

ACERCA DE LA VIDA ONÍRICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ORGÁNICA

Mabel Malinowski*

Resumen

Este trabajo es un desarrollo que se desprende de una investigación realizada con pacientes orgánicos y toma como eje central el concepto de funcionamiento del cuerpo y la vida onírica, considerado desde la perspectiva de las categorías del dormir y del soñar, en el marco de las patologías del desvalimiento. La primera parte es un breve resumen de un trabajo previo donde desarrollé dos categorías, “Trastornos del dormir” y “Trastornos del soñar”, la operacionalización de las variables y la construcción de hipótesis intermedias con el objetivo de construir un cuestionario que recolectara datos sobre dichas alteraciones en pacientes con patología orgánica. En la segunda parte, desarrollo los conceptos que subyacen a la investigación empírica, como soporte de la misma. Investigo las características del concepto de “cuerpo” que está comprometido en este tipo de patologías. Se pone el acento en la diferencia que existe entre el cuerpo de las neurosis de transferencia y el de las patologías orgánicas. A qué cuerpo hago alusión y qué grado de alteración tendrán las formaciones tempranas en los pacientes que se están investigando. Introduzco una viñeta clínica que presenta una patología diferente de la enfermedad oncológica con el objeto de comparar el funcionamiento onírico. Este caso clínico será comparado con la sistematización de las respuestas que dieron las mujeres de la muestra en la investigación a la que hago mención, articulada a los conceptos desarrollados previamente. En la tercera parte, se describen las posibles articulaciones y las conclusiones.

Palabras clave: patologías orgánicas, trastornos del dormir, trastornos del soñar, cuerpo erógeno, cuerpo biológico.

Summary

This paper is a development of a part of my investigation on organic patients. Its central axis is the concept of the body considered from the perspective of sleeping and dreaming. The first part is a brief summary of a previous work where I developed two categories, perturbations of sleeping and perturbations of dreaming, the operationalization of the variables and the construction of intermediate

* Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento. Docente del Máster en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. E-mail: mabelmali@yahoo.com.ar

hypotheses aiming at constructing a questionnaire to collect data on these alterations in patients with an organic pathology. In the second part, I develop the concepts underlying the empirical research. I investigate the features of the concept of "body" corresponding to this type of pathologies. I stress the relevance of the difference between transference neuroses body and of the organic pathologies one. I refer to a specific type of body and to the early perturbations influencing in its alterations. I introduce a clinical example aiming at comparing the ego functioning with that of the sample in the main investigation. In the third part I include new proposals and conclusions.

Key words: *organic pathologies, upheavals of sleeping, upheavals of dreaming, erogenous body, biological body.*

Introducción

Este trabajo se desarrolla a partir de una investigación que se centra en la exploración de los trastornos del dormir y del soñar en pacientes con patología orgánica.

Consideraré las respuestas que dieron los pacientes, entrevistados de una muestra, a uno de los ítems de un cuestionario que construí a los efectos de la investigación mencionada, donde se describen estados de conciencia en el momento que se duermen, en el que despiertan y los lenguajes del erotismo implicados, como así también el tipo de memoria y los sueños que relatan.

Se investigan las características y el concepto de "cuerpo" que está comprometido en este tipo de patologías. El eje central está centrado en la perspectiva de considerarlo desde la categoría del dormir y del soñar, además de poner el acento en la forma de abordaje en la clínica de las organizaciones tempranas del psiquismo en patologías orgánicas diversas, también a partir de la "vía regia" que representan los sueños.

Primera Parte

Los trastornos del dormir en pacientes con patologías orgánicas

En un trabajo anterior (Malinowski, 2004) investigué el funcionamiento onírico en pacientes orgánicos, desarrollando distintas variables, referidas al modo en que se manifiestan las alteraciones en el funcionamiento corporal: insomnio, hipersomnia, actividad muscular, desvitalización, temperatura, memoria, etc.

Para recolectar los datos de una muestra de pacientes orgánicos, construí un instrumento de exploración, en este caso un cuestionario, que diera cuenta de las distintas alteraciones

que podían aparecer en el funcionamiento del dormir y del soñar en pacientes con fijaciones muy tempranas, tales como perturbaciones del yo real primitivo, que se traducen en dificultades del procesamiento de las cantidades endógenas. Dentro de esta categoría podemos clasificar distintas patologías tales como: adicciones, anorexia, bulimia, psicósomáticas, epilepsias, traumatofilias, enfermedades orgánicas: VIH, autoinmunes, oncológicas, otras, etc.

Después de describir las dimensiones que se despliegan a partir de las categorías descritas, se complementa con una viñeta clínica de una joven paciente que padece serios trastornos de la alimentación, con lo cual se pretende comparar la alteración del funcionamiento temprano en un caso en pacientes psicósomáticas y en el otro una patología adictiva, desde la perspectiva de la vida onírica.

Retomando el tema de la investigación antes mencionada, la elección de estas variables está relacionada con las manifestaciones que aparecen descritas por los pacientes que padecen patología orgánica. Este desarrollo conceptual y su operacionalización me llevaron a distinguir los componentes del cuerpo que están principalmente investidos en este tipo de funcionamiento biológico, las enfermedades orgánicas.

En esa oportunidad, distinguí dos tipos de Trastornos, los TD, o trastornos del dormir y los TS, o trastornos del soñar.

Trastornos del dormir

Dentro de la categoría “Trastornos del dormir” definida según la Clasificación Internacional de los desórdenes del sueño (Kelley, W.; 1989; Avdaloff, W.; 2003; DSM-IV, 2000) sobre la base de síntomas subjetivos, así como de la patología específica que se registra objetivamente durante el estudio del sueño, como alteraciones que comprenden:

1. Trastornos de la iniciación y mantenimiento del sueño
2. Trastornos de somnolencia excesiva
3. Alteración del ciclo sueño-vigila
4. Parasomnias

Dentro de esta categoría, desarrollé distintas variables:

- El “insomnio” se considera un síntoma de un trastorno en la etapa del sueño que se presenta como dificultad para quedarse dormido (insomnio de conciliación) y/o mantener un sueño regular (insomnio de mantención) y/o interrupciones (despertares frecuentes) durante toda la noche.
- La “hipersomnia” se caracteriza por la aparición patológica del sueño durante la vigilia, aun

cuando el sueño nocturno puede ser normal. Se caracteriza por el sueño diurno irresistible que a menudo dura 15 minutos y solo refresca al paciente en forma transitoria. Una de sus formas de manifestarse se denomina “narcolepsia”.

- Otra de las variables consideradas es la “actividad muscular”. Se diferencian dos tipos de sueño, que son tan distintos entre sí como cada uno de ellos con respecto a la vigilia: sueño MOR (movimientos oculares rápidos) y sueño NMOR (sin movimientos oculares rápidos). A su vez, este se subdivide en tres fases: 1) adormecimiento o transición vigilia-sueño, 2) sueño superficial y sueño delta, 3 y 4) sueño profundo o lento.
- Considero también la variable “temperatura” y su relación con la fase paradójica del dormir. El flujo sanguíneo cerebral es mayor durante esta etapa del sueño, hay aumento de la temperatura cerebral y del consumo de oxígeno.
- Otra de las variables es la “desvitalización”, considerada por Maldavsky (1994) como expresión de un trauma, al cual perpetúa y que describe como “estar muerto”, como carecer de un mínimo de tensión vital.

Dentro de la categoría “Trastornos del soñar”, definida como la alteración que se expresa con la disminución o supresión de los contenidos figurados o fantaseados del sueño, supresión de la elaboración psíquica o metafórica de los contenidos del sueño, que puede expresarse como sueño repetitivo, como descripción textual de la realidad, sueños laborales, etc., investigué 5 variables: trauma, figurabilidad, importancia que da el paciente al soñar, contenido de los sueños y memoria.

1. Con respecto a la primera variable, “trauma”, si es una vivencia traumática, no tiene cabida en la escena onírica y es relevado por un despertar ansioso, donde subsiste una situación inelaborable, que no puede ser recordada.
2. Otra de las variables, la “figurabilidad”: se toma a la proyección no defensiva, interrogativa, como un correlato del concepto de figurabilidad, de los cuales la alucinación es uno de los modos de expresión junto con el recuerdo y el relato de dichas imágenes. Soñar es un proceso creador que pone en marcha funcionamientos más allá de lo que se sueña, es un mundo proyectado de principio a fin (Sami-Ali, M.; 2000).
3. La tercera variable, “importancia que da el paciente al soñar”, parte del supuesto teórico de que la función del soñar es una de las modalidades particulares del funcionamiento psíquico en general. La falta de interés en los sueños opera en detrimento de la actividad onírica y el proceso termina en el sujeto que no sueña.
4. Con respecto a la variable “contenido de los sueños”, se observó que en los sueños de trabajo se reproduce una actividad habitual. Tienen un registro literal cuya banalidad parece excluir toda participación de los procesos oníricos.
5. Otra de las variables investigadas es la “memoria”. El sueño solo existe en la medida en que se lo recuerda, es un ser de memoria, dependiente de la huella que allí

deja. Que el sueño esté mediatizado por la memoria significa que no se puede tener de él una experiencia directa y que solo existe retrospectivamente.

La vida onírica en las patologías orgánicas

Como referí anteriormente, desarrollé dos categorías, “trastornos del dormir” y “trastornos del soñar”, la operacionalización de las variables y la construcción de hipótesis intermedias con el objetivo de construir un cuestionario que recolectara datos sobre dichas alteraciones en pacientes con patología orgánica. Este cuestionario en su versión original constaba de 19 ítems, que exploran las entradas, permanencia y salidas de la vida onírica de pacientes orgánicos. Las alteraciones corporales tales como hiper o hipotonicidad, taquicardia, aceleración o disminución de la respiración, estados de alerta, etc., en las etapas NMOR (sin movimientos rápidos de los ojos) y en el período REM (movimiento rápido de los ojos), que generalmente coincide con el soñar.

En este cuadro se describe cómo son los despertares nocturnos de 11 pacientes de la muestra (mujeres) sobre un total de 30:

Ante la pregunta “Cuando se despierta de noche, ¿cómo es su estado de ánimo?”, estas pacientes responden de la siguiente forma:

- De noche caigo planchada, no puedo dormir de día. Me despierto un poco nerviosa.
- Me despierto sobresaltada.
- Me despierto bastante nerviosa y sobresaltada, me parece que me llaman y escucho ruidos.
- Me despierto bastante nerviosa y llorando, siento que caigo de algo que nunca termino de caer, con llanto fuerte, como asustada, angustiada, llorando tipo catarata, sollozo muy fuerte, no puedo parar.
- Me despierto muy nerviosa, siento ardores de estómago.
- Me despierto muy sobresaltada.
- Me despierto sobresaltada y me agarra como un escalofrío.
- Me despierto sobresaltada llorando.
- Siento que me estoy ahogando, como que me están atacando, me despierto sobresaltada, me acomodo y sigo durmiendo.
- Siempre dormí muy mal, me despierto sobresaltada.
- Me despierto sobresaltada.

Despertares en estado de terror

En este sector de mi trabajo, reuniré una investigación sistemática con un pequeño párrafo de una viñeta clínica. En el primer caso aludo a una afección psicossomática y en el segundo, a una adicción.

Presentaré una viñeta clínica de una paciente adulta joven, que padece una enfermedad orgánica (bulimia y anorexia). Su cuerpo está seriamente comprometido desde el punto de vista de la vitalidad. Vomita varias veces por día y deja sus vómitos en bolsas de residuo escondidas en cajones que después arroja en la calle. Tal vez como intento falaz de construir huellas mnémicas, deja pedazos de su cuerpo.

Mientras sucede esto en la vigilia, se despierta aterrorizada durante la noche y me cuenta lo que le ocurrió: “Me desperté aterrorizada, pero no era un sueño, era una alucinación, creo que tiene que ver con que me enteré de que una amiga que está embarazada se le detectó al bebé una grave complicación cardíaca, yo aluciné que el bebé expiraba en mi oído, el bebé me pronosticaba que se estaba muriendo... no pude seguir durmiendo y me quedé todo el día temblando de miedo”.

A partir de este fragmento se podrían comparar los resultados obtenidos del discurso de las pacientes oncológicas de la investigación descrita anteriormente y el discurso de la paciente que padece anorexia y bulimia. Pese a que son patologías distintas, poseen un mismo sustrato en cuanto a las defensas y funcionamiento psíquico en general. El objetivo es articular la organización psíquica temprana de ambas patologías orgánicas.

Estas formas de despertar, denominadas terrores nocturnos, son trastornos del despertar en el sueño lento. Lucile Garma las denomina pesadillas del estadio 4. Son despertares de manera brusca. El acento está puesto en el pasaje del dormir a la vigilia sobre el movimiento de salida del dormir. El durmiente atraviesa bruscamente la frontera del dormir contra el que lucha. El contenido mental relatado es pobre, con frecuencia constituidos por un tema único, una única imagen o una escena aislada no elaborada. Es una escena brutal, una caída sin fin, un ahogo, una agresión o una sensación de sofocación fatal que se impone a la conciencia de manera desorganizante.

Estas anomalías son testimonios del hecho de que cierto tipo de actividades psíquicas no obedecen al modelo del sueño como una satisfacción alucinatoria de deseos.

Se podría pensar en el fracaso de las fronteras entre los estados de dormir y la vigilia. Es un trastorno del dormir más que del soñar, porque no son considerados sueños (Racamier, P.C.; 1976).

Aparecen, entonces, sensaciones de angustia de doble origen, angustia por dormirse, que se relaciona con la imposibilidad de relajarse y angustia por soñar, que se relaciona con la angustia de conectarse con los propios contenidos inconscientes, situaciones cuya salida es el insomnio.

Se trata a menudo de escenas traumáticas, visiones terroríficas, angustia automática, sentimientos de terror y de imposibilidad de defenderse (Chetrit, M.; 1996).

Segunda parte

Marco teórico

En este apartado pretendo desarrollar los conceptos que estuvieron en la base de la investigación (sintetizada precedentemente) y las diferencias que subyacen en el funcionamiento del cuerpo y la vida onírica que aparece en las patologías orgánicas y en las neurosis de transferencia, desde sus expresiones en los estados de transición de la vida de vigilia a los del dormir, su permanencia, sus posibles salidas o despertares, sus manifestaciones, incluido el soñar, articulado con la característica fundamental de estas patologías que es un estado de desvitalización.

Concepción metapsicológica del cuerpo desde Freud y su relación con el problema del dormir

Esta teoría del cuerpo implica considerarlo como un lugar de circulación, distribución, retención, intercambios, pugnas, etc., de los procesos pulsionales.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud se refiere a un momento primordial en que la libido inviste el cuerpo. En “El problema económico del masoquismo” se refiere a una forma elemental del sadomasoquismo en que eros y pulsión de muerte invisten el propio cuerpo, los que se diferencian gracias al uso de la musculatura, que permite al yo ser activo respecto de los objetos mundanos perceptibles y de la pulsión.

Una de las primeras motricidades es la tendencia a la expulsión de los excesos de voluptuosidad vueltos tóxicos que requieren de un contexto que devuelva transformado lo expulsado, oxigenado, nutrido, procesado en el vínculo con un agente maternante que realiza una acción específica a través de los cuidados y de la ternura.

Se toma en consideración un cuerpo en el que se privilegian las pugnas entre eros y pulsión de muerte, las defensas de la pulsión de muerte contra eros y viceversa. Ese cuerpo, donde la pulsión de muerte tiende a la desvitalización mediante una descarga de toda la energía disponible, a diferencia de eros que pretende mantener la tensión vital mediante la desexualización.

En “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, S.; 1917) aduce que, con independencia del soñar, existe un estado del dormir en el cual coinciden egoísmo (autoconservación, en el que predomina el miramiento por lo útil) y narcisismo. A tal estado del dormir se retorna periódicamente en el intento de reponer energías. Se desinvieste todo el territorio yoico: percepciones, preconsciente y otros

sectores. Las inversiones retiradas, recaen sobre el yo y quizás en especial sobre el cuerpo. Cuando alguna incitación pulsional, perturba este recogimiento, ocurre una proyección intrapsíquica en un sueño.

En “Esquema del psicoanálisis”, Freud (1938) destacó que el estado del dormir, no corresponde a la tentativa de realizar un deseo, sino más bien de consumir una pulsión. Reemplazó el concepto de “deseo de dormir” por el de “pulsión de dormir”. Afirmó: “El yo prueba su tardía génesis a partir del ello, suspendiendo temporariamente sus funciones permitiendo el regreso a un estado anterior” (pág. 164). Una pulsión sería, entonces, un esfuerzo inherente a lo orgánico vivo, de reproducción de un estado anterior que lo vivo debió resignar bajo el influjo de fuerzas perturbadoras externas. Tal concepción de la pulsión de dormir no cabe dentro del marco de la concepción inicial de la exigencia de trabajo para lo anímico, sino que ubica en otro terreno, que es la pugna entre eros y pulsión de muerte.

En “El yo y el ello” (1923), Freud advierte que, cuando se pierde la tensión vital, deviene una intoxicación debido a la imposibilidad de procesar los estímulos mundanos. Las angustias desbordantes o los estados de terror suelen derivar de la captación de la propia desvitalización y que la realidad pulsional propia o ajena (o de ambos), son excesivas exigencias para el estado de hemorragia propio (el yo y el ello). El dormir parece abrir el retorno a la hegemonía de modos elementales de nexos intercorporales, como el intercambio químico con una tendencia al reposo absoluto, a una recuperación energética común y propia.

Entonces, en ese contexto, el problema con el dormir, especialmente con el dormir profundo deja al sujeto con el riesgo de una desvitalización máxima hasta la hemorragia libidinal, desenergetización térmica y una salida para estos estados es precisamente la angustia automática y los estados de terror.

Otra de las manifestaciones que ocurren asiduamente en la mitad de la noche es que, estando desvitalizados, pueden surgir sensaciones de voluptuosidad en el propio cuerpo o en el ajeno y quedan expuestos a expensas de las desmesuras propias o a las ajenas, pudiendo provocar despertares con terror.

Es decir que lo común en las afecciones orgánicas parece ser el destino tóxico de la libido, y lo diferente serían la variable hereditaria y, sobre todo, las vivencias accidentales.

Es importante, entonces, relacionarlo con el concepto de “neurosis traumáticas”. Freud (1920) las estudió principalmente al considerar el problema de la pulsión de muerte y el cuerpo. Consideró así un cuerpo como fuente pulsional, que se caracteriza por una

tensión que permanece constante y que es protegida de las intrusiones provenientes de las energías exógenas mediante una coraza antiestímulo, bajo la cual se hallan los receptores sensibles. Estos captan y transmiten su período, que en la conciencia se transforma en cualidad, de donde derivan luego las huellas mnémicas, las inscripciones psíquicas. En las neurosis traumáticas la coraza antiestímulo es arrollada, con la alteración económica consecuyente y la imposibilidad de cualificar el estímulo exógeno irrupiente. La incitación mecánica traumática libera una excitación sexual insoponible, frecuentemente por la falta de apronte angustiado. Una parte de las incitaciones pulsionales hipertróficas puede procesarse por la mediación de las pesadillas, y otra a través de los dolores o la fiebre que suele suceder al trauma.

Las patologías orgánicas y la conciencia

Freud sostuvo (1900) que el soñar constituye un modo de despertar sin dejar de dormir. Esto significa que con el soñar despierta la conciencia, que acompaña el surgir de la imagen onírica, que posee un valor funcional al servicio de la preservación del dormir.

En las patologías psicósomáticas, en este caso las orgánicas u oncológicas, se presentan estados crepusculares o de autohipnosis, en los cuales la percepción no se halla acompañada de conciencia. La percepción sin conciencia es un concepto que se toma como expresión psíquica del concepto de “narcolepsia” o “hipersomnía”. Parece formar parte de una serie, y ubicarse entre el dormir (o el desmayo) y la vigilia. La ausencia de inscripción psíquica, se complementa con la imposibilidad de recuperar el despertar pleno. Puede ocurrir un semidespertar que permita comer, defecar, orinar, etc.

La conciencia plena parece ser la conciencia de los propios procesos pulsionales, gracias al encuentro con un interlocutor empático. Cuando Freud se preguntó por la esencia de lo anímico destacó el lugar de la conciencia, pero agregó que son necesarios otros procesos que no son tan lagunosos como aquella. Afirmó que los fundamentos son los procesos somáticos y que constituyen lo psíquico genuino. Los procesos pulsionales y neuronales constituyen el núcleo y la conciencia es un efecto (“Esquema de psicoanálisis”, 1938). El despertar de la conciencia tiene ciertos requisitos tales como la cualificación. En las afecciones orgánicas la conciencia solo capta frecuencias (Maldavsky, D.; 1994), aparecen captaciones del interior del cuerpo ajeno, estados de somnolencia y de hipnosis en que la percepción no va acompañada de conciencia.

El estatuto del cuerpo y de la vida onírica en las patologías orgánicas

El cuerpo (erógeno), en las neurosis de transferencia, está íntimamente asociado con la eficacia de la fantasía y la palabra, en cambio en este tipo de patologías, las orgánicas, pareciera estar más relacionado con otro tipo de funcionamiento donde cobran relevancia los procesos económicos y los trastornos de la pulsión de autoconservación.

La insuficiencia funcional (Marty), mental en general y onírica en particular, es permanente en los enfermos orgánicos, psicosomáticos; y transitoria en las neurosis de transferencia.

La ausencia de representaciones es pertinente al preconsciente. Es habitual también en los sueños, que dependan de una manera lapidaria donde se atestigua una forma de vigilancia tensa en lugar de una función creativa y liberadora.

Winnicott insiste en la apertura de un espacio. Green aduce: “El espacio del sueño es un espacio de trabajo en lugar de un espacio de descarga”. Trabajo y transformación energética.

Si la pulsión tiene un origen orgánico y para transformarse en anímico requiere de una serie de complejas construcciones intracorpóreas en un continuo intercambio con el contexto, existen procesos somáticos que requieren la intervención de acciones específicas y de transformaciones motrices que en estos pacientes son insuficientes y se traducen en carencias que se verifican por medio del análisis de la vida onírica.

Tales procesos, primero, se evidencian en la falla de la resolución de las tensiones internas. Al respecto, Freud señala: lo que caracteriza al sueño es el desplazamiento de la cantidad. Tal vez en el desplazamiento que, como mecanismo básico del proceso primario, sea el primer intento falaz de motricidad alterada, dominio de la pulsión de muerte, tal vez como primer indicio de alteración de una orientación no dirigida al mundo sino al estancamiento intrasomático, en lugar de la proyección como modo de empuje vital y trófico. ¿Será la falla del desplazamiento una respuesta tóxica a la falta de una acción específica del contexto?

Al respecto, Maldavsky comenta que algunos autores, por ejemplo Sami-Ali, desarrollan la importancia de la proyección como el principal mecanismo en pacientes psicosomáticos, entre ellos los que padecen cáncer. El autor afirma que la interferencia del mecanismo normal descansa en la desconexión del paciente con sus afectos y con la posibilidad de conectarlo con imágenes visuales.

La falla en el crecimiento anímico se evidencia en que el dormir no relaja las tensiones vitales, no expulsa los excesos pulsionales. Se evidencia la interdicción del sueño y como contrapartida aparece un abrupto disturbio del sueño NO MOR, una pérdida brusca de temperatura, una descompensación de los mecanismos cardiorrespiratorios, como trastocamiento de la investidura de la pulsión de autoconservación en el despertar aterrado y un desmantelamiento de la posibilidad de la figurabilidad. La pulsión de

muerte impone criterios de resolución somática y la energía tiene como destino perderse. No hay evidencia de complejización posible para mantener un entramado o una ensambladura que retenga la energía o, como es lo mismo, un camino vital que empuje hacia la creatividad o a la exigencia de trabajo.

Tercera Parte

Discusión

En la primera parte se desarrolla un breve resumen de una investigación realizada, la cual describe la vida onírica de los pacientes orgánicos entrevistados para corroborar ciertas características en cuanto al estatuto del cuerpo.

Se privilegiaron dos categorías: trastornos del dormir y trastornos del soñar articulándolas con la variable: patología orgánica.

La muestra está constituida por 30 pacientes, de los cuales se tuvieron en cuenta las respuestas obtenidas a través de un cuestionario, que explora distintos matices de la vida onírica y de la vida de vigilia y los momentos transicionales entre el pasaje de una a la otra de los entrevistados.

En este apartado se considera también el discurso de una paciente con patología orgánica diferente de las pacientes de la muestra donde tomo el discurso que recuerdan en el transcurso del funcionamiento del dormir en la transición al despertar en un estado de terror. Se comparan los funcionamientos yoicos tempranos de ambos tipos de patologías. Con respecto a la paciente que padece trastornos de la alimentación, que no soñaba, no sentía, viene aterrorizada a decir sobre su terror en el espacio de la transferencia.

Es el comienzo de una proyección que se construye para ser traducida en el vínculo con su terapeuta.

Se podría deducir el estado de terror en el que se encontraba, “*mitad dormida y mitad despierta*”, “*no era un sueño, era una alucinación*”, si pensamos que el mundo externo está bloqueado y, como dice Freud, en “Esquema de psicoanálisis”, que cuando el ello se vuelve demasiado exigente y por este hecho el yo dormido no está en condiciones de defenderse con los medios de que dispone, este yo renuncia a los deseos de dormir y retorna al estado de vigilia.

Aparecen, entonces, sensaciones de angustia de doble origen, angustia por dormirse, que se relaciona con la imposibilidad de relajarse y angustia por soñar, que se relaciona

con la angustia de conectarse con los propios contenidos inconscientes, situaciones cuya salida es el insomnio.

Si el mundo externo está bloqueado y el mundo interno está paralizado, pero en forma tensa bajo un estado de terror por imposibilidad de procesamiento pulsional debido al estado de desvalimiento que presenta, ¿qué salida le queda al durmiente que se defiende del estado de desenergetización, de hemorragia libidinal, por lo tanto térmica, desbordada de angustia ante la posibilidad de relajarse como sinónimo de dejarse morir?

Atrapada en un estado de transición entre el dormir y el despertar entre el mundo externo que no le da salidas y la musculatura tensa, paralizada, confundida y vulnerable en un estado de dependencia absoluta, cree alucinar hipervigilante a un bebé que le anuncia su muerte. En un estado de indefensión absoluta en que solo le queda el recurso de la tos (expulsión) este vacío del sentir insiste en la necesidad de inscribirse en un espacio transferencial, lo que atestigua el hecho de escribir sus sueños y leerlos en sesión.

Se podría pensar en el malestar del retorno de un vacío, de lo no representable. Es el yo real primitivo que aporta la experiencia estructurante del intercambio de ternura (Anzieu, D.).

La segunda parte constituye un desarrollo teórico de la conceptualización del funcionamiento del cuerpo que estoy considerando, desde la perspectiva de la vida onírica en pacientes con patología orgánica, principalmente del estado de desvitalización y las pugnas interpulsionales que se evidencian en este tipo de procesamiento orgánico, en este cuerpo considerado desde las patologías del desvalimiento como una de las manifestaciones donde la toxicidad pulsional se manifiesta como una estasis libidinal o carencia total o parcial del mecanismo de figurabilidad y las diferencias con la formulación de las teorías acerca del cuerpo en las neurosis de transferencia.

En la tercera y última parte presento las conclusiones que pueden desarrollarse a partir de los resultados de la investigación realizada y de la comparación en el funcionamiento temprano de distintas patologías orgánicas, cuyas expresiones son diferentes, pero que presentan diversas similitudes en cuanto al funcionamiento y organización del yo real primitivo, que el mismo mecanismo de imposibilidad de procesamiento pulsional se presenta en otras patologías tóxicas y el desvalimiento es tanto pulsional como del entorno.

Para finalizar, describo un esbozo de intervención o abordaje en este tipo de funcionamientos a través de la perspectiva de la vida onírica, camino que desarrollo como tema principal de mis investigaciones.

Conclusiones

Tanto en el discurso de la muestra de las 11 pacientes que investigué como en la viñeta clínica que presenté con el objetivo de comparar expresiones de la vida onírica en las patologías orgánicas, se corroboró un matiz abúlico en su postura, mientras en otras ocasiones existe un drenaje energético en el que la hipertonía y el insomnio son formas de oponerse a ello, como intento falaz de resistirse a un drenaje pulsional.

Se podría conjeturar trastornos correspondientes al yo real primitivo, que esta conducta responde a una cantidad pulsional de origen interno que no puede ser procesada, que aparecen en el dormirse por el agotamiento y despertarse por la tensión que no ha sido elaborada en los procesos oníricos.

Se considera que el dormir en los pacientes investigados constituye un modo de entregarse a la inercia, como consecuencia de la imposibilidad de relajarse, y que el insomnio es una tentativa de defenderse de esta entrega a la muerte.

Con respecto a las categorías propuestas, se pudieron corroborar distintos aspectos de modelo del “cuerpo” en estas patologías y su forma de funcionamiento.

Todas las noches se produce la reactualización de este proceso. El durmiente debe sobrevivir a una regresión narcisista sin límites y al peligro de la no representación. Si el sueño se define como el resultado de un proceso en el que se produce una desinvestidura del mundo externo, de los intereses vigiles, se trata de describir en estos pacientes una relación de conexión con los contenidos inconscientes que precisamente está interdicta, es más, existe una relación de oposición para que estas conexiones no se produzcan.

Es en el pasaje de las cantidades pulsionales intrasomáticas a la etapa oral primaria como momento de transición donde se podría ubicar este desfasaje que desde Freud lo podríamos referir al sadomasoquismo intracorporal.

Es en este momento en el que creo que la experiencia corporal, cuasi biológica, debe ser recreada en la transferencia, para construir los orígenes de la subjetividad.

Bibliografía

- Avdaloff, W. (2003), *Sueño. Diagnóstico y Tratamiento*, Chile, Mediterráneo, 2004.
- Chetrit, M. (1996), DSM-IV (2000), *Manual diagnóstico de los trastornos mentales*, Masson.
- Freud, S. (1900a), “La interpretación de los sueños”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 4-5.
- Freud, S. (1917d), “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños”, En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, en vol. 14.
- Freud, S. (1920g), “Más allá del principio del placer”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 18.
- Freud, S. (1923b), “El yo y el ello”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 19.
- Freud, S. (1926d), “Inhibición, síntoma y angustia”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 20.
- Freud, S. (1940a), “Esquema del psicoanálisis”. En: *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. 23.
- Garma, L. (1999), “Resumen sobre los sueños y las actividades mentales del durmiente en la clínica del sueño”, *Revista Actualidad Psicológica*, N° 269.
- Green, A. (1993), *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995.
- Kelley, W. (1989), “Enfoque del paciente con trastornos del sueño”. En: Smith, Philip L. et al., *Medicina interna*, LUGAR, Editorial Médica Panamericana, 1990.
- Maldavsky, D. (1994), “Las neurosis traumáticas y sus variedades”, *Revista Actualidad Psicológica*, N° 211.
- Maldavsky, D. (1995a), *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- Maldavsky, D. (1995b), *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- Malinowski, M: (2004), “Trastornos del dormir y del soñar en pacientes con patología oncológica”, tesis del Máster en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES, 2004.
- Marty, P. (1976), *Los movimientos individuales de vida y de muerte*, Barcelona, Toray, 1984.

Racamier, P.C. (1976), « Réve et psychose: revé ou psychose », *Revue Francaise de Psychanalyse*, XI.

Sami-Ali, M. (1980), *Le banal*, París, Gallimard.

Sami-Ali, M. (1997), *El sueño y el afecto*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2000.

Winnicott, D. (1963), "Fear of breakdown", *International Review of Psycho-Analysis*, N° 1.

Fecha de recepción: 29/08/07

Fecha de aceptación: 02/10/07