

Introducción

En las tentativas suicidas suele haber una secuencia de momentos entre los cuales, descriptivamente, es conveniente diferenciar el surgimiento de la idea, su sobreinvestidura, el acto en sí y sus consecuencias. Esta secuencia ha mostrado ser similar a la observada en otras patologías como las adicciones al alcohol, a las drogas o al juego, o las prácticas violentas. Estas diferentes manifestaciones presentan un gradiente desde formas menos peligrosas hacia otras que ponen en peligro la propia vida y la ajena. Intentaremos investigar los deseos, las defensas y su estado en esta secuencia en un caso leve de una paciente que se auto-infligía cortes en la piel.

Objetivos de la investigación

El objetivo de la investigación es el estudio de los procesos psíquicos (entendidos como deseos y defensas y su estado) que 1) anteceden a los episodios de cortes auto-infligidos en la piel y 2) los momentos en que se consume el corte. Consideramos a los episodios de corte como una destrucción auto-infligida deliberada de tejido corporal resultante en daño inmediato, sin intención suicida y con fines que no son socialmente sancionados, definición en la que coinciden varios autores.

Presentación del caso (\*)

Lorena, la paciente que estudiaremos, fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que se practicaba cortes en la piel. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo 10 sesiones. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. La paciente tenía tres sesiones de terapia individual y una familiar semanales. 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 de que Nati intentó suicidarse, Lorena ya no le creyó. 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 **Delia: es así que dijo, que tomó cerveza sin alcohol? No quiso inducir en el psiquiatra una confusión para que le responda igual que su viejo? David: sí, le dijo que había tomado cerveza sin alcohol, que había metido la pata y el psiquiatra le dijo que sí, y que había estado jugando con fuego. Yo creo que se lo dijo por esta contradicción interna en ella de ser alcohólica y no serlo, quizás sí, lo dijo para inducir en el psiquiatra que le responda como el viejo, ¿puede ser también esperando que le responda como la terapeuta que le dijo que podía tomar, o sea, afín a su pensamiento de no ser alcohólica?,\_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 la reconvinieron.**

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. (\*\*) 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 igual la dejaron sin el permiso de salida de fin de semana.** (Buscó ayuda y habló con los residentes, pero la dejaron sin el permiso de salida de fin de semana). **Creo que si ponemos lo que está entre paréntesis parece que pidió residente después de enterarse que no salía, pero no fue así, no pidió ayuda, creo que queda más claro lo que está en rojo, ¿les parece?** 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.

(\*\*) En lenguaje hospitalario es una referencia a atar al paciente de miembros superiores e inferiores a la cama.

#### Procedimientos

Las sesiones individuales fueron grabadas. Estas sesiones constituyen el material inicial de que disponíamos. De este material se procedió a la selección de la muestra apta para responder a los objetivos de la investigación. Debido a que los objetivos de la investigación exigían estudiar sucesos ya ocurridos, la muestra debía estar conformada

por los relatos en los cuales la paciente hacía referencia a los cortes, o a episodios que los precedían. La descripción realizada poco más arriba ya es resultado de una selección del material, el cual luego fue reprocesado para volverlo apto para la investigación sistemática.

Con el objeto de ordenar el material para volverlo apto para el estudio sistemático apelamos a diversos criterios que permiten organizar un gran conjunto de historias en una totalidad coherente y sirven como preparación para el ulterior trabajo interpretativo. Por ejemplo, algunos relatos estaban fragmentados y se continuaban tras párrafos intercalados de mayor o menor extensión, otros relatos estaban invertidos en su secuencia temporal, etc. Los criterios a los que apelamos nos permitieron ordenar el conjunto. Construimos entonces 14 (yo conté 13 más la que agregada posterior: 14, por favor, José María, ¿podés confirmarlo vos también, por las dudas) secuencias narrativas, cada una de las cuales podía ser resumida en una serie de frases que expresaban diferentes momentos ordenados con un criterio temporal. Seis secuencias narrativas corresponden a episodios previos a la internación, y ocho corresponden a episodios del corte (y sus antecedentes) durante la internación. Para la presente investigación nos concentramos en el estudio de los episodios del corte y sus antecedentes durante la internación, ya que fue posible estudiar relatos más precisos y detallados.

#### Método: algoritmo David Liberman (ADL)

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación que ha sido diseñado con el fin de detectar deseos y defensas (así como su estado) en el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana.

El inventario de los deseos deriva del inventario de las pulsiones que tienen eficacia en la organización clínica de los pacientes: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico oral secundaria (O2), sádico anal primaria (A1), sádico anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). En cuanto al inventario de las defensas, es posible distinguir entre las centrales y las complementarias. Las centrales son sublimación, creatividad, acorde a fines, represión, desmentida, desestimación de la realidad y la instancia paterna, desestimación del afecto. Entre ellas, las tres primeras son funcionales y las cuatro restantes son patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia; la desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista; la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis; y la desestimación del afecto, en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofilias y en las neurosis postraumáticas. Además, cada defensa puede tener un estado exitoso (cuando el paciente logra rechazar algo fuera del yo y mantiene el equilibrio narcisista), fracasado (cuando lo rechazado retorna y el paciente siente angustia) y mixto (cuando no hay retorno de lo rechazado pero, en lugar del equilibrio narcisista, sobreviene un estado displacentero). Ambos conceptos (tanto el de pulsión y su derivado, el deseo, cuanto el de defensa) se combinan, ya que para Freud las defensas son destinos de pulsión. De modo tal que las defensas aparecen combinadas con las diferentes pulsiones y los deseos derivados de ellas.

El ADL dispone de varios instrumentos para el análisis de los deseos y las defensas y su estado. El análisis de las escenas o episodios puede corresponder al nivel del relato o al nivel de los actos del habla. Los relatos permiten investigar escenas extra-transferenciales, como lo hizo Freud cuando analizó la relación entre Dora y el señor K. Los actos del habla permiten investigar las escenas intra-sesión, como cuando Freud prestó atención a cómo Dora lo acusaba a él, del mismo modo que antes al padre.

La aplicación de los instrumentos del ADL suele arrojar resultados multivariados para cada nivel de análisis y entre dichos niveles. Estos resultados armonizan con una forma de concebir la dinámica psíquica, no como estructura unitaria, sino como el producto de

la coexistencia entre varias corrientes psíquicas, entre las cuales pueden darse predominios estables o cambiantes.

La aplicación de los instrumentos del ADL requiere una preparación de la muestra, una serie de procedimientos que transforma un material desgrabado en un conjunto de escenas sea narradas sea desplegadas en sesión como actos del habla. Como en esta oportunidad analizaremos relatos correspondientes a sucesos transcurridos fuera de las sesiones, el nivel de análisis es el del relato. Para poder aplicar los instrumentos que analizan deseos y defensas en los relatos, el ADL requiere que el material concreto sea transformado en un conjunto de secuencias narrativas breves cuyos momentos se atienen a dos criterios: isotopía (es decir, mantener el mismo tema a lo largo de la secuencia) y orden cronológico-causal (es decir, que lo tenido como causa aparezca antes que lo tenido como consecuencia).

### Análisis

Ya destacamos que el nivel de análisis que tomaremos en cuenta es el de los relatos, donde detectamos 14 secuencias narrativas significativas. Entre ellas preferimos focalizar en 6 de los episodios inherentes al corte ocurrido durante la internación y sus antecedentes.

- I. Un psiquiatra residente la reconvino por haber tomado cerveza sin alcohol, 2. luego Daniel y su madre también la reconvinieron, 3. Lorena se sintió mal por haber tomado. (O1 + desmentida fracasada)
- II. 1. Lorena quería cortarse para aplacar la bronca y el dolor, 2. pidió ayuda, 3. terminó “contenida” (LI + acorde a fin exitosa)
- III. 1. Tenía acordado un posible permiso con su terapeuta individual para salir el fin de semana, 2. un psiquiatra residente le denegó el permiso de salida porque no había quién lo firmara, 3. se sintió encerrada. (A1 + desmentida fracasada)
- IV. 1. Pensó que ella trataba de hacer las cosas bien y le quitaban su salida, 2. no entendía a los profesionales (O1 + desmentida fracasada)
- V. 1. Le contó a su madre que le habían sacado el permiso, 2. ésta no dijo nada. (LI y desestimación del afecto fracasada)
- VI. 1. escondió un vidrio en su armario, 2. se mantuvo callada y se cortó. (LI + desestimación del afecto exitosa)

### Discusión

En la secuencia narrativa I, Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un residente quien, como su padre antes de morir, tenía una idea errónea acerca de la paciente que esta no podía rectificar, por lo cual quedaba dependiente de un sujeto que desmentía a costa de ella. En la secuencia narrativa II se advierte que en Lorena este atrapamiento en la desmentida del otro le despertaba un afán de venganza (A1 y desmentida exitosa) que la hubiera llevado a consumir un acto vindicatorio a expensas de su propio cuerpo a través de los cortes (LI y desestimación exitosa del afecto). Sin embargo, pudo frenar el acto y pedir ayuda (LI y defensa acorde a fines). La secuencia narrativa III resulta clave, porque en ella se combina el quedar otra vez atrapada en la idea errónea de los profesionales (O1 y desmentida fracasada) y el afán de venganza decepcionado, expresado en su vivencia de quedar encerrada (A1 y desmentida fracasada). En la secuencia narrativa IV se pone en evidencia que lo nuclear no era tanto el sentimiento de injusticia y encierro sino el no entender a los profesionales y sus contradicciones, lo cual corresponde a O1 y la desmentida fracasada. La secuencia narrativa V muestra que, cuando la paciente pide ayuda a la madre, queda expuesta a una tendencia evitativa generalizada de su progenitora (LI y desestimación fracasada del afecto). Es posible que en las secuencias IV y V se hubiera incrementado la idea de

cortarse, surgida en la secuencia II y neutralizada inicialmente a través del pedido de ayuda al personal del hospital. El nuevo pedido de ayuda, esta vez a la madre (ya que se había decepcionado del personal del hospital), fue respondido con la huida de esta, que tiene el valor de una desinvertidura de Lorena, su hija. Por fin, en la secuencia narrativa VI la paciente describe 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 que, en general, se produce la siguiente combinación de deseos y defensas en los momentos que anteceden al corte y en los momentos del corte en sí mismos. 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 una sobreinvertidura de la idea de corte (O1 y desmentida exitosa, A1 y desmentida exitosa y LI y desestimación exitosa del afecto). Sin embargo, Lorena logra neutralizar esta idea de corte y solicita ayuda (LI y la defensa acorde a fines). En dicho momento 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). En un segundo momento, Lorena queda atrapada en la escena en que no puede entender las contradicciones entre las afirmaciones de los profesionales (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 deseos, O1 y A1, combinados ambas 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. En el momento detonante de la idea fracasan tanto una defensa acorde a fines cuanto la desmentida combinada con O1. El corte en sí mismo sobreviene por la sobreinvertidura de la idea de corte al incrementarse el afán vindicatorio posterior al sentirse atrapada, encerrada, atada. Si seguimos la secuencia que va desde el primer momento en el cual sobreinvierte la idea de cortarse al segundo momento, en el cual se corta, se pone en evidencia 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 sobreinvertidura de 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 las 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. Es notable el hecho de que la paciente indujo en el psiquiatra residente una actitud de reconvención hacia ella, lo cual conduce a inferir que la paciente promovió un personaje que no la entendía y del cual pasaba a depender. En todas estas situaciones ella no atinó a rectificar la opinión de 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. 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, en la secuencia narrativa III 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 permitiera 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, como las de la secuencia narrativa V.

### Conclusiones

Se habrá advertido que, en los resultados de nuestro análisis del momento en que surge la idea de cortarse y del momento en que la paciente consuma dicha idea, existen similitudes y diferencias. Las similitudes corresponden a LI y la desestimación del afecto. Las diferencias radican en que, en el momento en que surge la idea, la desestimación del afecto tiene un estado fracasado, y en el momento de la consumación, la misma defensa es exitosa. A ello se agrega que, en el momento del surgimiento de la idea, la desmentida se combina con O1, y fracasa, y en el momento de la consumación, se combina sobre todo con A1, y es exitosa. En términos de corrientes psíquicas, la combinación O1 y desmentida fracasada y LI y desestimación fracasada del afecto, que predomina en el momento de la idea, es relevada por la combinación A1 y desestimación del afecto, ambas exitosas, en el momento de la consumación del acto.

Los resultados recién sintetizados pueden ser traducidos en estos términos: mientras que la consumación de la idea de cortarse permite a la paciente recuperar el estado exitoso de la desestimación del afecto, no ocurre lo mismo con la desmentida. En efecto, la defensa deja de presentarse como fracasada y aparece como exitosa, pero no para O1, sino para A1. Ello quiere decir que con el acto de cortarse la paciente consuma una venganza (A1), apelando a un tipo de agresión pasiva, pero sigue padeciendo el fracaso de la desmentida ligada con O1, es decir, se sigue ubicando como dependiente de sujetos no creíbles. 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. Y esta situación la deja sumida en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse.

Luego de realizada la investigación sistemática, resulta que existen estas redundancias: en los dos episodios de corte (de los cuales analizamos solo el segundo), la paciente se ubica ante un nombre que opina algo erróneo de ella antes de morir y entonces no la habilita para salir al mundo (falta de firma para el permiso del fin de semana) y una madre que se borra. En realidad, la ausencia del hombre que firme y que se muere ya contiene en sí misma algo del borrarse. Así que en ese hombre quedan condensados O1 y desmentida fracasada y LI y desestimación del afecto fracasada.

Hasta este punto llegamos. Claro que cabe preguntarse por qué, en el primer caso, con el padre, ella no lo rectificó, sino que calló y lloró de rabia impotente, y en el segundo, repitió esta conducta. Parecería que ella prefiere permanecer encerrada en esa posición ante el padre. Aun más, con el residente, ella inclusive indujo su opinión respecto de que tomó alcohol en el fin de semana. Entonces cabe inferir que ella intentaba así asemejarse al padre borracho, es decir, intentaba comprenderlo, asimilarse a él, como modo de procesar las situaciones de desencuentro entre ambos que supongo que abarcaron toda su vida.

Cabe agregar dos comentarios generales. El primero se refiere a que en otros casos de cortes auto-infligidos y de alteración orgánica (sea por el consumo de alcohol y drogas, por las tentativas suicidas u otras alternativas) puede no hacerse evidente el momento de la idea (idea de tomar alcohol, de suicidarse, etc.), y solo se hace presente la

consumación, el acto. Ello suele deberse a que el paciente tiene una mayor perturbación de su elaboración simbólica, por lo cual la idea que antecede a la consumación solo habrá de hacerse más evidente luego de un cierto trabajo clínico. El segundo comentario se refiere a que esta investigación clínica puede combinarse con algunas ideas referidas a la confianza básica, descrita por Winnicott, Erickson y otros autores. El supuesto de que el otro miente y de que al mismo tiempo el paciente se va desvitalizando es una escena que puede corresponder a esas situaciones tempranas en que en 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 desree 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. Este segundo comentario general no tiene solo el valor de establecer un nexo entre la investigación clínica sistemática y ciertos conceptos teóricos, sino que además permite proponer, por un lado, que el concepto de confianza básica y su perturbación puede ser operacionalizado tomando en cuenta los deseos y las defensas recién considerados (incluyendo mecanismos acorde a fines, desmentida y desestimación del afecto) y, por otro lado, que los instrumentos del ADL permiten hacer inferencias sobre la magnitud de dicha confianza básica y las condiciones para que se desarrolle, se incremente o se desmorone.

(\*) Agradecemos los comentarios de Marta Caamaño respecto del armado de la presentación del caso.