

Aproximación al análisis de datos cualitativos. Aplicación en la práctica investigativa  
Editorial de la Universidad del Aconcagua  
Tomo I. Capítulo 10  
(2011)

Aplicación de un método de investigación sistemática al discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel. Contraste entre los diferentes resultados obtenidos<sup>1</sup>  
(Delia Scilletta)

### **1.-Introducción**

Este trabajo forma parte de un estudio cuyo objetivo es dilucidar los procesos psíquicos, entendidos como la combinatoria entre pulsiones y defensas en juego, que se ponen de manifiesto en los momentos que anteceden a los daños autoinfligidos en piel. En esta oportunidad nos propusimos poner en evidencia la comparación de los diversos resultados obtenidos a través de la aplicación de los tres instrumentos que componen el método algoritmo David Liberman (ADL) a una muestra constituida por el discurso textual de dos pacientes. Es importante aclarar que sólo se tomarán los instrumentos para el análisis del discurso verbal, y no los que permiten estudiar componentes fonológicos y movimientos.

### **2.-Planteamiento del problema y objetivos propuestos**

A partir del trabajo clínico en una sala de internación de un hospital de neuropsiquiátrico, se ponen de manifiesto diversas problemáticas sobre todo con algunas pacientes que presentan serias dificultades no sólo durante el tratamiento sino en el momento de ser externadas.

Este grupo de pacientes se diferencia de otros que pueden ser derivados a servicios como consultorios externos, hospital de día u otras instituciones según sea su diagnóstico, situación familiar y social.

Se presentan con frecuencia pacientes cuyas características exceden la contención que pueden brindar los servicios e instituciones vigentes surgiendo diversas interrogantes acerca de los motivos de dicha dificultad.

Pueden pensarse varios aspectos que se encuentran imbricados como la realidad externa con una difícil situación social que acrecienta y agrava los conflictos en las instituciones vigentes.

Hay otras instancias que enfrenta el ser humano, no de la realidad exterior sino del interior mismo del psiquismo, y es precisamente sobre este punto que se intentará reflexionar, partiendo del concepto de desvalimiento psíquico.

Cuando Freud habla de las situaciones traumáticas frente a las cuales el ser humano se encuentra desvalido, homologa el peligro externo o realista con el peligro interno o de exigencia pulsional diciendo que la situación económica es la misma en ambos casos.

”En el nexo con la situación traumática, frente a la cual uno está desvalido coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional. Sea que el yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción, la situación económica es, en ambos, la misma, y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico.” (1926, pág.157).

Se abren en este punto diversas interrogantes si se liga la concepción del cuerpo desde el psicoanálisis como fuente pulsional (química), lugar de desplazamientos energéticos

---

<sup>1</sup> Agradezco la supervisión del Dr. David Maldavsky

que pueden concentrarse y neutralizarse en procesos de intoxicación y desintoxicación, con el concepto de pulsión de muerte que Freud introduce en 1920.

Qué tipo de diferenciación o especificidad puede establecerse en la clínica de los procesos tóxicos, a partir de las diversas vías de derivación que encuentra el incremento de la tensión pulsional en el organismo en:

- 1- los estados hipocóndricos, en los momentos de retracción de los cuadros psicóticos,
- 2- los cuadros psicósomáticos,
- 3- los cuadros adictivos,
- 4- los cuadros que se auto infligen daño corporal

¿Algo de lo vital estaría evidenciando un estado de descomplejización psíquica, como consecuencia del incremento o predominio de la pulsión de muerte?

¿Es posible establecer nexos y diferencias entre los intentos de suicidio y otros modos en que se pone en evidencia la pulsión de muerte, como en los cuadros citados?

Asimismo surgen interrogantes en torno a los diferentes afectos, percepciones, tipos de lógicas, regresiones, pulsiones, defensas, el mundo sensorial y motriz, las posiciones en las que se ubican en los relatos y los tipos de ideales evidenciados.

Si se parte de la clasificación de los cuadros tradicionales puede decirse que la neurosis presenta un cuerpo pasible de ser simbolizado, es un cuerpo que habla, y que presenta palabras dirigidas a algún interlocutor válido.

En las enfermedades psicósomáticas, en cambio, el sujeto carece de un universo simbólico ligado al campo de las palabras y de las fantasías; prevalece en él un mundo plagado de cifras y números.

Lacan (1964) afirma que en el fenómeno psicósomático no existe un cuerpo marcado por una letra sino por un número. Se refiere allí a la frecuencia, período, ritmo, en términos de presencia-ausencia de un estímulo sensorial. Los estímulos se considerarán idénticos siempre y cuando posean la misma frecuencia.

Estas cantidades tienen una distribución temporal, un período que se transmite por el sistema nervioso. Las cantidades mundanas no acceden a dicho sistema debido a la presencia de una barrera protectora.

Pero también el propio cuerpo, como un otro diferente, igualmente cuantitativo, resulta exterior al sistema nervioso, y desde él ciertas cantidades y sus correspondientes períodos resultan estímulos ineludibles.

Emerge entonces la pregunta acerca de la significación que se le otorga al número en lo anímico y cuál es la relación del mismo con los procesos psicósomáticos, adictivos y tóxicos en general.

Refiere Maldavsky (1996) que “cuando prevalece el conflicto con la conciencia moral el paciente se halla inmerso en un mundo de autorreproches, pero cuando a ello se le agrega una alteración de la autoconservación, la realidad se puebla de cuentas que no cierran y que sólo se saldan entregando pedazos del cuerpo (mutilaciones, adicciones, accidentes, afecciones psicósomáticas), o la totalidad del organismo viviente.” (pág. 224)

¿Qué sucede entonces en los sujetos en los cuales el propio cuerpo carece de simbolización de manera similar a lo que sucede en las enfermedades psicósomáticas, pero el daño corporal no se realiza de manera inconsciente como puede ser un proceso ulceroso o de hipertensión arterial sino de manera activa y manifiesta evidenciando una necesidad imperiosa de agredir el propio cuerpo?

Por otro lado, con el objeto de dar mayor especificidad al problema planteado, diremos que una vez realizada la revisión crítica de la bibliografía se desprende del estado del arte que un aspecto no ha sido estudiado aún, la temática planteada desde la perspectiva psicoanalítica y con un método acorde al psicoanálisis.

Como síntesis de los recorridos arriba mencionados, surgen las siguientes preguntas de conocimiento alrededor de las cuales se articula este estudio:

- ¿Cuáles serán las pulsiones predominantes en los pacientes que se autoinfligen cortes en piel?
- ¿Cuáles serán las defensas o combinatorias defensivas privilegiadas en dichos pacientes?

Para dar respuesta a estos interrogantes se analiza el discurso textual de dos pacientes, una de ellas se encontraba internada debido a que se autoinfligía cortes en piel y la otra realizaba tratamiento ambulatorio en la misma institución presentando el mismo padecimiento.

Se constituyeron así dos objetivos generales:

- 1.- Explorar las pulsiones predominantes en pacientes que se autoinfligen cortes en piel.
- 2.- Explorar las defensas o combinatorias defensivas predominantes en pacientes que se autoinfligen cortes en piel.

También dos objetivos específicos:

- 1.- Explorar el mundo sensorial y motriz en pacientes que se autoinfligen cortes en piel.
- 2.- Explorar las posiciones en el discurso de pacientes que se autoinfligen cortes en piel.

La diversidad de patologías que se encuentran dentro de los cuadros tóxicos se presenta como toda clínica como una exigencia de trabajo para la teoría. Teniendo en cuenta que las mismas forman parte de una combinatoria problemática del contexto institucional y social, justifica el presente desarrollo la necesidad de esclarecer algunos interrogantes como los arriba expuestos que permitan una mayor comprensión de estos cuadros y la complejización de sus especificidades y abordajes terapéuticos.

### **3.- Estado del arte**

#### **3.1 Orígenes de la práctica autolesiva (1)**

Se focalizará ahora la temática específica de las autolesiones mediante la realización de cortes en piel y se sintetizará el recorrido bibliográfico.

En relación a los orígenes de estas prácticas puede decirse que algunas de ellas datan de mucho tiempo atrás, sin embargo, parecen tener diversos significados, sobre todo teniendo en cuenta los contextos sociales. Muchas veces son motivadas por causas culturales que corresponden a tradiciones arraigadas y centenarias que imponen estos ritos a determinados grupos sociales.

Los primeros antecedentes de mutilación se encuentran en la antigua Grecia, donde se practicaba la circuncisión, que consistía en retirar la piel que rodea al glande. Esto, al parecer, tenía un significado jerárquico dentro de la sociedad egipcia. Con el paso del tiempo, esta práctica fue adoptada por pueblos como el judío y el griego, que identificaban a los hombres no circuncisos como bárbaros.

En la actualidad, para las tribus Masai de Kenya, (del norte y centro de África) el hecho de mutilarse una parte de su cuerpo es sinónimo de renacer. Implica el final de la niñez y el comienzo de un nuevo camino de madurez. Desde esta perspectiva, se supone que

tanto mujeres como hombres serían capaces de enfrentar cualquier reto de la vida, después de atravesar por un dolor como el que significa la mutilación. Practican la circuncisión como un ritual de bienvenida a los niños, ceremonia que lo convierte en un nuevo hombre al que se le permite tener relaciones sexuales.

La infibulación, también conocida como clitoridectomía, es una práctica que se realiza en algunas culturas de África y Asia y consiste en la remoción total o parcial del clítoris de la mujer y la deformación de los labios.

Para algunos, la infibulación es parte de una ceremonia de iniciación, con la que la niña ingresa a la madurez sexual y le es permitido procrear. También es para ellos una forma de resguardar la virginidad, impedir la masturbación y el placer durante el acto sexual. Refieren que si las niñas no hacen este ritual, toda clase de castigos (incluida la expulsión de la tribu) recaerá sobre ellas.

En África se lleva a cabo en forma generalizada en 28 países. En el Oriente Medio se practica en Egipto, Omán, Yemen y los Emiratos Árabes Unidos. También existen registros de prácticas en casi toda Europa y Estados Unidos.

Sin embargo, la circuncisión, tanto femenina como masculina, que practican las culturas africanas, se traduce para otras culturas en mutilación y es considerada una práctica denigrante y cruel, afirmando que la principal razón de ser de la infibulación, radica en un ancestral machismo que busca privar a la mujer de sus órganos sexuales. Debido a ello el 6 de febrero del año 2003 se impuso el Día Mundial contra la Mutilación Genital Femenina. Según el Comité Interamericano sobre Prácticas Tradicionales, han sido infibuladas 135 millones de niñas y cada año 2 millones corren el mismo riesgo.

Dentro del concepto mutilación se encuentran prácticas tan diversas como la circuncisión, la infibulación, la castración y hasta la automutilación, que en la actualidad en algunos países está relacionada con tendencias y hasta con modas.

Por otro lado, también hay quienes reconocen encontrar una alternativa de vida en estas prácticas. No son pocos los países en los que existe un movimiento importante de personas que acuden a la remoción voluntaria de alguna parte del cuerpo o automutilación, con fines estéticos o decorativos y que llaman arte.

### **3.2 La definición**

Cortarse es la forma más común de herida autoinfligida (SI, por su sigla en inglés, *self injured*). En respuesta a las preocupaciones que giran en torno a esta temática se creó una Red Internacional para el Estudio de la auto-lesión.

En el año 2006 los principales investigadores en este ámbito trabajaron en pro de un consenso en relación con cuestiones claves. Un año más tarde, en junio de 2007, se definió como: “La deliberada, auto-infligida destrucción de tejido corporal resultante en daño inmediato, sin intención suicida y con fines que no sean socialmente sancionados” con la coincidencia de varios autores (Gratz, 2006, p. 241; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, y Kelley, 2007).

Como tal, este comportamiento se distingue de conductas suicidas que manifiestan la intención de morir, de las sobredosis de drogas, y de otras formas de comportamientos auto-perjudiciales, incluidos los sancionados culturalmente y los realizados para mostrar efectos estéticos; formas repetitivas, estereotipadas encontrados entre individuos con trastornos del desarrollo y discapacidades cognitivas, y las formas más graves (por ejemplo, la auto-inmolación y auto-castración) que se encuentran entre las personas con psicosis, la SI puede entenderse como un subconjunto de esta gama más amplia.

### **3.3 Las estadísticas**

Ana Muñoz (1990) refiere la dificultad para dilucidar la frecuencia en que se presenta esta patología porque suele ser una conducta secreta. Las líneas telefónicas de ayuda reciben llamadas de personas que se han autolesionado durante años sin comunicarlo debido a la vergüenza, el miedo al rechazo y desprecio de los demás. (2)

Las estadísticas son difíciles de reunir y varían ampliamente, estudios recientes estiman que entre el 1-15% de la población de los EE.UU. (2-8 millones de personas) se realizan cortes en piel. (Deiter, Nicholls, & Pearlman, 2000; Salud & Ross, 2002; Purington & Whitlock, 2004).

En Gran Bretaña una fundación privada (Fundación Camelot) realizó una encuesta nacional sobre autoflagelación que arrojó que una de cada diez jóvenes se lastima. Mientras que una línea telefónica de ayuda adolescente (Childline) de ese mismo país registró, los últimos dos años (2008-2009), un aumento de llamadas de un 65% de jóvenes preocupados por el tema. (3)

Cerca de un diez por ciento de las hospitalizaciones son el resultado de autolesiones. Las mujeres tienen mayor riesgo de dañarse a sí mismas entre los 15 y 19 años; los hombres, entre los 20 y 24 años. Whitlock, Eckenrode, y Silverman (2006), informaron de una muy pequeña diferencia de género. Sin embargo, los últimos estudios han encontrado, en general, tasas similares de hombres y mujeres (Brière y Gil, 1998; Klonsky et al., 2003; Whitlock et al., 2006). Las principales diferencias de género se encuentran en los métodos empleados para la autolesión ya que las mujeres son más propensas a cortarse mientras que los hombres parecen más propensos a quemarse. (Claes, Vandereycken, 2006; Laye Gindhu y Schonert-Reichl, 2005).

Refieren estos autores que la mayoría de los casos admitidos en hospitales se relacionan con sobredosis de drogas. Alrededor de la mitad de los hombres ingresados en hospitales por autolesiones y un cuarto de las mujeres, ha bebido alcohol durante las horas previas. Alrededor de un cuarto de las personas en tratamiento por autolesiones, ha intentado también suicidarse.

En relación a la edad de inicio generalmente es de alrededor de los 13 ó 14 años (Favazza y Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, y Prinstein, 2006).

Scott Poland (2006) refiere que del 4 al 10 por ciento de los adolescentes tienen este comportamiento y que es más común en las niñas que en los niños. El personal de las

escuelas ha informado asimismo que esta conducta se presenta no sólo en los adolescentes sino también en niños de primaria superior.

Según una investigación realizada por Klonsky, D. y Muehlenkamp, J. (2007) aproximadamente el 4% de los adultos se autolesionan (Brière y Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003).

En Estados Unidos y Canadá, entre el 14-15% de los adolescentes han presentado al menos un episodio de SI (Gindhu-Laye y Schonert-Reichl, 2005; Ross & Heath, 2002). Un número similar ha sido encontrado en una muestra de estudiantes universitarios (Gratz, 2001; Whitlock et al., 2006).

También un estudio sobre la SI (Whitlock, Purington, Eells, y Cummings, 2006) examina las características (prevalencia, método, edad de inicio, frecuencia) de la autolesión y factores de riesgo asociados en una muestra de estudiantes universitarios. Los resultados revelaron que un 11,68% admitió que por lo menos una vez se autolesionaron y no se evidenció diferencia de género.

Las auto-lesiones se producen en aproximadamente el 20% de los pacientes psiquiátricos adultos (Brière y Gil, 1998) y entre el 40-80% de los pacientes psiquiátricos adolescentes (Darche, 1990; Di Clemente, Ponton, y Hartley, 1991; Nock y Prinstein, 2004).

En relación al origen étnico puede decirse que las tasas de auto-lesiones son más altas en los caucásicos que en los no caucásicos, una tendencia que se ha informado a través de poblaciones con trastornos psiquiátricos y forenses (Gratz, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, y Spirito, 2001; Jones, 1986; Maden, Chamberlain, y Gunn, 2000).

Otros estudios no han replicado este vínculo entre la etnicidad y la auto-lesión (Whitlock et al., 2006), aunque no se han encontrado hasta la fecha otros estudios que arrojen tasas más bajas en no caucásicos que en caucásicos.

### **3.4 Posibles causas**

#### **3.4.1 Características psicológicas**

En relación a las posibles causas se ha relacionado, entre otras cosas, con las características psicológicas del selfinjured. La más importante es tal vez la emocionalidad negativa, como la depresión y la ansiedad, (Andover, Pimienta, Ryabchenko, Orrico, y Gibb, 2005; Gratz y Roemer, 2004; Klonsky et al., 2003). Puede servir también para expresar ira o disgusto, para influenciar sobre otros, buscar su ayuda o para resistir pensamientos suicidas (Klonsky D.; Muehlenkamp, J., 2007).

También otros estudios demuestran que las personas que se auto infligen daños en piel al hacerlo obtienen el alivio de intensas emociones (Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, 2007; Gratz y Roemer, 2004). Los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006).

Las personas que se cortan, a menudo sienten que tienen poco control sobre su vida. Quizás también creen que es inútil, inadecuado o inconveniente expresar enojo o tristeza de manera directa hacia una persona o respecto de una situación (4).

Otra particularidad que presentan es el déficit en el manejo de la emoción. Además de evidenciarse una mayor presencia de emociones negativas las personas que se auto infligen daños corporales muestran también dificultades para registrar sus emociones y son más propensos a tener problemas para expresarlas en comparación con los que no se autoinfligen daño (Gratz, 2006).

Dos estudios encontraron que estas personas son más propensas a experimentar disociación (Gratz et. al. 2002; Zlotnick et al., 1996). Asimismo, tienen dificultades para identificar y comprender sus emociones, son menos concientes de las mismas en comparación a los que no se autoinfligen daños por lo cual se la ha relacionado con la alexitimia (Lundh, Karim, y Quilisch, 2007; Zlotnick et. al. 1996).

Además de evidenciar problemas con la emoción parecen particularmente propensos a ser auto-críticos y tener intensas experiencias auto-dirigidas de ira o desagrado. Estas experiencias de ira son frecuentemente citadas como causas de autolesión (Klonsky, 2007; Herpertz et. al. 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994) y, más recientemente, la baja autoestima (Lundh et al., 2007).

### **3.4.2 Diagnóstico psiquiátrico**

La manifestación del proceso auto-lesivo no implica la presencia de un determinado diagnóstico. Una abundante gama de investigaciones sugieren que dichas personas presentan diagnósticos heterogéneos con un amplio espectro de trastornos psicológicos (Klonsky et al., 2003; Nock et. al., 2006).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Edition Revision (DSM-IV-TR; Asociación Psiquiátrica Americana, 2000), las auto-lesiones aparecen sólo una vez, como síntoma de un trastorno de la personalidad borderline. Este diagnóstico se caracteriza por una emocionalidad negativa y disregulación de la emoción (Muñoz, 1995; Mennin et al., 2005). En consecuencia, el vínculo entre este diagnóstico y la auto-lesión no es de extrañar porque ambos presentan emocionalidad negativa y dificultad para su regulación y manejo como principales características.

Otros diagnósticos también indican un aumento de la probabilidad de auto-lesión, por ejemplo, los síntomas depresivos y los trastornos de ansiedad (Andover et al., 2005; Klonsky et al., 2003; Ross & Heath, 2002).

También hay razones para creer que la auto-lesión a menudo co-ocurre con los trastornos de la alimentación tales como la bulimia y la anorexia. El modo desordenado de comer puede ser motivado por emociones negativas comparables a los que tienden a preceder la autolesión (Jeppson, Richards, Hardman, y Granley, 2003; Mizes y Arbitell, 1991).

Una gran escala de estudios recientes de estudiantes universitarios encontró una correlación entre los síntomas de trastorno alimentario y la auto-lesión (Whitlock et al., 2006). Al mismo tiempo, no todos los estudios confirman este vínculo, y la mayoría de

los auto-injurers probablemente no tienen trastornos de la alimentación (Zlotnick et. al., 1999).

Las personas que sufren de trastornos de abuso de sustancias son más propensas a autolesionarse. En las auto-lesiones y en el abuso de sustancias subyacen similares procesos psicológicos y ambos producen daño fisiológico (en el cuerpo).

Joiner (2005) teoriza diciendo que el uso de sustancias ayuda a las personas a habituarse al violento daño autoinfligido. Aunque no hay pruebas directas de esta explicación conceptual, sí las hay que los individuos que presentan abuso de sustancias se autolesionan más que los no usuarios de drogas (Langbehn Pfohl, 1993).

### **3.4.3 Abuso sexual infantil**

Algunas teorías afirman que debido a que algunos SI se les prohibió revelar la verdad acerca de abusos y/o maltratos vividos en la infancia, utilizan la auto-mutilación como un modo de expresar al mundo el horror del abuso vivido. Refiere (R.P. Kluft, 1990) que la automutilación y otras conductas autodestructivas son comunes en personas que han sido víctimas de abuso sexual en la infancia, debido a las emociones intensas y desagradables que los recuerdos del abuso pueden llegar a producir, o bien como un modo de castigarse a sí mismas, por haber interiorizado una imagen negativa, con autodesprecio y baja autoestima (10).

Algunos profesionales de la salud mental dan por sentado que las personas que practican la SI han experimentado algún tipo de abuso de niños, especialmente abuso sexual infantil, y que el abuso conduce al desarrollo de SI. Por ejemplo, Noll y colegas (2003) proponen que en las víctimas de abuso sexual infantil que se autolesionan "pueden ser reactualizados el abuso perpetrado en ellos" (p. 1467) y Cavanaugh describe la auto-lesión como una "manifestación de abuso sexual" (2002, p. 97).

Sin embargo, la investigación sugiere una relación más modesta. Una reciente revisión global, resultado de 43 estudios, encontró que la relación entre el abuso sexual infantil y la auto-lesión fue modesto (promedio ponderado acumulado  $\phi = .23$ ; Klonsky y Moyer, 2007).

También se llegó a la conclusión de que el abuso sexual infantil y la auto-lesión pueden estar asociados ya que se correlacionan con los mismos factores de riesgo psicológicos (Kraemer et al., 2001). En suma, aunque el abuso de los niños puede desempeñar un papel importante para la población de SI, muchos de los que han sido víctimas de malos tratos no se van a auto-lesionar, y muchos de los que se autolesionan no han sido objeto de abusos.

### **3.4.4 Suicidio**

Las conductas suicidas son diferentes a las que llevan a las auto-lesiones aunque comparten algunos factores de riesgo psicosocial (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006). Las personas que se auto-lesionan no tienen necesariamente riesgo suicida, muchos de ellos nunca han intentado suicidarse ni tampoco tienen pensamientos suicidas.



Sin embargo, una parte considerable (50% de la comunidad, 70% pacientes hospitalizados), de la población SI ha intentado suicidarse al menos una vez (Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007; Nock et al., 2006). Esta investigación ha puesto en evidencia que dicha población manifiesta rechazo a la vida, mayor apatía, autocrítica exacerbada, menos conexiones familiares y menor temor al suicidio con el consecuente mayor riesgo suicida.

Los médicos han especulado mucho acerca de por qué las personas se auto-lesionan. Por ejemplo Klonsky (2007), como se dijo más arriba, refiere que la mayoría de las veces la autolesión es una estrategia para aliviar las intensas y abrumadoras emociones negativas tales como ira, ansiedad, frustración y tienden a estar presentes antes de producirse la autolesión y la misma es seguida, a menudo, por un sentimiento de alivio o tranquilidad. En esta investigación el autor expone las razones comunes que motivan la SI, por ejemplo, para liberar la presión emocional, para detener malos pensamientos o para manejar el estrés.

#### **3.4.5 Disociación**

Algunas personas que se dañan a sí mismas a veces se sienten irreales o no sienten nada en absoluto. Estas experiencias pueden ser aterradoras y algunos sujetos pueden utilizar el auto daño para interrumpir estos episodios disociativos. El daño físico o la vista de la sangre pueden ayudar al self injurers a recuperar un sentido de sí mismo. Algunas razones manifestadas para realizar autolesiones se encuentran ligadas con las sensaciones, o sea, realizan el acto para sentir algo (incluso si se trata de dolor), o para sentirse reales (Klonsky, Muehlenkamp 2007).

#### **3.4.6 Autocastigo**

Muchos auto-injurers identifican los motivos por los cuales se dañan con el autocastigo o la ira autodirigida. Este patrón es coherente con la baja autoestima en quienes se auto-lesionan (Klonsky et al., 2003; Lundh et al., 2007). Para estas personas la auto-lesión puede ser experimentada como familiar, como ego sintónica o auto-calmante.

#### **3.4.7 Influencia interpersonal**

En algunos casos, la auto-lesión puede ser una forma de vincularse con amigos. Algunas de las razones citadas que justifican la autolesión están ligadas a la búsqueda de atención, ayuda, apoyo y control de comportamiento en los demás. Asimismo es importante aclarar que algunas personas no son plenamente conscientes de que su auto-lesión es alentada o reforzada por sus efectos sobre los demás (Klonsky, Muehlenkamp 2007).

#### **3.4.8 La búsqueda de sensaciones**

Algunos pueden usar una lesión como un medio para generar entusiasmo o regocijo, las razones dadas por algunos selfinjurers son las de tener una experiencia de alta intensidad o divertida. Si se realizan por esta razón, las auto-lesiones pueden ocurrir en torno a amigos o compañeros. En cambio, si se producen como consecuencia de autocastigo, antisuicidio o como producto de conductas disociativas es más probable

que se realice en privado y se mantenga en secreto (Klonsky, D. Muehlenkamp, J., 2007).

### **3.4.9 Límites interpersonales**

Para algunas personas, las auto-lesiones se usan para afirmar límites: marcar la piel, que separa a las personas del entorno puede ayudar a algunos a sentirse más independientes, autónomos o diferentes. Muchos describen de la experiencia como algo que permite tener el control de sí mismos y sobre los otros, nadie más que ellos pueden tener el control (Klonsky, D, Muehlenkamp, J., 2007).

### **3.4.10 Relación con la sexualidad**

Algunos autores sugieren una relación entre una imagen corporal negativa y un aumento de síntomas de depresión e incidentes de SI (Muehlenkamp, Swanson, y Brausch, 2005). Una de las áreas de estudio que está empezando a ser explorada es la posible relación entre la sexualidad femenina y la SI. (Alexander & Clare, 2004; McKay, Gavigan, y Kulchycky, 2004; Skegg & Nada-Raja, 2003; Whitlock, et al., 2006a). Muchos estudios encontraron que las personas con una historia de SI tenían más probabilidades de ser mujeres bisexuales o que se cuestionaban su orientación sexual (Whitlock, Potencias, y Eckenrode, 2006b). La relación entre la SI y la sexualidad fue respaldada por un estudio (Skegg & Nada-Raja, 2003), cuyos autores sugirieron que una de las razones de esta correlación es la creencia de que la misma atracción sexual puede considerarse como preocupante por algunas mujeres como consecuencia de entornos que no validan la identidad sexual de estas mujeres. Esta falta de validación sexual y su posterior efecto sobre la SI también fue apoyada por un estudio cualitativo de dieciséis lesbianas o bisexuales con auto-lesiones. Estas mujeres informaron que sentían que no se les permitía expresar sus emociones sobre su sexualidad. Los investigadores también observaron que cuando se sienten diferentes, o rechazadas a continuación se auto-lesionan (Alexander & Clare, 2004).

### **3.4.11 La complejidad de las causas o multicausalidad**

Muchos estudios han examinado las causas fundamentales de esta conducta y concluyen que se relaciona con diversos factores tales como la búsqueda de atención, abuso de sustancias, estados de depresión, violencia y abuso sexual como precursores (Linehan, 1993; Saxe, Chawla, & van der Kolk, 2002; Gratz, Conrad & Romer, 2002; Crouch y Wright, 2004; Denov, 2004; Nicholson, 2004; Nixon, Cloutier, y Aggarwal).

Scott Poland (2006) refiere que es difícil la comprensión de este comportamiento para los adultos y que a menudo son muy críticos de las autolesiones. Estas son, por ejemplo, algunas de las razones que los estudiantes han compartido con este autor: que vierten en esta conducta la ira y la tensión y surge una inmediata liberación que se torna adictiva, que es una forma de castigarse a sí mismo y, por último, que el cuerpo expresa lo que las palabras no pueden decir. A su vez, este autor menciona múltiples explicaciones: biológica (debido a que a través del corte se produce la liberación de endorfinas); psicológica (porque este comportamiento a menudo es precipitado por una discusión con padres o amigos, o por una decepción o humillación, porque regula las emociones y también debido a que muchos autoinjures se avergüenzan de esta conducta y la ocultan); psicoanalítica, ya que es una forma de castigarse a sí mismo.

La literatura sobre las auto-lesiones se ha centrado históricamente en los factores de riesgo ambientales. Como tal, los investigadores han encontrado un vínculo entre el abuso sexual infantil y la aparición de este tipo de comportamiento en la adultez (Boudewyn y Liem, 1995), incluida la SI (Gratz, Conrad, y Roemer, 2002; Zoroglu et al. 2003). El abuso físico en la niñez también ha sido sugerido por otros autores como un posible factor de riesgo (Carroll, Schaffer, Spensley, y Abamowitz, 1980).

Sin embargo, Gratz (2006) señala que los factores de riesgo para SI pueden ser ambientales (por ejemplo, malos tratos en la infancia) o factores de riesgo individuales (por ejemplo, las dificultades para la expresión de la emoción y su intensidad).

A partir de un estudio realizado en una universidad con una muestra de 133 estudiantes (89 mujeres, 44 hombres), Gratz y sus colegas (2002) informaron que el trauma infantil, la inseguridad, el descuido, así como los abusos físico, sexual y emocional se correlacionaron significativamente con la frecuencia de SI medido por el número de incidentes de la vida. Además, indica que la salud materna y paterna, el abandono emocional, así como apego inseguro, predijeron significativamente SI en las mujeres, mientras que la separación del cuidador durante la infancia aumentó el SI previsto para los hombres.

Asimismo, este estudio realizado por Gratz y sus colegas (2002) es uno de los pocos estudios que examinaron el papel de la relación padre-hijo como un factor de riesgo para la SI. Los resultados revelaron que el abandono emocional y la calidad de los vínculos padres - niños fueron asociados con riesgo de SI en la edad adulta. Estos resultados señalan claramente la importancia de investigar tanto trauma infantil (abuso físico o sexual) como la calidad del vínculo padre-hijo como factores de riesgo en las muestras de SI.

Posteriormente, Gratz (2006) amplió estas conclusiones anteriores con un número mayor de muestras de la mujer. En este estudio, el autor llegó a la conclusión de que los malos tratos durante la infancia (un compuesto de abuso sexual, físico y / o emocional, abandono o sobreprotección), afectan de manera positiva la intensidad / reactividad y la frecuencia de auto-lesiones en las mujeres. Si bien estos dos estudios sugieren un vínculo entre el maltrato infantil y SI, no está claro qué aspecto de los malos tratos está contribuyendo a tal efecto. Asimismo, ambos estudios utilizaron una muestra que se limita solo a los estudiantes de psicología. Además, la sustancial discrepancia en la prevalencia (38% y 37% respectivamente) en relación con otras muestras similares (por ejemplo, Favazza, De Rosear, y Conterio, 1989; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006) sugiere que esta muestra no era plenamente representativa de los estudiantes universitarios.

Si bien estudios anteriores han documentado estos factores de riesgo, como los arriba expuestos, este es uno de los pocos que ha asignado un grupo de control con el fin de realizar una comparación precisa de la SI y la población en general. En relación con el grupo control, el grupo NSSI (*nonsuicidal self injury*) informa significativamente niveles más altos de emoción - disregulación, contextos menos seguros junto a los padres (o tutores), y más experiencias de trauma en la infancia y abuso.

Los participantes fueron reclutados para realizar un estudio sobre cómo los adultos jóvenes lidian con el estrés. Los estudiantes fueron informados verbalmente de que la

finalidad del estudio era explorar a los adultos jóvenes en el uso de diversas estrategias de afrontamiento (tanto de buena como de mala adaptación). Este pequeño engaño tenía como fin evitar la estigmatización de NSSI como señaló Gratz (2006).

Se realizó a través de un inventario (DSHI) -auto-cuestionario- que reúne 17 temas, basados en comportamientos, que ha sido desarrollado por Gratz (2001) para evaluar los daños autoinfligidos perjudiciales. El DSHI se realizó sobre la base de la definición conceptual de la NSSI expuesta más arriba.

También Ana Muñoz (1990) intenta esclarecer qué sucede en las personas que se dañan a sí mismas y cita a James Tighe, Raj Persaud y Richard P. Kluft, diciendo que tienen miedo de llegar a lastimar a alguien, así que vuelven su agresión hacia sí mismos buscando liberarse de ella. A veces se considera a estas personas como buscadoras de atención, o que se autolesionan porque creen que ésta es la única manera de comunicar o manejar malestar (2).

Puede comenzar como manera repentina de dejar salir ira, frustración o autodesprecio hasta llegar a convertirse en un modo de hacer frente a los conflictos que, al seguir ocultos, suelen generar más malestar.

Refieren estos autores que la severidad de la lesión no depende de la gravedad de los problemas subyacentes. En general, con el tiempo, la persona se hace más tolerante al dolor que se inflige, de modo que tienen que hacerse un daño más severo para obtener la misma sensación de alivio. Esta espiral puede dar lugar a dolencias permanentes e infecciones serias.

Las formas más frecuentes, puntualizan, son los cortes en los brazos, las manos y las piernas, y menos comúnmente la cara, el abdomen, los pechos e incluso los órganos genitales.

Muchas personas afirman que comenzaron a dañarse a sí mismas en la niñez, disfrazando los rasguños y moratones como accidentes y que progresaron hacia cortes y quemaduras más sistemáticas en la adolescencia.

Algunas personas que se cortan afirman que lo hacen porque se sienten muertas. Otras dicen que cortarse les genera una sensación momentánea de alivio ante un atroz vacío emocional. Otras veces las motiva una compulsión intensa de lastimarse. Cuando satisfacen el impulso de cortarse, sienten un alivio fugaz de la incontrolable tensión.

Por último, hacen referencia a otra teoría psicológica diciendo que todo comportamiento tiene consecuencias que lo están recompensando o castigando de algún modo, por ejemplo, lograr la atención de otra persona a través de la autolesión o castigarla de alguna manera por no haberla protegido de los abusos, por ejemplo.

Para finalizar, Nock, M.; Teper, R. y Hollander, M (2007) se refieren a las motivaciones de este comportamiento como multideterminado y que no puede ser explicado por un solo modelo. De un modo similar a Scott Poland (2006) sugieren varios factores que ayudan a explicar el desarrollo y mantenimiento de auto-lesión, aspectos a tener en cuenta a la hora de comprender esta conducta: biológicos (por

ejemplo, disfunciones serotoninérgicas), psicológicos (por ejemplo, la auto-crítica), el medio ambiente (por ejemplo, los medios de comunicación social).

Proponen cuatro factores que determinan la autolesión: uno intrapersonal, por ejemplo, cuando surge la necesidad de sentir algo; factores que incluyen síntomas de trastorno de estrés postraumático y de depresión mayor, por ejemplo, para deshacerse de sensaciones displacenteras o para distraerse de malos pensamientos; factores que incluyen estados de desesperación y una historia de intentos de suicidio; factores sociales (interpersonales), por ejemplo, para obtener la atención de otros.

En relación a la teoría biológica (2) afirma que los cortes desencadenan la liberación de endorfinas en el cuerpo que crean adicción. Según la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) los cortes liberan rápidamente endorfinas al torrente sanguíneo provocando una sensación de relajamiento. Estas sustancias son opiáceos naturales, químicos producidos por el sistema nervioso que, como cualquier otra droga producen una sensación de bienestar y alivian el dolor, mientras dura el efecto.

Se considera así que estas personas han llegado a ser adictas a sus propias endorfinas, motivo por el que continúan cortándose repetidas veces. Pueden incluso sufrir una especie de síndrome de abstinencia si no se cortan durante un tiempo. Los medicamentos usados para tratar adictos a la heroína son eficaces con quienes se autolesionan, pero sólo en las personas que dicen tener una sensación similar a la producida tras tomar drogas después de cortarse.

Esta teoría biológica pone en evidencia algunos aspectos ya planteados por Freud (1930). Es así que desde un punto de vista psicoanalítico puede decirse que:

“...los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo.”

“El método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación. No creo que nadie haya penetrado su mecanismo, pero el hecho es que existen sustancias extrañas al cuerpo cuya presencia en la sangre y los tejidos nos procura sensaciones directamente placenteras, pero a la vez alteran de tal modo las condiciones de nuestra vida sensitiva que nos vuelven incapaces de recibir mociones de displacer. Ambos efectos no sólo son simultáneos; parecen ir estrechamente enlazados entre sí. Pero también dentro de nuestro quimismo propio deben de existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador. Es muy de lamentar que este aspecto tóxico de los procesos anímicos haya escapado hasta ahora a la investigación científica... No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con ayuda de los ‘quitapenas’ es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones de sensación. Es notorio que esa propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino” (pág. 78).

## 6. Las técnicas

Algunas de las técnicas sugeridas por diferentes autores (2, 4) son hablar sobre el tema, contárselo a alguien, salir a caminar con un amigo, romper en pedazos periódicos viejos, escuchar música fuerte y bailar o encontrar alguna otra distracción o válvula de escape para canalizar sus sentimientos. Estas estrategias no reemplazan la ayuda de un tratamiento con un profesional, dicen, pero posiblemente resulten útiles en el corto plazo.

Asimismo parecen de suma importancia, señalan, los procesos empáticos. Decirles, por ejemplo, que saben de lo penoso de sus sentimientos, que deben resultar abrumadores algunas veces, al haber tenido que atravesar situaciones difíciles y, en consecuencia no es de extrañar que se sienta dolor y manifestar el deseo de ayudar a encontrar una manera de afrontar esas situaciones sin hacerse daño. A su vez, alertan sobre lo perjudicial que puede resultar no tomar en serio el dolor de alguien que se corta. Por ejemplo, decirles que valoren la vida maravillosa que tienen, o que las cosas no son tan malas como parecen, es probable que la persona sienta que no se le está dando importancia a su problema.

Por último, para finalizar, se detallarán algunas de las técnicas que estos autores proponen para reducir el riesgo de las lesiones.

- Parar e intentar descubrir qué tendría que cambiar para no sentir más el deseo de dañarse.
- Contar hacia atrás empezando desde el diez.
- Buscar cinco cosas alrededor, una para cada sentido, para dirigir la atención hacia ellas y hacia el presente.
- Respirar lentamente. Inspirar profundamente por la nariz y expulsar el aire por la boca.

Proponen que si perdura aún la necesidad de dañarse puede intentarse lo siguiente:

- Pintar una línea usando témpera y los propios dedos o dibujar con marcador rojo en la parte del cuerpo donde querían cortarse.
- Utilizar un saco como los de boxeo para golpear.
- Hacer flexiones rápidas, saltar o cualquier otro tipo de ejercicio físico intenso.
- Gritar (aunque sea un grito silencioso).
- Frotarse con hielo en la zona donde se siente el deseo de lesionarse. Muchos coinciden en los beneficios de esta técnica. Algunas personas sienten que el impulso de lastimarse desaparece también si aprietan un cubo de hielo contra la palma de la mano con fuerza, dicen que provoca la misma sensación en la piel que la producida por los cortes.
- Abrir cualquier libro al azar y empezar a leerlo en voz alta, o tener preparado un libro concreto para estos casos, un poema o algo que se haya escrito especialmente para leer en estos momentos. Si se profesa alguna religión puede recitarse una oración.
- Empujar con fuerza la pared, como si se quisiera desplazarla o echarla abajo (pero sin golpear, sólo empujar), o bien tirar de un objeto muy pesado, tratando de arrastrarlo.

Estas son estrategias, refieren, para utilizar justo en el momento en que surgen los deseos de dañarse. Proponen que luego pueden utilizarse otras estrategias:

- Buscar la ayuda de un psicólogo.
- Analizar con detalle qué es lo que lleva a tener esos sentimientos, qué pensamientos, situaciones o emociones concretas; qué sucedió justo antes de que surja el deseo de dañarse.
- Llevar un diario donde se puedan anotar los pensamientos, emociones y sucesos del día. Sugieren centrarse más en los aspectos positivos de la vida y escribir los negativos desde una perspectiva de búsqueda de soluciones, preguntándose si es posible aportar algo bueno a larga, cómo puede utilizarse el suceso para crecer, etc.

Asimismo, sugieren encontrar recursos y alternativas diferentes, como buenos libros o recurrir a los grupos de ayuda en línea para adolescentes que se lastiman a sí mismos. Sin embargo, alertan del cuidado que debe tenerse de algunos sitios Web destinados a personas que se cortan ya que ofrecen consejos útiles sobre cómo resistir estos impulsos, pero las historias o las imágenes que aportan estas personas tal vez originen el impulso de cortarse en aquellos que las leen o las miran. Y algunos sitios fomentan una sensación de hermandad o solidaridad entre las personas que se cortan, lo que podría frenar el deseo de la persona de buscar ayuda.

En ocasiones cortarse deriva en heridas graves o en la muerte si no reciben tratamiento de inmediato, incluso cuando el suicidio no sea el objetivo, como consecuencia de infecciones o de pérdida de sangre (si entran en estado de estado de shock).

Señalan también que muchas personas caen en comportamientos que son dañinos para sí mismas, como fumar o beber en exceso. Pero la diferencia principal entre estos comportamientos y el de alguien que se corta repetidamente, refieren, es que la gente no fuma con la intención de dañarse. El daño es un efecto secundario desafortunado, y la razón por la que fuman es el placer, en cambio, quienes se cortan proponen lastimarse.

Una vez realizado este recorrido por el estado actual de la bibliografía que investiga la temática en cuestión, y dejando de lado los diversos tratamientos sugeridos para este tipo de prácticas debido a que excede el objetivo propuesto para este trabajo, <sup>2</sup>cabe ahora la pregunta por los aspectos, que no parecen haber sido trabajados hasta ahora, ligados a la metapsicología y a la producción de subjetividad en los sujetos que se auto infligen cortes en piel. De este modo se llega al desarrollo de los conceptos psicoanalíticos, las pulsiones y las defensas constitutivas del psiquismo, base sobre la cual se sustenta este estudio, y a la descripción del método que se utilizará para el análisis de la muestra, construido con fundamentos del psicoanálisis, ADL o Algoritmo David Liberman.

#### **4.- Marco Teórico**

---

<sup>2</sup> Linehan , (1993); Moneen, Woodland, Faugli, Daae, y Eilertsen, (1995); Turner, (2000); Bateman y Fonagy, (2001); Ryle, (2004); Cipriani, y Biancosino, (2006); Poland, (2006); Korner, Gerull, Mears, y Stevenson, (2006); Nock, M. y Teper, R. (2007); Miller, Rathus, y Linehan, (2007); Miller et al., (2007); Wallenstein y Nock, (2007); Bridge et al., (2007)

El desarrollo de este trabajo se basa en la teoría psicoanalítica, en particular en la metapsicología freudiana, que es, a su vez, el fundamento teórico del método utilizado para el análisis de la clínica. Se partirá de la teoría freudiana de la producción de las manifestaciones en las que se hace notoria la eficacia de las fijaciones pulsionales y las defensas.

Se comenzará en primera instancia con el desarrollo de uno de los dos pilares de la teoría psicoanalítica, el concepto de pulsión y los diversos tipos de pulsión según los momentos evolutivos. Luego se especificará otro de los conceptos claves del psicoanálisis, la defensa.

Freud, S. (1905, 1911) define a la pulsión, por un lado, como la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir, concepto fronterizo de lo somático respecto de lo anímico, como “un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (1915, pág. 117). O sea, definiciones que conciben a la pulsión misma como el representante psíquico de fuerzas somáticas. Por otro lado, en artículos posteriores, parece trazar una distinción entre la pulsión y su representante psíquico, la pulsión ya no es considerada como agencia representante psíquica de mociones somáticas, sino como no psíquica en sí misma predominando con posterioridad este segundo punto de vista. Cabe aclarar, asimismo, el distingo que realiza entre la pulsión y el estímulo. En 1895 diferencia las excitaciones “exógenas” y las “endógenas” (pág. 112), diciendo que éstas últimas son estímulos que “provienen de células del cuerpo y producen las grandes necesidades: el hambre, la respiración y la sexualidad” (pág. 297), conceptos que dieron lugar, luego, a los conceptos de pulsión, que actúa como una fuerza constante a diferencia del estímulo que opera “de un solo golpe” (1915, pág. 114).

La implicancia de este concepto en la clínica condujo a Freud a la complejización del mismo a lo largo de su trabajo teórico diferenciando las pulsiones sexuales, de autoconservación, narcisista, de objeto, de muerte (1895, 1915, 1917, 1920, 1923, 1930).

Freud describió las pulsiones oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Maldavsky (1992, 1994, 1996) agregó a este conjunto la libido intrasomática (LI) siguiendo los lineamientos que Freud (1926) dejó abiertos en el siguiente párrafo:

“Así, es probable que en el curso del nacimiento la inervación dirigida a los órganos de la respiración preparara la actividad de los pulmones, y la aceleración del ritmo cardíaco previniera el envenenamiento de la sangre” (pág. 127).

Se ha efectuado hasta aquí un breve recorrido por uno de los conceptos pilares del psicoanálisis, la pulsión, se continuará ahora, entonces, con el segundo concepto propuesto en el inicio, el de las defensas.

Partiendo de la teoría referida a la triple servidumbre del yo, vasallo de las pulsiones, la realidad y el superyó (Freud, 1923) puede decirse que cada corriente psíquica se diferencia por el modo en que aspira a resolver los conflictos entre estos tres amos.

Una corriente psíquica se pone del lado del deseo edípico, contra los representantes psíquicos de la realidad y de los imperativos valorativos y legales; otra, se pone del lado de estas instancias y en contra de los representantes psíquicos de la pulsión; una tercera se contrapone a las instancias valorativas y críticas, sea que representen a la pulsión o a la ley.



Si estas orientaciones presentan algún conflicto se desarrollan las defensas como la represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna y la desestimación del afecto (Maldavsky 1986, 1992).

O sea, uno de los criterios que da cuenta de las transformaciones de ciertos fundamentos hasta alcanzar la manifestación es la defensa que, como se dijo anteriormente, deriva de la posición del yo respecto del conflicto con alguno de sus tres amos.

El objetivo de las defensas reside en mantener algún tipo de equilibrio narcisista, de sentimiento de sí, pero suelen exigir un grado mayor o menor de fragmentación yoica e identificatoria. Cuanto mayor es el cuestionamiento al juicio de existencia y la consiguiente prueba de realidad y a los juicios críticos contra el yo, más creciente es la fragmentación yoica y la identificación.

En cambio, cuanto más benignas son las defensas, menor es la fragmentación yoica e identificatoria, mayor es el respeto por los juicios de existencia, de las instancias autoobservadoras, ideales y críticas, y la pulsión se consume gracias a la posibilidad de numerosas mediaciones simbólicas.

Mientras el conflicto nuclear (entre los complejos de Edipo y de castración) constituye un componente universal se considera, en cambio, a las defensas como discernimiento central para la categorización diferencial de las estructuras clínicas, ya que aceptan o cuestionan los juicios objetivos, y en consecuencia, pueden atacar o preservar la prueba de realidad.

Sin embargo, éstas no implican un agrupamiento del caso en una categoría nosográfica debido a lo cual se hace difícil compatibilizar el estudio detallado de las sutilezas de la dinámica psíquica de un paciente con una rotulación. Los hechos reflejan la coexistencia de varias estructuras psicopatológicas y en la investigación clínica se advierten diferentes rasgos combinados en un mismo paciente (por ejemplo, obsesivos, histéricos y depresivos).

Los intentos que ha realizado Freud de reunir la diversidad de observaciones que presentan los casos clínicos en una organización más abarcativa se advierte con claridad en el análisis que realizó del caso del Hombre de los Lobos en el cual pone de manifiesto la complejidad de su entramado defensivo:

“Al final subsistieron en él, lado a lado, dos corrientes opuestas, una de las cuales abominaba de la castración, mientras que la otra estaba pronta a aceptarla y consolarse con la feminidad como sustituto. La tercera corriente, más antigua y profunda, que simplemente había desestimado la castración, con lo cual no estaba todavía en cuestión el juicio acerca de su realidad objetiva, seguía siendo sin duda activable”. (1918, pág. 78).

En consecuencia, en el paciente coexistían lado a lado varias corrientes psíquicas, todas ellas ligadas con el conflicto entre la pulsión y el complejo de castración: la aceptación de la realidad de la castración y la consecuente sofocación de la pulsión, la desestimación de la castración y la tercera alternativa a la cual Freud llamaría desmentida (1927).

En un mismo paciente puede darse entonces una coexistencia entre varias corrientes psíquicas, con un predominio relativo de alguna de ellas, transitorio o duradero, y consiguientemente de una defensa.

No todas las defensas poseen la misma importancia en la dinámica de una estructura; algunas centrales, base de las estructuras clínicas, se complementan con otras secundarias.

En relación a la caracterización de cada una de las defensas puede decirse que la represión, la sublimación y la creatividad, se oponen a la pulsión pero con procedimientos diferentes. La creatividad y la sublimación se enfrentan a percepciones y juicios. Por ejemplo, dice Freud en relación al humor:

“Mediante estos dos últimos rasgos, el rechazo de la exigencia de la realidad y la imposición del principio de placer, el humor se aproxima a los procesos regresivos o reaccionarios que tan ampliamente hallamos en la psicopatología. Con su defensa frente a la posibilidad de sufrir, ocupa un lugar dentro de la gran serie de aquellos métodos que la vida anímica de los seres humanos ha desplegado a fin de sustraerse de la compulsión del padecimiento, una serie se inicia con la neurosis y culmina en el delirio, y en la que se incluyen la embriaguez, el abandono de sí, el éxtasis” (1927, pág. 158).

En verdad el superyó, cuando produce la actitud humorística rechaza la realidad y sirve a una ilusión, pero apelando a recursos que implican un reconocimiento de la realidad y de la ley. En el humor se da un triunfo sobre la realidad displacentera inmediata gracias al amparo del superyó. Se obtiene entonces un placer mitigado, no la risa sino una sonrisa.

La sublimación impone a la pulsión sexual un cambio de meta, como consecuencia de lo cual se produce una desexualización combinada con una elevación de los ideales y el consecuente desarrollo de manifestaciones con un valor social. Puede darse la ilusión de sustituir una realidad inmediata por un producto generado por la propia mente, mientras se respetan ciertas leyes, entre ellas las propias de la práctica en cuestión (obra literaria, pictórica).

La creatividad posibilita alcanzar un placer inmediato (como la risa en los chistes) que sustituye a la tentativa de reconocimiento por logros sociales y a diferencia de la sublimación no produce una elevación de los ideales.

La represión se distingue de ellas ya que rehúsa a los representantes psíquicos inconscientes de la pulsión una traducción al preconciente, a la palabra. Es una defensa ejercida por el yo real definitivo que opera en nombre de la realidad y la ley oponiéndose a la pulsión.

Las defensas funcionales (acorde a fines) difieren de las patógenas porque no implican una tendencia a detener o hacer retroceder la creciente complejización psíquica. Las defensas patógenas, en cambio, perturban el refinamiento yoico o le imponen una regresión.

En cuanto a las diferencias entre las defensas patógenas centrales puede decirse que algunas se oponen a la realidad (afecto, percepciones) y a los juicios, otras a la pulsión. Teniendo en cuenta las defensas centrales que determinan una estructura en su carácter diferencial, pueden conformarse cuatro grupos de estructuras.

Por un lado, las neurosis de transferencia, en las que prevalecen las defensas ante la pulsión, que son las ya conocidas: histerias de conversión, histerias de angustia y neurosis obsesivas; la defensa central es la represión. Por otro lado, otro grupo está constituido por estructuras en las que predominan las defensas ante la realidad (afectiva y perceptual) y la instancia paterna. Entre ellas se encuentran las caracteropatías narcisistas no psicóticas: trasgresora o perversa, depresiva y esquizoide cuya defensa central es la desmentida; las psicosis: paranoias, melancolías y esquizofrenias, cuya defensa central es la desestimación de la realidad y de la instancia paterna; por último, las patologías tóxicas y traumáticas: adicciones, afecciones psicósomáticas, neurosis traumáticas cuya defensa predominante es la desestimación del afecto.

La desmentida y la desestimación se oponen 1) a la realidad (afecto, percepción), 2) a los representantes psíquicos de ella, sobre todo a ciertos juicios objetivos desarrollados

por el yo real definitivo y 3) a ciertos juicios críticos dirigidos contra el yo (desarrollados por el superyó, como representante de la ley). Ambas defensas son ejercidas por el yo real primitivo o el yo placer purificado y se oponen al yo real definitivo y al superyó.

Sin embargo, ambas utilizan recursos y procedimientos distintos: mientras la desmentida refuta los juicios correspondientes y tiene peso en las patologías narcisistas no psicóticas (pacientes esquizoides, depresivos, paranoides), la desestimación ataca y aniquila los fragmentos yoicos donde se originan los juicios y adquiere predominio en las psicosis (esquizofrenias, melancolías, paranoias).

Además, difieren en la utilización del sustituto de aquello desmentido o desestimado. En relación a la desmentida refiere Freud (1927) que “el fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar-sabemos por qué...el horror a la castración se ha erigido un monumento recordatorio con la creación de este sustituto” (Pág.148-9).

Asimismo, refiere en el mismo artículo, en relación a la muerte del padre de dos jóvenes:

“sólo una corriente no había reconocido la muerte del padre; pero existía otra que había dado cabal razón de ese hecho: coexistían, una junto a la otra, la actitud acorde al deseo y la acorde a la realidad [...] Me es posible, en consecuencia, mantener la expectativa de que en el caso de la psicosis una de esas corrientes, la acorde con la realidad, faltaría efectivamente” (pág. 151).

O sea, mientras los recursos de la desmentida consisten en desviar la atención y el interés hacia otros aspectos (como un fetiche), detalles de la realidad o del yo propio, en lugar de los centrales, los de la desestimación radican en el reemplazo de una realidad por un producto psíquico, como una alucinación.

La desestimación es una defensa normal mientras no se ha desarrollado el juicio de existencia, o cuando aún los componentes de este juicio no tienen la suficiente cohesión en los comienzos de la organización del yo real definitivo. Constituye, en cambio, una defensa patógena cuando se torna incompatible con la complejización anímica alcanzada.

Puede concluirse, entonces, que a partir de una misma defensa se constituyen diferentes estructuras según sea la fijación pulsional. Por otro lado, si se lleva este nivel de análisis a las investigaciones clínicas se comprueba la dificultad de reducir un caso a una estructura psicopatológica, ya que se halla más bien una combinatoria de estructuras, con prevalencias relativamente transitorias. Cada una de ellas tiene una pulsión y una defensa predominantes presentándose una coexistencia entre varias corrientes psíquicas.

Una vez realizado el recorrido por las pulsiones y las defensas cabe ahora la pregunta por el marco teórico que sustenta el interrogante a cerca de los antecedentes de corte. Puede decirse que el punto de partida es una supuesta diferencia entre los procesos psíquicos que se ponen en evidencia durante el período que antecede al corte de los que se manifiestan en el momento del acto en sí. Parecería que son procesos en los cuales se ponen en juego diferentes pulsiones predominantes que se ligan a diversas combinatorias defensivas. Por ejemplo, en los estados fracasados de la desestimación del afecto se pone de manifiesto la aparición de angustia mientras que el éxito de dicha defensa lleva a la realización del acto violento. Del mismo modo pueden entenderse otras defensas (y combinatorias defensivas) ligadas a diversas pulsiones como, por ejemplo, la pulsión anal secundaria (A2) que combinada con la desestimación del afecto en estado fracasado permite el pedido de ayuda dirigido a otro y el freno del acto violento, o la pulsión anal primaria (A1) combinada con la desmentida en estado

exitoso y un afán vindicatorio dirigido a sí mismo, en el momento del acto violento autoinfligido.

## **5.- Método**

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación que ha sido diseñado con el fin de investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana (Maldavsky, D. 1999, 2001, 2004).

Procura detectar las pulsiones y las defensas (así como su estado) que se ponen de manifiesto en los discursos, sus variaciones en una o varias sesiones o en fragmentos de ellas. Las pulsiones que detecta son: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG).

En cuanto a las defensas distingue las centrales y las complementarias. Las primeras pueden ser funcionales (sublimación, creatividad, acorde a fines), o patógenas: represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna y, por último, la desestimación del afecto (Maldavsky, D. 2007).

También detecta si estas defensas son normales o patógenas, exitosas o en estado eufórico (cuando el paciente logra rechazar algo fuera del yo y mantiene el equilibrio narcisista), fracasadas o en estado disfórico (cuando aparece angustia como consecuencia del retorno de lo rechazado), o mixtas (cuando no hay retorno de lo rechazado pero sí la aparición de un estado displacentero en lugar del equilibrio narcisista).

Asimismo, permite estudiar las relaciones entre los actos de enunciación de paciente y analista. Liberman, (1970) sostuvo que para cada estilo discursivo del paciente existe un estilo complementario óptimo del analista así, por ejemplo, para la libido intrasomática (LI) el estilo óptimo es el oral secundario (O2) ya que éste le confiere el estado afectivo faltante al primero. Sin embargo, su propuesta no contenía una recomendación para los terapeutas sino más bien un método que permite la evaluación posterior a la intervención.

El ADL está conformado por cinco instrumentos: un diccionario computarizado para el análisis de las redes de palabras, que permite comparar los resultados de los respectivos análisis, detectar pulsiones no desarrolladas en escenas (pero sí en palabras), realizar predicciones, etc.; dos grillas para las frases (una referida a los componentes verbales y otra a los paraverbales) y, por último, otra grilla para los relatos. Estos están constituidos por escenas que se han categorizado sistemáticamente.

Respecto del estudio de las pulsiones en los relatos y las frases este método cuenta con una categorización de las posiciones del relator en las escenas narradas (nivel del relato) y en las desplegadas al hablar (nivel de las frases).

A modo de ejemplo, diremos que la versión disfórica de la libido intrasomática (LI) se pone en evidencia en estados en los cuales se manifiesta falta de vitalidad, deterioro o pobreza económica, en los estados de vértigo o de terror frente al riesgo de colapso económico o financiero, o en las crisis de terror somáticas. El estado disfórico de la pulsión oral primaria (O1), cuyos deseos predominantes son de tipo cognitivo, se evidencia, por ejemplo, cuando el sujeto cree mentiras, o sea, dichos que contradicen los hechos. También puede ocurrir que alguien se sienta dependiente de un sujeto que cree en palabras que no coinciden con los acontecimientos. Los relatos disfóricos de la pulsión oral secundaria (O2) en la que imperan los deseos de amor, corresponden a situaciones de pérdida del objeto amado y la experiencia de ser un inútil, mientras que los relatos eufóricos se presentan en escenas en las cuales prevalece el sacrificio por amor. En cuanto a la pulsión anal primaria (A1) en la cual predomina el deseo de

justicia, las escenas disfóricas consisten en el padecimiento de escenas de humillación y vergüenza o situaciones de injusticia y las eufóricas se presentan como escenas de venganza.

Los resultados obtenidos a través de este método reflejan una forma de concebir la dinámica psíquica, no como estructura unitaria, sino como el producto de la coexistencia entre varias pulsiones y defensas. No poseen en general una coherencia que permite obtener conclusiones sin demasiados obstáculos sino que más bien lo que se pone de manifiesto en este tipo de estudios complejos son conflictos entre los diferentes análisis.

Estos se ponen en evidencia, por ejemplo, en la diferencia que suele presentarse entre el contenido de lo narrado (relato), por ejemplo, una escena de venganza, y el acto de enunciación (frase), por ejemplo, una dramatización, o sea, que no siempre son coincidentes.

Asimismo, el conflicto puede darse entre dos criterios de valoración del discurso: el que da preeminencia a lo numéricamente más insistente, o sea, una valoración estadística y otra que permite organizar de manera coherente al conjunto, con un criterio no numérico sino lógico. Este es el criterio privilegiado debido a lo cual es imprescindible la detección de una clave que dé coherencia a un conjunto complejo que reúne diferentes elementos interrelacionados y ensamblados en una trama discursiva.

## **6.-Muestra**

Una de las pacientes que conforman la muestra, Marisa, realizaba tratamiento ambulatorio institucional debido a que se realizaba cortes autoinfligidos en piel. Tenía en ese entonces 18 años, vivía con sus padres y dos hermanas menores. Trabajaba como voluntaria en un hogar para chicos discapacitados.

Marisa narra que el viernes anterior a la sesión su padre le dijo que había consultado a una curandera para que la ayude a recuperarse. Le llevó una prenda de ella a partir de la cual la mujer dijo que una amiga suya y la madre le habían hecho un daño, una maldición. Ambas la acusaban de haberle robado al novio. Marisa dijo que no tenía idea de lo que estaba hablando su padre, éste le advirtió que no comentara a nadie esta situación. Entonces, la paciente comenzó a lastimarse y rasguñarse los brazos. Le pidió a su padre que le agarre las manos, ella comenzó a llorar y respirar profundamente hasta que se sintió mareada. Miró a su padre a los ojos y vio a un niño pequeño. Llegó su madre y le ordenó al padre que se retire aduciendo que le estaba haciendo daño a su hija. Su padre fue a buscar a una de sus hermanas al colegio. Cuando llegó su hermana saludó a Marisa y ésta le pidió ayuda. Su hermana le preguntó el motivo por el cual lloraba así, por qué estaba tan mal. Marisa no sabía qué responder, a pesar de que comprendía que estaba mal por los dichos de su padre. No podía decírselo a su hermana ya que él le había solicitado que guarde silencio. Querían llevarla a una guardia y ella no quería, se retorció, se rasguñaba más fuerte y gritaba del dolor. Su madre no se daba cuenta, Marisa siguió hasta que por fin la registró y le agarró las manos.

También relató que Marcelo, su novio, había viajado al exterior por motivos laborales (trabajaba en una compañía de aviación) y que cuando regresó ese fin de semana, le dijo por teléfono que tenía unas entradas para un recital debido a lo cual no iría a verla ese día. Ella pensó que sí lo haría a la tarde del día siguiente pero, sin embargo, él fue recién a la noche. Marisa empezó a pensar que él no quería verla y cuando llegó Marcelo la paciente ya había comenzado sentirse mal. Trató de distraerse, pero sólo pudo hacerlo

por un corto tiempo. Se sentía muy angustiada pero trató de mantener la calma porque hacía una semana que no lo veía.

Durante la estadía de Marcelo en el exterior, en un intercambio de correo electrónico Marisa le dijo que había escondido un cúter pero que no llegó a cortarse, él la retó, le dijo que se había portado mal. A Marisa no le gustó el hecho de que él la reprendiera porque pensaba que era algo que su psiquiatra, su psicólogo o sus padres podían hacer, pero no él. Ella esperaba consuelo, que la calme, que le diga que había dado un gran paso al no cortarse y que todo iba a estar bien. Ella lo disculpó porque supuso que se había sentido impotente para ayudarla por encontrarse lejos y que esperaba no volver a sentirse mal pero que si volvía a suceder no le contaría, que esta vez lo hizo y prefirió contarle porque no podía ocultarle cosas. Él le respondió que si su malestar ocurría nuevamente ella debía contarle, entonces ella no entendió para que la retaba porque le había contado (diciendo que él no podía ayudarla estando lejos), si igual quería que le cuente.

La otra paciente que compone la muestra, Lorena, fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que presentaba la misma sintomatología que Marisa. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo 10 sesiones individuales. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. Además de los cortes que se auto-infligió antes de ser tratada, tuvo un nuevo episodio de corte durante la internación.

En el momento de la internación, la familia de la paciente estaba constituida por su madre, un hermano menor, Iván, y un hermano mayor, Daniel, que vivía con su pareja en otra ciudad. A pedido de Daniel, la madre acompañó a Lorena durante el periodo de la internación. Su padre, alcohólico, había muerto dos años atrás debido a complicaciones derivadas de dicho padecimiento. Pocos días antes de su muerte él dijo que había que hacer algo con Lorena porque ella estaba siempre alcoholizada. Lorena bebía cada tanto pero no vivía alcoholizada. Cuando escuchó esta opinión del padre Lorena se largó a llorar con rabia y no lo rectificó. Luego de su muerte Lorena se peleó con su hermano menor, quien también la acusaba de alcohólica, debido a lo cual abandonó la casa paterna y se fue a vivir a la casa de su hermano mayor. Al poco tiempo la pareja de este le dijo que se fuera porque si no se iba a terminar peleando con Daniel y Lorena, sin estar convencida de ello, dejó la casa y por primera vez pasó a vivir sola. Fue una época difícil para ella, le decía a Daniel que estaba bien, le mentía para no preocuparlo. Se peleaba con su hermano, a la noche iba a su casa furiosa por no poder decirle nada, tomaba cerveza y se cortaba. Estos primeros cortes motivaron la internación al mes de haber comenzado a vivir sola.

Durante la internación entabló buena relación con sus compañeras, en particular con una de ellas, Nati. En un momento de angustia ésta le confesó que quería ahorcarse, luego le dijo que no lo iba a hacer, le mintió. Luego Nati intentó suicidarse y Lorena no le creyó más. El viernes de esa semana su terapeuta familiar le permitió tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante su permiso de salida de la internación. El lunes comentó en su terapia individual que había pasado un buen fin de semana, había hecho todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse. La angustió la vuelta, no quería volver al hospital por lo que había pasado con Nati pero pudo regresar para continuar el tratamiento indicado. En esa misma sesión entre la terapeuta y Lorena intercambiaron sobre un posible permiso de salida para el siguiente fin de semana. Luego le dijo al médico residente tratante que se había equivocado porque había tomado cerveza sin

alcohol durante el fin de semana y él le dijo que no debía haber tomado. Le contó a su familia lo que le dijo el doctor y Daniel y su madre también la reconviniéron.

Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Pensaba que seguía siendo una borracha como le decían su padre y su hermano Iván y que ellos tenían razón. En ese momento se acordó de su padre y tuvo la misma sensación que días antes de su muerte. Lorena dijo en sesión que era duro hablar de alguien que estaba muerto, que no tenía ideas suicidas, pero sí de cortarse para aplacar la rabia y el dolor que sentía. Estaba al borde de cortarse, no podía dejar de pensar en eso y pidió ayuda a enfermería. Ante este pedido se solicitó la presencia de un médico residente. Después de haber sido evaluada en cuatro oportunidades por la residencia y debido a que las ideas de cortarse persistían le ofrecieron la posibilidad de ser contenida, o sea, atada de pies y manos a la cama. Entonces, dijo a su terapeuta, arruinó todo, nunca había llegado al extremo de ser contenida. Agregó que ella se había comprometido con el tratamiento. Quería decir y hacer las cosas bien para no volver a caer, salir de la internación y tener una nueva vida. Lo mejor, dijo, fue que pidió ayuda y no se cortó.

Respecto del permiso de salida que había sido tema de su sesión del lunes, el jueves siguiente, luego del episodio en que fue contenida, el otro psiquiatra residente que la trataba le denegó la salida de fin de semana debido a que no había quien firmara el permiso. Ella no entendió este argumento porque por más que pudo buscar ayuda y habló con residencia cuando se sintió mal, igualmente la dejaron sin el permiso de salida de fin de semana. Entonces se preguntó para qué hablar. Estaba enojada porque ella trató de hacer las cosas más o menos bien y le sacaron el permiso. Le contó a su madre que le habían sacado el permiso de salida y ésta no le dijo nada. No quería llegar al extremo de cortarse, pero no podía frenar el impulso. Buscó y finalmente encontró un vidrio y lo escondió en su armario. El personal del servicio de enfermería le decía que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera residente, pero ella no solicitó ayuda ni siquiera a sus compañeras. Pensó que se iba a aliviar la rabia y el dolor de toda esa semana. Se quedó callada y se cortó.

## **6.- Procedimiento**

Se continuará ahora con la descripción del procedimiento realizado para la selección de la muestra y su transformación en fragmentos aptos para la aplicación de los diversos instrumentos.

La muestra estaba constituida, en un comienzo, por la desgrabación de dos sesiones de tratamiento ambulatorio de Marisa y diez del tratamiento de internación de Lorena. Se recortó, en un primer paso, sólo las escenas en las cuales hacían referencia a los cortes y sus antecedentes siguiendo el objetivo propuesto en este estudio. En un segundo paso se confeccionaron seis secuencias narrativas para el análisis de los relatos de Marisa y otras seis para los de Lorena, siguiendo diversos criterios descritos por Maldavsky (2009) (tales como pertinencia, adecuación, economía de la información, isotopía, temporalidad o cronológico causal, consistencia o coherencia interna) y se les aplicó la grilla de análisis del relato.

Surgió luego la pregunta por qué otros lenguajes estarían disponibles en las pacientes para lo cual se utilizó el diccionario computarizado para el estudio de las redes de palabras. Para ello se preparó el material y se realizaron los análisis automático e interactivo.

Posteriormente, se realizó un doble estudio de los actos del habla de Marisa con el objeto de dilucidar cuál de ellos resulta de mayor utilidad para comparar con el resultado del análisis de las redes de palabras.

Se elaboraron entonces dos fragmentaciones para la aplicación de la grilla de los actos del habla: una fragmentación global que fue denominada análisis macro y, luego, se descompusieron estos mismos actos del habla en subfragmentos internos más pequeños que fueron denominados micro análisis.

Por último, después de comparar los resultados de la aplicación del diccionario computarizado al discurso de ambas pacientes se advirtió un elevado porcentaje de la pulsión O1 en Lorena. Surgieron así algunos interrogantes, por ejemplo, acerca del motivo de la presencia de este alto porcentaje a diferencia del evidenciado en Marisa; si dicha divergencia deriva de que las terapeutas son diferentes y, también, por la posible influencia de la inmediatez de la sesión analizada de Lorena respecto del momento del acto. Con el fin de dilucidar estos interrogantes se efectuó, en una última etapa del estudio, el análisis de los actos del habla de Lorena para lo cual se confeccionó una fragmentación minuciosa de los mismos con el objeto de realizar el microanálisis.

## **7.- Análisis de los resultados**

### **7.1.- Resultado de la aplicación de la grilla de análisis de los relatos al discurso de Marisa**

I. 1. Llegó su padre a la casa, 2. le contó que fue de una curandera que le dijo que le hicieron una maldición, 3. dijo que no se lo cuente a nadie. (A1 desmentida, disfórico)

II. 1. Marisa no tenía idea de lo que estaba hablando, 2. comenzó a rasguñarse los brazos. (LI desestimación del afecto, eufórico)

III. 1. Le pidió que le agarre las manos, lloró y respiró profundo hasta sentirse mareada, 2. lo miró a los ojos, 3. vio a un niño y era su papá. (O1 desmentida, disfórico)

IV. 1. Llegó su hermana y le pidió ayuda, 2. su hermana no entendía qué le pasaba, 3. ella sabía que era por los dichos de su padre pero no le podía contar. (A1 desmentida, disfórico)

V. 1. Querían llevarla a la guardia, 2. ella no quería, se rasguñaba y gritaba del dolor, 3. su mamá no se daba cuenta de los daños (LI desestimación del afecto, disfórico)

VI. 1. Ella siguió hasta que su madre lo registró, 2. le agarraron las manos (LI acorde a fines, eufórico)

### **7.2.- Resultados de la aplicación de la grilla de análisis de los relatos al discurso de Lorena**

I. Un psiquiatra la reconvino por haber tomado cerveza sin alcohol, 2. luego su hermano y su madre también la reconvinieron, 3. Lorena se sintió mal por haber tomado (O1 + desmentida, disfórico)

II. 1. Lorena quería cortarse para aplacar la bronca y el dolor, 2. pidió ayuda, 3. terminó “contenida” (LI + acorde a fin, eufórico)

III. 1. Tenía acordado un posible permiso con su terapeuta individual para salir el fin de semana, 2. un psiquiatra le denegó el permiso de salida porque no había quién lo firmara, 3. se sintió encerrada (A1 + desmentida, disfórico)

IV. 1. Pensó que ella trataba de hacer las cosas bien y le quitaban su salida, 2. no entendía a los profesionales (O1 + desmentida, disfórico)

V. 1. Le contó a su madre que le habían sacado el permiso, 2. ésta no dijo nada (LI y desestimación del afecto, disfórico)

VI. 1. Escondió un vidrio en su armario, 2. se mantuvo callada y se cortó (LI + desestimación del afecto, eufórico)



### 7.3.- Resultado de la aplicación del diccionario computarizado (análisis de las redes de palabras) al discurso de Marisa <sup>3</sup>

La grilla que sigue tiene el porcentaje de cada lenguaje del erotismo ordenados de mayor a menor:

Pulsión	Porcentaje
O2	23,96%
A2	20,74%
FG	19,66 %
FU	15,26%
LI	14,94%
A1	5,60%

Tabla 1. Resultados del análisis de las redes de palabras de Marisa

### 7.4.- Resultado de la aplicación del diccionario computarizado (análisis de las redes de palabras) al discurso de Lorena <sup>4</sup>

Pulsión	Porcentajes
O1	23,34 %
FU	17,3 %
O2	17,33 %
A2	15,9 %
FG	13,16 %
LI	7,56 %
A1	5,38 %

Tabla 2. Resultados del análisis de las redes de palabras de Lorena

### 7.5.- Resultado de la aplicación de la grilla de análisis de los actos del habla al discurso de Marisa

Pulsión	N	Porcentaje
A2	100	59,50 %
FG	30	17,85 %
O2	9	6,54 %
FU	11	5,35 %

Tabla 3. Resultado del análisis micro de los actos del habla de Marisa (150)

### 7.6.- Resultado de la aplicación de la grilla de análisis de los actos del habla al discurso de Lorena

Pulsión	N	Porcentaje
A2	151	54,27 %
FU	38	21,17 %
O2	21	15,85%
FG	20	7,69 %
O1	1	1,01 %

<sup>3</sup> Agradezco la colaboración del Dr. Sebastián Plut y de la Lic. Silvana Pérez Zambón"

<sup>4</sup>

Tabla 5. Resultados del análisis de los actos del habla de Lorena

## 8.- Discusión

### 8.1 Análisis del relato de Marisa

En la secuencia narrativa I su padre le contó lo diagnosticado por una curandera, (a la cual había consultado por el estado de su hija) y Marisa no pudo cuestionar sus dichos. A su vez, su padre le dijo que no se lo contara a nadie, debido a lo cual parece haberse sentido encerrada en la orden paterna (A1 desmentida, disfórico). En la secuencia siguiente, II, Marisa no entendió los dichos de su padre y comenzó a rasguñarse los brazos (LI desestimación del afecto, eufórico) pero pudo pedirle ayuda diciendo que le agarre las manos para no lastimarse (LI acorde a fines, eufórico). Comenzó a llorar y a intentar el alivio de su angustia a través de respiraciones rítmicas reiteradas (LI desestimación del afecto mixto). En la secuencia posterior (III) cuando vio a un niño al mirarlo a los ojos parece haberse puesto de manifiesto la consecuente caída de la imagen paterna que sostenía un juicio falso en relación a él, y el atrapamiento en una contradicción entre un juicio proveniente de la realidad que afirmaba que ese hombre era su padre y otro que decía que era un niño (O1 desmentida, disfórico). En la secuencia IV la presencia de su madre parece haber evidenciado la puesta en marcha de un acto, al echar al padre, que intentó arrojar por fuera de la escena dicho entrampamiento. Su padre fue a buscar a una de sus hermanas y Marisa pudo pedirle ayuda (LI acorde a fines eufórico), sin embargo, cuando ésta le preguntó por el motivo de su malestar y dijo no entenderla, Marisa quizás volvió a sentirse encerrada en el silencio ordenado por su padre (A1 desmentida, disfórico), afecto que pareció combinarse con la identificación con la falta de entendimiento que manifestó su hermana (A1 + O1 y desmentida, ambas en estado disfórico). Este doble fracaso parece haber desencadenado el éxito de la desestimación del afecto de la LI que dio lugar nuevamente al daño en el cuerpo. Se agregó a esta combinatoria, en la anteúltima secuencia narrativa (V), el efecto que tuvo la indiferencia de su madre quien no registraba el daño (LI y desestimación del afecto, disfórico) que fue frenado cuando la atención se dirigió hacia ella (VI) y la contuvo sosteniendo sus manos (LI acorde a fines, eufórico).

En el nivel de los relatos, un número significativo, corresponde a LI (5) que se combinó en tres oportunidades con la desestimación del afecto y en otras dos con una defensa acorde a fines. La escena correspondiente a la indiferencia materna (LI y desestimación del afecto, disfórico) seguida por el episodio de autoagresión le permitió recuperar el estado exitoso (eufórico) de la LI y la desestimación del afecto y, luego, a partir del registro y la contención de su madre, pudo frenar el acto violento (LI acorde a fines, eufórico). Sin embargo, no sucedió lo mismo en relación a la pulsión O1 y la desmentida que continuó al acecho poniendo de manifiesto la persistencia de la sujeción a un personaje no creíble.

La pulsión O1 se combinó con la desmentida en estado disfórico. Ubicada en el centro de la escena del daño autoinfligido, parece ser un desencadenante que se combinó luego con las otras dos pulsiones centrales (A1 y LI) que según la combinatoria defensiva, (defensas patológicas o funcionales) o sea, con la desmentida, la desestimación del afecto o acorde a fines, determinó el estado final de las diferentes secuencias narrativas. En síntesis, el episodio de violencia (rasguñarse y lastimarse los brazos) fue posterior al momento en que el padre le comunicó que había consultado a una curandera y que ésta le había comentado que Marisa estaba sufriendo el daño causado por una maldición de

una joven y su madre. Su padre trató de crear un pacto de silencio con la paciente. En consecuencia, Marisa parecía depender de una opinión o creencia que no era capaz de corregir, lo que corresponde a O1 y desmentida en estado disfórico. Esta escena se combinó con la indiferencia materna (LI desestimación del afecto, disfórico). Finalmente, como consecuencia de su propio silencio, sufrió una transformación regresiva a través de una descarga violenta (LI y desestimación del afecto, eufórico) hasta que su madre pudo registrar el daño autoinfligido y contenerla (LI acorde a fines, eufórico).

## **8.2 Análisis del relato de Lorena**

En las escenas analizadas a través de la grilla de análisis de relato de Lorena se puso en evidencia una redundancia en los antecedentes de los cortes. Cada vez que la paciente creía tener éxito en mentir, el momento posterior era quedar atrapada en la mentira. Cuando se sentía, “atada”, “encerrada” (A1) en una mentira (O1), creyendo tanto en una mentira ajena (compañera de sala) como propia (cuando le mentía al hermano) ponía de manifiesto un compromiso corporal como la ingesta de alcohol y los cortes (LI).

La paciente se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de otro (residente, padre) que tenía una idea errónea acerca de ella sin poder rectificarla. Este atrapamiento le despertaba un afán de venganza (A1 y desmentida exitosa) que la llevaba a consumar el acto vindicatorio a expensas de su propio cuerpo a través de los cortes (LI y desestimación exitosa del afecto). Se puso en evidencia que lo nuclear no era tanto el sentimiento de injusticia y el encierro sino el no entender a los profesionales y sus contradicciones, lo cual corresponde a O1 y la desmentida fracasada. Cuando se decepcionó del personal del hospital pidió ayuda a su madre y ésta le respondió con una huida quedando expuesta a una tendencia evitativa generalizada de su progenitora (LI y desestimación fracasada del afecto). Por último, la paciente realizó la consumación de una venganza (A1 y desmentida exitosa) por el camino de las heridas en su cuerpo (LI y desestimación exitosa del afecto).

Podría conjeturarse entonces la siguiente combinación de pulsiones y defensas en los momentos de corte y sus antecedentes. En un primer momento Lorena queda atrapada en una escena en la cual padece una mentira (O1 y desmentida fracasada). Como complemento de esta situación de atrapamiento, padece un sentimiento de injusticia (A1 y desmentida fracasada) y una vivencia de quedar expulsada de un contexto (LI y desestimación del afecto fracasada). Entonces sobreviene la idea de corte (O1 y desmentida exitosa, A1 y desmentida exitosa y LI y desestimación exitosa del afecto). No obstante, Lorena cree en la posibilidad de ser ayudada por los profesionales del hospital (LI y O1 y defensa exitosa acorde a fines para ambos deseos), logra neutralizar esta idea y solicita ayuda (LI y la defensa acorde a fines). Sin embargo, en un segundo momento, queda atrapada en la escena en la cual no puede entender las contradicciones entre las afirmaciones de los profesionales en los cuales había creído (O1 y desmentida fracasada), y ya no puede pedir ayuda. Entonces realiza un pasaje al acto de dicha idea a través de la combinación A1 y desmentida + LI y desestimación del afecto, ambas en estado exitoso.

La idea del corte y el acto de cortarse expresan a dos pulsiones, O1 y A1, combinados ambos con LI. El surgimiento de la idea de corte permite estudiar el factor detonante del deseo de alterar el propio cuerpo, el cual puede ser seguido o no por la acción resolutoria. Si se sigue la secuencia que va desde el primer momento en el cual evidencia la idea de cortarse al segundo momento, en el cual se corta, se pone de

manifiesto el desarrollo mediado por la decepción de los profesionales a cargo, decepción que la lleva al fracaso del pedido de ayuda. En el primer momento Lorena confiaba en los profesionales, se había comprometido con el tratamiento y quería salir curada, en consecuencia, la pérdida de la confianza aparece como el camino mediador para el corte. La idea de corte surgió ante una primera contradicción entre las palabras de su terapeuta familiar, quien la autorizó a tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante la salida de fin de semana, y la del psiquiatra residente, quien le dijo que no debía haber tomado.

La escena en que el residente la criticó por haber tomado, luego reforzada por las críticas de la madre y el hermano, se superpuso en la paciente con la escena en que el padre, antes de morir, creyó que ella era alcohólica y ella no atinó a rectificarlo. En todas estas situaciones ella no objetó la opinión del otro aunque fuera contradictoria con los hechos (O1 y la desmentida fracasada). El “no entender” al que hizo referencia la paciente se basa en esta contradicción y culminó con el episodio de la suspensión del permiso de salida. Este no entender parece ser lo nuclear, central. No sólo no rectificó sino que, además, puede inferirse que promovió un personaje que no la entendía y del cual pasaba a depender, en el hecho de que indujo en el psiquiatra residente una actitud de reconvención hacia ella. En un principio logró pedir ayuda, con una defensa acorde a fines que preservaba su integridad corporal, pero ante una nueva decepción el intento ya no resultó suficiente. A su vez, es posible notar que el refuerzo de la idea de corte surgió porque el motivo por el cual le denegaban la salida fue la ausencia de alguien que firmara la autorización. Esta ausencia de firma que le permitía salir parece orientar hacia la situación en que el padre, poco antes de morir, la cuestionó por alcohólica, y la paciente no atinó a rectificarlo. La paciente seguía encerrada en esa situación en que el padre pensaba algo erróneo de ella, mientras que la madre tendía a dar respuestas evasivas.

La consumación de la idea de cortarse permite a la paciente recuperar el estado exitoso de la desestimación del afecto, sin embargo, no ocurre lo mismo con la desmentida. O sea, la defensa deja de presentarse como fracasada y aparece como exitosa, pero no para O1, sino para A1. En el acto de cortarse la paciente consume una venganza (A1), apelando a un tipo de agresión pasiva, pero se sigue ubicando como dependiente de sujetos no creíbles, padeciendo el fracaso de la desmentida ligada con O1. Esta situación implica que la paciente sufre un tipo particular de sentimiento de inferioridad, una vergüenza que va acompañada de suponer que otros, quienes le han dicho cosas falsas, abusan del poder que les da la credulidad de la paciente. Esta situación la deja sumida en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse.

La investigación sistemática expuesta revela algunas redundancias: en los dos episodios de corte, la paciente se ubica ante un hombre que opina algo erróneo de ella y entonces no la habilita para salir al mundo (falta de firma para el permiso del fin de semana) y ante una madre que se fuga del problema. En realidad, la ausencia del hombre que firme y que se muere ya contiene en sí misma algo del fugarse, de modo que en ese hombre quedan condensados O1 y desmentida fracasada y LI y desestimación del afecto fracasada.

En el primer lugar, con el padre, ella no rectificó su opinión, sino que calló y lloró de rabia impotente, luego repitió esta conducta con el psiquiatra residente. Parecería que

ella prefiere permanecer encerrada en esa posición ante el padre. Aun más, inclusive con el residente, indujo su opinión al decir que se había equivocado al tomar cerveza sin alcohol durante el fin de semana. Entonces cabe inferir que ella intentaba así asemejarse al padre alcohólico, es decir, intentaba asimilarse a él, como modo de procesar las situaciones de desencuentro entre ambos, al mismo tiempo que esperaba ser rescatada de esta tendencia a homologarse y poder soportar la diferencia entre ambos.

### **8.3.- Comparación de los resultados de las grillas de análisis del relato de Marisa y Lorena**

Al comparar los resultados de los análisis de los relatos de Lorena con los de Marisa se pusieron en evidencia algunas coincidencias:

1. previo al corte, ambas pueden solicitar ayuda y evitar el daño (LI acorde a fines, eufórico) (Lorena: II y Marisa: IV);
2. el daño se produce luego del fracaso de la desmentida combinada con O1 y A1 (LI desestimación del afecto, eufórico) (Lorena: III y IV y Marisa: I, III y V);
3. el daño se combina con la indiferencia materna (en Lorena es inmediatamente posterior: V y VI y Marisa: V);
4. la identificación que se produce en el pasaje desde el estado de apatía y el sentirse atrapadas en mentiras ajenas o en la dependencia de alguien que piensa cosas absurdas de ellas a la violencia contra el propio cuerpo (Lorena: IV y VI y Marisa: II).

A partir del análisis de los relatos de los antecedentes del acto violento de Lorena, dos parecen ser los episodios detonantes: uno, fue el quedar expuesta a una tendencia evitativa generalizada (huída) de su madre que da lugar, en ella, a un estado de padecimiento de la indiferencia materna (secuencia V) cuando le cuenta lo sucedido y no recibe respuesta (LI y desestimación del afecto, disfórico) y, el otro, fue el hecho de no comprender la lógica de los argumentos esgrimidos por los interlocutores de los cuales dependía, por ejemplo, cuando Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un profesional que, al igual que su padre antes de morir, tenía una opinión errónea acerca de ella, opiniones ambas, que fue incapaz de rectificar (O1 + desmentida, disfórico).

También los resultados del análisis de las secuencias narrativas que se obtuvieron a partir de la aplicación de la grilla del análisis del relato en Marisa pusieron en evidencia dos sucesos centrales que anteceden al acto de cortarse: uno de ellos se relaciona con la falta de entendimiento de los dichos de su padre y el quedar atrapada en el silencio ordenado por el mismo (O1 y A1 + desmentida, disfórico); el otro, con la dificultad de su madre para registrar los daños autoinfligidos que pondría en evidencia un estado de indiferencia materna (LI y desestimación del afecto, disfórico).

Puede decirse, en consecuencia, que ocurre algo similar en ambas pacientes ya que el episodio de autoagresión les permitió recuperar el estado exitoso (eufórico) de la LI y la desestimación del afecto. En Marisa, el registro y la contención de su madre, le permitió luego frenar el acto violento (LI acorde a fines, eufórico). Pero, al igual que en Lorena, no sucedió lo mismo en relación a la pulsión O1 y la desmentida. Ésta se manifiesta como eufórica pero combinada con A1 en lugar de O1, o sea, logran consumir una venganza (a costa del propio cuerpo y apelando a una agresión pasiva) pero siguen padeciendo el fracaso de la desmentida (combinada con O1), que continúa al acecho, poniendo de manifiesto la persistencia de la sujeción a un personaje no creíble. Un particular sentimiento de inferioridad y vergüenza producto de la credulidad frente a otros que le dicen cosas falsas parecen llevarlas a situaciones de cólera muda, base y estímulo para nuevos actos violentos.

Para finalizar puede decirse que el fracaso de la desmentida de O1 corresponde a la escena de quedar atrapadas en la dependencia de un sujeto no creíble. O sea, aún cuando las pacientes consiguieron convertir la desestimación del afecto de la LI y la desmentida combinada con A1 en exitosas, en los momentos del acto violento, no obtuvieron similar resultado con la desmentida combinada con O1, que sigue siendo fracasada y amenaza de modo permanente el equilibrio patógeno y favorece las posibles recaídas en los episodios de daño autoinfligido o situaciones similares. El supuesto de que el otro miente y de que al mismo tiempo las pacientes se van desvitalizando es una escena que puede corresponder a esas situaciones tempranas en las cuales el bebé despierta una urgencia alimentaria y alucina el pecho. La madre puede responder aportando entonces el alimento, en cuyo caso el bebé supone que él, con su alucinación, ha creado el pecho. Pero también puede ocurrir que la madre no responda así, en cuyo caso el bebé, que continúa alucinando, mama en vacío y progresivamente va perdiendo vitalidad. Hasta que el bebé estalla en un ataque de furia angustiada mientras descrea de su propia alucinación. El equivalente adulto de esta situación se presenta como una combinación entre LI y la desestimación del afecto fracasada y O1 y la desmentida fracasada.

#### **8.4.- Comparación de los resultados de la aplicación de la grilla de los análisis del relato, de los actos del habla y del diccionario computarizado al discurso de Marisa**

Al comparar los resultados del análisis de la grilla de los relatos con la de los actos del habla de Marisa se puso de manifiesto que mientras que los primeros, evidenciaron el predominio de lenguajes relacionados con el cuerpo (LI) y con situaciones vinculadas a la falsedad, el engaño y la credulidad o incredulidad (O1), en los resultados del análisis de los actos del habla predominaron los lenguajes relacionados a un cierto orden (A2) y, en menor medida otros enlazados, por un lado, a la belleza y la estética (FG) y, por otro, a un lenguaje más ligado a los deseos de amor (O2). También, aunque en menor medida, se puso en evidencia un lenguaje evitativo (FU). Por último, los resultados obtenidos a través de la aplicación del diccionario computarizado reflejaron la preponderancia de otros lenguajes más ligados a los afectos, junto a otros complementarios.

Para finalizar puede concluirse que se pusieron de manifiesto algunas similitudes y también diferencias en los resultados reunidos a través de los distintos instrumentos. Los diversos resultados arrojados a través de la aplicación de la grilla de relatos y la de los actos del habla en Marisa, indican, quizás, la mejoría del estado de la paciente durante la sesión a diferencia del estado evidenciado en el momento de la crisis. A partir los resultados que arrojaron la presencia de los lenguajes FG y FU, podría conjeturarse que éstos acaso funcionen como recursos disponibles que se pondrían de manifiesto al combinarse con defensas funcionales tales como acorde a fines, creatividad o sublimación. Por otro lado, el lenguaje ligado al amor y los estados afectivos que se evidenció en el análisis de los actos del habla coincidió con los resultados recolectados a través de la aplicación del diccionario computarizado, lenguaje que ocupó el primer lugar en la escala de los porcentajes. Es posible, entonces, que este último lenguaje, más ligado a los estados afectivos (O2) pase a ser dominante si en la paciente las defensas patógenas existentes pierden parte de su hegemonía.

Asimismo, es importante destacar, que como dijimos, este lenguaje O2 proporciona la posibilidad de ligadura de los afectos ausentes en el lenguaje intrasomático que predominó durante la crisis, o sea, su complementario.

### **8.5.- Comparación de los resultados de la aplicación de la grilla de los análisis del relato, de los actos del habla y del diccionario computarizado al discurso de Lorena**

También en este caso se evidenciaron similitudes y diferencias en los resultados reunidos a través de los distintos instrumentos. Por un lado, la coincidencia de la manifestación de la pulsión O1 en los resultados arrojados a través de la aplicación de la grilla de relatos, la de los actos del habla (1,01 %) y, en un alto porcentaje (23,34 %), en el análisis de las redes de palabras revela, acaso, la inmediatez de la sesión al momento del acto violento. Puede conjeturarse, del mismo modo, que quizás estos resultados se deban a que la paciente no sólo relata (nivel extra transferencial) en la sesión los sucesos detonantes del corte sino que, además, los mismos se encuentran vinculados al nivel transferencial o intrasesión, (nivel de las frases o de los actos del habla). Lorena manifiesta no entender como se manejan los profesionales, incluyendo a su terapeuta, con quien había hablado de la posibilidad de un permiso de salida para el fin de semana, pensamiento que contradujo el acto de denegación del mismo por parte del médico residente tratante.

Por otro lado, como producto de la comparación de los resultados arrojados puede decirse que mientras que en el nivel del relato predominaron, al igual que en Marisa, lenguajes ligados al cuerpo (LI) y a situaciones relacionadas con la falsedad, el engaño y la credulidad o incredulidad (O1), en los resultados del análisis de los actos del habla predominaron, de mayor a menor, los lenguajes relacionados al orden y a ciertas normas (A2: 54,27 %), el lenguaje evitativo (FU: 21,17 %), el ligado al amor y al sacrificio (O2: 15,85%), otros enlazados a la belleza y la estética (FG: 7,69 %) y, por último, en coincidencia con el análisis del relato y con el de las redes de palabras (O1: 23,34 %) se evidenció un lenguaje más ligado a los deseos cognitivos (O1: 1,01 %).

Puede conjeturarse que el alto porcentaje del lenguaje evitativo (FU: 21,17 %) que arrojó el análisis de los actos del habla de Lorena se encuentra ligado a su dificultad para cuestionar a los profesionales, a su tendencia a provocar retos en el otro y el consecuente temor a ser reconvendida por su terapeuta durante la sesión, refiere así la denegación del permiso de salida: ¿"es por mí, no"?

Le sigue en el orden decreciente (análisis de los actos del habla), el lenguaje ligado a los afectos, el amor y el sacrificio (O2: 15,85 %), porcentaje que quizás se relacione con la posición antedicha, puesta también en evidencia en los resultados del análisis de las redes de palabras (O2: 17,33 %), ligadas al lugar en el que se posiciona frente a su familia al sentir que ésta se sacrifica por ella, y se ilusiona con su salida de fin de semana, mientras que Lorena se ubica a sí misma en el lugar de la inútil, de la "porquería" que es, incapaz de responder a dicho sacrificio generándole culpa por haber realizado el acto, "pobres, estaban más ilusionados que yo" con la salida. Dicho porcentaje coincide con el alto porcentaje que reflejó FU en el análisis de los actos del habla (21,17 %) y en el análisis de las redes de palabra (FU: 17,3 %) y acaso dicha coincidencia sea producto del temor a ser reconvendida o castigada.

Continúa en orden decreciente el lenguaje ligado a la belleza y la estética (FG: 7,69 %) (en los actos del habla), porcentaje vinculado al que arrojó el diccionario computarizado (13,16 %) al hacer referencia al trabajo realizado en su espacio de terapia ocupacional, en el cual realizaba dibujos y artesanías, lo que podría dar lugar a la posibilidad de ligadura con defensas acorde a fines y creatividad.

Podría conjeturarse que el lenguaje O1 presente en un alto porcentaje en las redes de palabras, en el nivel del relato y, en menor porcentaje, en los actos del habla, concedería un recurso disponible al combinarse, por un lado, con defensas funcionales

(sustituyendo a la desmentida que, como se dijo antes permanece al acecho en estado fracasado) y, por otro lado, con pulsiones como la ligada a la belleza y la estética (FG).

## 9.- Conclusiones

Una vez descrito el estado del arte, los conceptos psicoanalíticos que forman parte del marco teórico y el método aplicado, antes de continuar presentando las conclusiones provisorias a las que se arribó al aplicar el método a la muestra, se realizará una breve digresión partiendo de las técnicas sugeridas para el tratamiento de los *self injured*, que ponen de manifiesto la concepción de la problemática expuesta, ligándolas a los conceptos teóricos recién vertidos. Se intentará en este punto dar un paso más, y se tratará de indagar algunas de ellas a través de un punto de vista metapsicológico.

Por ejemplo, la primera, aconseja “parar e intentar descubrir qué tendría que cambiar para no sentir más el deseo de dañarse”. Al sugerir “parar” esta técnica remite al concepto de pulsión y sus propiedades. Refiere Freud, (1915) que la primera de ellas es el *esfuerzo*. “Ese carácter esforzante es una propiedad universal de las pulsiones, y aún su esencia misma” (pág. 117). La segunda, la meta “es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión” (pág. 118). La tercera de las propiedades de la pulsión es el objeto “aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta” (pág. 118). Por último, la *fuentes* de la pulsión es un “proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión...para la pulsión lo absolutamente decisivo es su origen en la fuente somática” (pág. 118-9).

Por otro lado, también señala Freud (1923) que la exterioridad es tanto la realidad externa como el cuerpo propio y los procesos pulsionales. Dice allí que “el yo se enriquece a raíz de todas las experiencias de vida que le vienen de afuera; pero el ello es su otro mundo exterior, que él procura someter” (pág. 56).

En consecuencia, puede vislumbrarse el conflicto pulsional que se pone en evidencia en estos sujetos justamente al no poder “parar” cuando surge el impulso de cortarse e inferirse una adhesividad de la libido a su propia fuente pulsional, al cuerpo propio; fuente y objeto coincidirían en la necesidad imperiosa de descarga. “Un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se acusa como *fijación* de aquella. Suele consumarse en períodos muy temprano del desarrollo pulsional y pone término a la movilidad de la pulsión contrariando con intensidad su desasimiento” (Freud, 1915, pág.118).

Esta fijación pulsional parece estar unida además a una modalidad particular de defensa que consiste en la desestimación del afecto, del sentir. Debido a ello podría suponerse que no “sienten” el deseo de dañarse sino más bien un impulso irrefrenable que los lleva a actuar, sin conciencia subjetiva. No parece haber sujeto que pueda hacerse cargo de una conflictiva vivida como meramente cuantitativa, como un proceso de carga y descarga, sin cualidad afectiva.

“Las tempestades voluptuosas primordiales deben alcanzar una morigeración para dar paso a la sensorialidad, y la razón para ello parece ser estrictamente económica: la neutralización recíproca de sus respectivas investiduras y procesos de descarga como consecuencia de la creciente



articulación entre las distintas fuentes pulsionales, sus empujes y metas respectivas, y sus objetos intrasomáticos.” (Maldavsky, 1991, pág. 280)

Surge de este modo la pregunta por el “sentir” en algunos de estos sujetos, ya que no parece haber registro del daño producido en el cuerpo a través de la puesta en juego de las pulsiones de autoconservación, sino que, más bien, éstas se encontrarían al servicio de la descarga pulsional, prevaleciendo la pulsión de muerte por sobre las pulsiones de vida.

Este parece ser un punto de coincidencia con aquellos autores (2, 4) que dan importancia a los procesos empáticos, al señalamiento y la conexión con estados afectivos (pena, abrumamiento, dolor).

La segunda, “contar hacia atrás empezando desde el diez”, es una estrategia que parece combinar el pensamiento numérico con la aplicación de barreras, topes, al desenfreno pulsional que exige inmediata tramitación. Parecería cuestionar la temporalidad, aquí y ahora, que caracteriza este tipo de pensamiento.

La tercera, “buscar cinco cosas alrededor, una para cada sentido, para dirigir la atención hacia ellas y hacia el presente”, constituiría un modo de facilitar la ligadura entre la sensorialidad (a través del sistema percepción conciencia) y las percepciones que provienen del mundo exterior. Quizás también posibilite, con ayuda terapéutica, un intento de proyección de los procesos pulsionales y su posterior identificación con los propios estados afectivos.

La cuarta, “respirar lentamente, inspirar profundamente por la nariz y expulsar el aire por la boca”, quizás sea un procedimiento que procura la ligadura de las primeras pulsiones, (como la de respirar) con la atención y el consecuente intento de dominio de los procesos pulsionales que exigen inmediata tramitación. Parece tener algo en común con la que sugiere “abrir cualquier libro al azar y empezar a leerlo en voz alta, o tener preparado un libro concreto para estos casos, un poema o algo que se haya escrito especialmente para leer en estos momentos, si se profesa alguna religión puede recitarse una oración”, ambas parecen aludir a los mecanismos denominados procedimientos autocalmantes descritos por Smadja, C. (1993) y Szwec, G. (1993).

La técnica que sugiere “pintar una línea usando ténpera y los propios dedos o dibujar con marcador rojo en la parte del cuerpo donde querían cortarse”, apunte, posiblemente, a desarrollar el proceso proyectivo defensivo normal fundante de la exterioridad, (que parecería haber resultado fallido en estos sujetos), y su posterior identificación a través de una acción motora que permita el dominio y la ligadura de los procesos pulsionales.

Otras técnicas sugieren “utilizar un saco como los de boxeo para golpear”, “hacer flexiones rápidas, saltar o cualquier otro tipo de ejercicio físico intenso”, “gritar”. La primera quizás dé por supuesto un estado de violencia interna mudo que tiende a encontrar cauce entregando partes del cuerpo propio que sería suplido, en este caso, por un objeto exterior al mismo. A su vez, los tres procedimientos parecen poner en evidencia la necesidad de una rápida descarga como la que exige el principio de inercia que caracteriza a la pulsión de muerte. Su accionar disolvente se vería de este modo obstruido debido a la construcción de topes que impiden el proceso de descomplejización, tanto yoica como libidinal, aunque sea a través de estos procesos

catárticos pero que impiden daños mayores. Inclusive, podría pensarse el grito (no mudo) como un proceso proyectivo que permitiría una posterior identificación.

La estrategia que sugiere “empujar con fuerza la pared, como si se quisiera desplazarla o echarla abajo (pero sin golpear, sólo empujar), o bien tirar de un objeto muy pesado, tratando de arrastrarlo”, daría cuenta del intento de dominio del empuje pulsional, de su fuerza e intensidad mediante una acción motriz.

Otras aconsejan “analizar con detalle qué es lo que lleva a tener esos sentimientos, qué pensamientos, situaciones o emociones concretas; qué sucedió justo antes de que surja el deseo de dañarse”, de un modo similar a la pregunta que originó el presente estudio, o sea, por los detonantes del acto violento. Sugieren “llevar un diario donde se puedan anotar los pensamientos, emociones y sucesos del día”, centrarse más en los aspectos positivos de la vida y escribir los negativos desde una perspectiva de búsqueda de soluciones, preguntándose si es posible aportar algo bueno, cómo puede utilizarse el suceso para crecer, etc. Estos procedimientos apuntarían a la modificación de la defensa posiblemente prevalente en este tipo de cuadros, la desestimación del afecto, o sea, a la posibilidad de registrar y ligar los afectos subyacentes a estos estados. Quizás, en este sentido estas técnicas también manifiesten una meta terapéutica relacionada al pensar, en el sentido que lo plantea Freud (1923), al decir que los “procesos de pensamiento” se consuman “en algún lugar del interior del aparato como desplazamientos de energía anímica en el camino hacia la acción...” (pág. 21).

Por último, una inquietud en torno a la diferencia establecida entre el fumar o beber en exceso y los self injured y la referencia a que la gente que fuma no lo hace con la intención de dañarse sino por placer (el daño es un efecto secundario), mientras que los se cortan proponen lastimarse (2, 4). En este punto cabe la pregunta en relación a un posible goce autoerótico subyacente también en estas conductas, (ya que algunas se presentan como una necesidad imperiosa, adictiva, de agredir el propio cuerpo), como postula Freud (1897) en la Carta 79 al referirse a las adicciones:

“Se me ha abierto la intelección de que la masturbación es el único gran hábito que cabe designar ‘adicción primordial’ y las otras adicciones sólo cobran vida como sustitutos y relevos de aquella (el alcoholismo, morfínismo, tabaquismo, etc.)” (pág. 314)

Se continuará entonces ahora con las conclusiones a las que se arribó al aplicar los tres instrumentos del método ADL a la muestra conformada por los dos casos descritos y su relación con la bibliografía que trata el tema en cuestión.

Luego de haber realizado el estudio con un método sustentado por fundamentos teóricos del psicoanálisis se han podido detectar algunas similitudes con las descripciones realizadas por otros autores que han investigado la temática con otros métodos. Por ejemplo, en Marisa y en Lorena parece haber ocurrido lo expresado por algunos autores que refieren que el corte autoinfligido puede servir para expresar ira o disgusto, para influenciar sobre otros o buscar su ayuda (Klonsky D.; Muehlenkamp, J., 2007). Sin embargo, a partir de este estudio podría pensarse que, si bien los antecedentes del acto se encuentran relacionados con estados afectivos (por ejemplo, enojo y bronca en Lorena) y con un pedido de ayuda, más bien lo que ocurrió en ellas fue la falta de

registro del estado afectivo en el momento del acto y más que un pedido de ayuda parece haber sido su fracaso lo que desencadenó el corte en ambas.

Coinciden los resultados de este estudio con las investigaciones que observaron que a través del corte se obtiene el alivio de intensas emociones (Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, de2007; Gratz y Roemer, 2004). Estos estudios observaron que los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006). Puede agregarse a estas observaciones que dicho alivio se manifestaría como una descarga de tensión que busca un equilibrio económico hasta que surja una nueva dificultad de tramitación pulsional.

Concuerda, asimismo, el resultado que pone de manifiesto que es inútil, inadecuado o inconveniente expresar enojo o tristeza de manera directa hacia una persona o respecto de una situación (4), así lo demostraron Marisa, en relación a su padre y a su novio, y Lorena, también en relación a su progenitor y a los profesionales del hospital donde fue internada.

Ambas pacientes manifiestan también la particularidad que demostraron otros estudios en relación al déficit en el manejo de la emoción ya que las personas que se auto infligen daños corporales muestran dificultades para registrar sus emociones y son más propensas a tener problemas para expresarlas en comparación con los que no se autoinfligen daño (Gratz, 2006).

También se puso en evidencia en el análisis de Lorena la observación de muchos autores que hacen referencia a que estos pacientes son particularmente propensos a ser auto-críticos y tener intensas experiencias auto-dirigidas de ira o desagrado (Klonsky, 2007; Herpertz et al. 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994) y tener una baja autoestima (Lundh et al., 2007), y más recientemente (Klonsky et al., 2003; Lundh et al., 2007), por ejemplo, cuando Lorena preguntaba si todo era por su culpa como consecuencia de la denegación de un permiso de salida.

Asimismo parece confirmarse lo propuesto por muchos autores en relación a que la manifestación del proceso auto-lesivo no implica la presencia de un determinado diagnóstico (Klonsky et al., 2003; Nock et. al., 2006) sino que, más bien se pone en evidencia la combinación compleja de diferentes elementos interrelacionados. Por ejemplo, en Lorena se manifiesta una combinación de trastorno de abuso de sustancia (alcohol) y el daño autoinfligido confirmando así la propuesta de Joiner (2005) quien refiere que el uso de sustancias ayuda a las personas a habituarse al violento daño autoinfligido. Quizás pueda entenderse esta combinación como el modo en que se pone de manifiesto el intento de eliminar de la conciencia, o sea, negar un estado afectivo apelando a diferentes recursos.

Se dijo anteriormente que muchas investigaciones (10) demostraron que las personas que se autolesionan han vivido en ambientes que los infravaloraban como personas y en los que la comunicación de experiencias privadas es trivializada o castigada o se encuentra con respuestas inadecuadas o extremas. Esto es lo que parece haber sucedido también en el caso de Lorena, por ejemplo, cuando intentó hablar con su hermano de la violación padecida o cuando refería la falta de entendimiento de su familia en relación a su ingesta de alcohol “mi hermano dijo que yo era la vergüenza de la familia, Daniel un

día dijo, peleándonos, me gritó que era una borracha (...) entonces como se te pegan esas cosas (silencio) más saliendo recién de la muerte de mi viejo.”

Algunos interrogantes quedan abiertos a futuras investigaciones, uno de ellos se encuentra relacionado con el estudio del vínculo paciente – terapeuta (o sea, de la intersubjetividad) con el fin de dilucidar la posible influencia de las intervenciones de los diferentes terapeutas que luego dieron lugar a los diversos resultados en el análisis del discurso de ambas pacientes.

Asimismo se vislumbra la posibilidad de continuar este tipo de investigación sistemática para el análisis de otros pacientes que presenten heridas autoinfligidas en piel con el objeto de dilucidar procesos psíquicos similares y también las diferencias finas en cada uno de ellos.

Surgieron además, a través de este estudio interrogantes en torno a los momentos posteriores al acto, qué otros relatos realizan las pacientes en las sesiones posteriores. Por ejemplo, Lorena relató un deseo de realizar una mano en cartapesta, quizás el estudio de este deseo o proyecto dé lugar a posibles combinaciones de pulsiones, hasta ese momento ligadas a defensas patológicas (O1 y desmentida) con defensas funcionales como acorde a fines, creatividad, sublimación, combinaciones a las que puede dar lugar el trabajo terapéutico posterior.

Los estudios de las redes de palabras y de los actos del habla parecen marcar una diferencia entre ambas pacientes, sus recursos disponibles. Así en Lorena, al aplicar el diccionario computarizado, se puso de manifiesto un alto porcentaje de O1, que coincidió con el resultado del análisis del relato de los antecedentes de corte. Sin embargo, allí se combinó con una desmentida en estado fracasado, mientras que en el análisis de las redes de palabras se pone de manifiesto la posibilidad de que esta pulsión se combine con otras defensas no patógenas, como acorde a fines, creatividad o sublimación. De hecho, la paciente relacionó la posibilidad de alivio de su malestar con el trabajo y con la realización de una mano en cartapesta en su espacio de terapia ocupacional, actividad que, junto con el dibujo realizaba con placer y es, entre otras cosas, uno de los elementos que la ayudó a salir de la crisis.

En Marisa, en cambio, el lenguaje que tuvo mayor porcentaje en el análisis de las redes de palabras fue el O2, resultado que coincidió con el análisis de los actos del habla. Es interesante aclarar que Marisa continuó su voluntariado en el hogar, estudió y se recibió de una carrera acorde a dicho trabajo en el cual parece haberse puesto de manifiesto dicha pulsión O2 combinada con defensas acorde a fines y creatividad.

Por último, puede decirse que este tipo de estudio realizado a través de un método de investigación sistemática creado con fundamentos teóricos del psicoanálisis por el Dr. David Maldivsky, aporta una novedad al conocimiento de los desencadenantes del acto violento a través de la aplicación de la grilla de análisis del relato. Dichos detonantes se encuentran ligados a la sujeción a un personaje no creíble, al entrampamiento generado por la misma y a la posición de las pacientes en el ser retadas o reconvenidas. Esta situación implica que las pacientes sufren un tipo particular de sentimiento de inferioridad, una vergüenza que va acompañada de suponer que otros, quienes le han dicho cosas falsas, abusan del poder que les da su credulidad. Esta posición las deja

sumidas en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse.

Del mismo modo puede concluirse que los otros dos instrumentos (grilla de los actos del habla y diccionario computarizado) aportan y hacen de complemento de dicho conocimiento al poner en evidencia los recursos disponibles en cada paciente a través del análisis de las palabras y de los actos del habla que se ponen en juego en el vínculo terapéutico y que dan lugar a la posibilidad del cambio de las defensas patógenas existentes hacia otras funcionales.

### **Bibliografía**

- Freud, S. (1950 [1895]) “Proyecto de psicología” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen I
- (1890) “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XXIV, 1978-85, vol. 1
- (1895 [1894]) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de ‘neurosis de angustia’ en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen III
- (1900 [1899]) “La interpretación de los sueños” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen IV y V
- (1905) “Tres ensayo de una teoría sexual” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen VII
- (1911 [1910]) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (Schreber)” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XII
- (1912-13) “Tótem y tabú” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XIII
- (1915) “Pulsiones y destinos de pulsión” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XIV
- “Lo inconciente” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XIV
- (1918) “Historia de una neurosis infantil” (El hombre de los lobos) en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen
- (1919) “Lo ominoso” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XVII
- (1920) “Más allá del principio del placer” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen
- (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen
- (1923) “El yo y el ello” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XIX
- (1923 [1922]) “Una neurosis demoníaca en el siglo XVII”, en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XIX
- (1925) “La negación” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen
- (1926) “Inhibición, síntoma y angustia” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen
- (1927) “Fetichismo” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XXI

- “El humor” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen XXI
- (1930 [1929]) “El malestar en la cultura” en *Obras Completas*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Argentina. Volumen 21
- Lacan, J. (1974 [1964]) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Barcelona, Barral
- Lieberman, D. (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72.
- Lieberman, D. (1971-72 [1970]) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Galerna-Nueva Visión
- Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias*. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina
- (1995) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Amorrortu editores. Buenos Aires. Argentina
- (1999) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina
- Maldavsky, D. et. al. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina
- (2003) “Categorías e instrumentos diagnósticos: la perspectiva freudiana” (algoritmo David Lieberman) *Revista do CEP de PA* v. 10, N° 1, Brasil
- (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Lugar Editorial. Buenos Aires Argentina
- Maldavsky, D. et. al. (2006) “Estudios sobre el Diccionario Computarizado del ADL: revisión y modificaciones” (UCES)
- (2007) *La intrasubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Lugar Editorial. Buenos Aires Argentina
- (2009) “Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia. Una aplicación del algoritmo David Lieberman (ADL) a una entrevista clínica.” *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. N°: 13. UCES. Buenos Aires. Argentina.
- Maldavsky, D., Scilletta, D. (2009) “Self-inflicted injuries” SPR Meeting, Santiago de Chile 2009
- Maldavsky, D., Rembado J. M., Scilletta, D. (2009) “Un estudio sobre la violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Lieberman (ADL)”, *Revista Actualidad Psicológica*, Año XXXIV, N°: 379.
- Maldavsky, D. et. al. (2009) “Dos pruebas de confiabilidad interjueces y una descripción de los procedimientos del algoritmo David Lieberman (ADL) para el análisis de relatos” *Revista SUMMA Psicológica* (UST) Universidad Santo Tomás de Chile. Santiago de Chile - Vol. 6, No 2, 177 – 186
- Smadja, C. (1993) “A propos des procédés autocalmants du Moi”. *Revue Francaise de psychosomatique*, 4
- Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants par la recherche de l’excitation les galériens volontaires”, *Revue Francaise de psychosomatique*, 4

Páginas consultadas:

- (1) “El planeta de los simios XXXII. Automutilación”  
[www.grupoelron.org](http://www.grupoelron.org)
- (2) “Autolesiones: ¿por qué algunas personas se hieren a si mismas?” [www.cepvi.com](http://www.cepvi.com)

•(3) “Autoflagelación. Jóvenes que se cortan”  
[www.armoniainternet](http://www.armoniainternet)

•(4) “Cómo puedo ayudar a un amigo que se corta”  
[www.kidshealth.com](http://www.kidshealth.com)

• Anónimo, “Automutilación” publicado en el sitio  
[www.bmezine.com](http://www.bmezine.com)

• Anónimo, “Limítrofe y AL” publicado en el sitio [www.auto-lesion.com](http://www.auto-lesion.com)

• [www.diariolunaoscura.blogspot.com](http://www.diariolunaoscura.blogspot.com)

#### Journal

• E. David Klonsky, D.; Muehlenkamp, J. Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. (2007) Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1045–1056

• Health, N.; Toste, J.; Nedecheva, T.; Charlebois, A. *Journal of Mental Health Counseling. Volume 30/Number 2/April 2008/Pages 137–156*

An Examination of Nonsuicidal Self-Injury Among College Students (*Department of Educational and Counselling Psychology at McGill University in Montreal, Canada.*)

• Psychological Treatment of Self-Injury Among Adolescents  
Nock, M.; Teper, T.; (*Harvard University*); Hollander, M. (*Cambridge*)

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1081–1089, 2007.

• Psychodynamic Treatments of Self-Injury  
Levy, K. *Pennsylvania State University*  
Yeomans, F.

*Weill Medical College of Cornell University*  
Diamond, D.  
*City University of New York*

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1105–1120, 2007.

• Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide

Walsh, W.

*The Bridge of Central Massachusetts*

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1057–1068, 2007.

• *Journal of Mental Health Counseling*  
*Volume 30/Number 2/April 2008/Pages 173–188*

Self-injury, Sexual Self-concept, and a Conservative Christian Upbringing:

An Exploratory Study of Three Young Women’s Perspectives

Wagner, J.

Rehfuss, M.

• The Internet and Self-Injury: What Psychotherapists Should Know

Whitlock, J. Lader, W. and Conterio, K.

*Cornell University*

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol:*

*In Session* 63: 1135–1143, 2007.

• Developing and Maintaining the Therapeutic Alliance With Self-Injuring Patients

Nafisi, N.

*New York State Psychiatric Institute*

Stanley, B.

*New York State Psychiatric Institute at Department of Psychiatry,*

*Columbia University College of Physicians & Surgeons*

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session* 63: 1069–1079, 2007.

- Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction

Klonsky, D.

*Stony Brook University*

Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol: In Session*

63: 1039–1043, 2007