta descripción de los estados de la economía pulsional con la descripción de los estados de la desestimación del afecto. Para comenzar, conviene aclarar que todas las defensas pueden tener tres estados: exitoso (cuando se rechaza algo fuera del yo y surge un estado eufórico, de mayor o menor intensidad), fracasado (cuando eso rechazado retorna y surge un momento de angustia), mixto (cuando eso rechazado no retorna pero no surge una vivencia de euforia sino un estado de tristeza). En el caso de la desestimación del afecto, cuando la defensa tiene éxito sobreviene una euforia química, correspondiente a los estallidos de furia, cuando fracasa surge una crisis de angustia y cuando la defensa es exitoso/fracasada sobreviene la depresión asténica.

Suele ocurrir que el momento más peligroso para la vida psíquica de muchos pacientes es aquel en que la defensa patológica resulta exitosa. Así ocurre con los momentos de euforia

de las psicosis o de ciertas caracteropatías trasgresoras. Algo similar ocurre en las patologías que estamos estudiando: cuando prevalece el estado exitoso de la desestimación del afecto, el paciente queda más expuesto a los procesos que culminan en una alteración somática, en la tentativa de procesar la propia violencia recurriendo a la incorporación, a la introyección orgánica, etc. El caso Cristóbal muestra que el éxito de la desmentida (cuando logra engañar al aparato que lo oxigenaba) se acompañaba de un paradójico éxito de la desestimación del afecto (en especial con el cierre de glotis e inclusive la disminución en el aporte de oxígeno), a costa del resto del cuerpo. Así, pues, la alteración somática, que resulta un desenlace de estos momentos de euforia correspondientes al éxito del sistema defensivo, constituye a su vez una expresión del fracaso de dicho sistema, claro que en otro lugar del cuerpo, sea el propio, sea el de otros.

En consecuencia, existen dos momentos en que fracasa el sistema defensivo: en el primero sobreviene la crisis de angustia (que suele estar acompañada por un cortejo sintomático orgánico: taquicardia, dificultades respiratorias, sudoración, que tiene un carácter transitorio) y en el segundo (mediado por el momento de euforia violenta o sus equivalentes) surgen las alteraciones corporales. En el primer momento fracasan sobre todo defensas como la desmentida o la desestimación de la realidad y la instancia paterna, y en el segundo, tienen éxito estas defensas así como la desestimación del afecto, al menos en un sector del cuerpo, mientras que en otro, de manera simultánea o sucesiva, esta última defensa fracasa.

#### Sobre las crisis de angustia y la escena intrapsíquica desplegada en el momento expulsivo

El caso de Zulma conduce a que encaremos algunas consideraciones complementarias y aclaratorias. Recordemos que la tía de la paciente tendía a acusar a la paciente, por lo cual esta podía sentirse objeto de persecuciones injustas. En su estado de parálisis psíquica, uno de los estados confusionales en que podía ingresar la paciente consistía en no poder decidir qué era justo y qué injusto. En el tratamiento fue posible inferir que este punto no era el central, sino otro tipo de confusión o de caos, consistente en no poder decidir si un juicio era verdadero o falso. Existe otro caos que puede tener relevancia en pacientes como los antes descritos, como ser un caos de sentimientos, como los promovidos en Giuliano por sus dos hijos, uno que tenía pensamientos absurdos y el otro con argumentaciones falsas y



pensamiento especulador. El paciente quedaba sumido en una confusión de sentimientos encontrados, que parecían derivados de los intercambios con uno y otro de sus hijos. Sin embargo, esta confusión o caos de sentimientos parecía derivada de los intercambios con un hijo que a veces se volvía mentiroso y con otro que tenía pensamientos absurdos. De modo que este caos en los sentimientos parecía un efecto de la dependencia del paciente respecto de uno y otro hijo.

Así que hasta el momento tenemos inventariados tres tipos de caos: en cuanto a los juicios justos e injustos, en cuanto a los estados afectivos, en cuanto a los juicios verdaderos y falsos. Nos queda por considerar aún otro tipo de caos, más bien orgánico: la perturbación en la economía pulsional, como la que puede darse en esos pacientes con un problema respiratorio que entonces incrementan el consumo de cigarrillos o cierran la glotis en lugar de oxigenarse.

Cada una de estas vivencias caóticas va acompañando a un tipo de angustia diferente. El caos ligado con la confusión entre los juicios relativos a lo justo y lo injusto deja al sujeto atrapado en una realidad sin ley, mientras que el caos en cuanto a los sentimientos puede conducir a una condensación entre afectos cada vez más contradictorios, que interfiera desarrollar nexos de amor y de odio. A su vez, el caos en cuanto a los juicios verdaderos y falsos crea un atrapamiento lógico, una parálisis en el pensar acerca de una realidad cada vez menos comprensible. Por fin, la confusión en cuanto a los estados corporales crea un estado de caos orgánico, correspondiente a una creciente descomplejización vital.

En los pacientes en los que predomina la alteración orgánica tienen eficacia todos estos tipos de caos, aunque algunos resultan sobre todo complementarios, como el caos ligado con los juicios justo-injusto y el caos de sentimientos. En cambio, el atrapamiento lógico y el desorden intracorporal parecen centrales.

En cuanto a la violencia, correspondiente al momento en que la defensa es exitosa, cabe aún agregar que el movimiento expulsivo o sus equivalentes (introyección orgánica, etc.) al mismo tiempo implica arrojar fuera un sector de la propia vida psíquica capaz de captar cualidades sensibles y sobre todo afectivas, y capaz de registrar y procesar las propias exigencias pulsionales, como la de dormir, respirar, alimentarse o protegerse del frío. Es

decir, se despliega en la vida psíquica del paciente un vínculo entre dos sectores: uno en el cual tienen cabida los estímulos pulsionales, los procesos endopsíquicos y las cualidades del mundo, y otro que pasa de la indiferencia a la expulsión de todo ello fuera de sí. En consecuencia, se despliega en el mismo paciente un vínculo que quizá en el origen se dio en términos intersubjetivos.

### Bibliografía

Alvarez, L. E., Maldavsky, D. y Manson, M. (2008). Sobre las fijaciones pulsionales, las defensas y su estado en un paciente con psoriasis, estudiado con el Algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y procesos cognitivos*, 11, 114-135.

Bracha, H. S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrums*, 9(9), 679-685.

Cesio, F. (2010) *Actualneurosis*. Editorial La Peste, Bs. As.

Freud, S. (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*, AE, VII.

(1915c) Pulsiones y destinos de pulsión, AE, XIV.

(1915e) Lo inconciente, AE, XIV.

(1918b) De la historia de una neurosis infantil, AE, XVII.

(1920g) *Más allá del principio de placer*, AE, XVIII.

(1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, XX.

(1950a {1895}) Manuscrito G: Melancolía, en *Los orígenes del psicoanálisis*, AE, I.

(1950a {1895}) Proyecto de psicología para neurólogos, AE, I.

(1985) *Übersicht der Übertragungsneurosen*. Ein bisher unbekanntes Manuskript. Francfort, S. Fischer.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Freedy, J. R., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., & van der Kolk, B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct—criteria A through E. *DSM-IV Sourcebook*, 4, 803-844.

Lacan, J. (1963-64) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1987.

Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

(1995a) *Pesadillas en vigilia: Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

(1995b) *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

(1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.

(1998) *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.

(2007). El caso Z revisado. Investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el algoritmo David Liberman (ADL). *Clínica e Investigación Relacional*, 192-224.

(2008) Yo-realidad inicial: conceptos e investigaciones sistemáticas, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 11, 77-98.

Maldavsky, et. al. (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires.

Maldavsky, D., Almasia, A. (2001) Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 4, 115-154.

Maldavsky, D., Magraner, B., et al (2013) La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo, <http://apra.org.ar/pdf/lapugna.pdf>

Maldavsky, D., Plut, S., Rembado, J. M. (2013) Un estudio psicoanalítico de las notas periodísticas sobre la violencia de orientación fundamentalista, cap. 14, *ADL. Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de deseos y defensas en el discurso*, ed. Paidós, en prensa.

Maldavsky, D., Scilletta, D. (2013) Estudio de los deseos y las defensas en una paciente y de las intervenciones de la terapeuta, *ADL. Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de deseos y defensas en el discurso*, ed. Paidós, en prensa.

Marty, P. y de M'Uzan, M. (1963). La «pensée opératoire». *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1.345-356.

Mc Dougall, J. (1989) *Teatros del cuerpo*, Madrid, Julián Yébenes, 1991.

Perez Zambón, S. (2010). Estudio de deseos y defensas en dos pacientes oncológicos. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 14(2), 167-174.

Perry, B. D., & Pate, J. E. (1994). Neurodevelopment and the psychobiological roots of post-traumatic stress disorder. *The neuropsychology of mental illness: A practical guide*, 8.

Plut, S. (2010). Si me dices que vas a Cracovia. *Actualidad Psicológica*, 382.

Roitman, C. (2005). Trauma temprano. Escisiones en el yo inicial. Su incidencia en trastornos psicosomáticos y adicciones. *Revista de Psicoanálisis*, 62(2), 351-366.