

Pensando la clínica. Lo psicosomático y el Yo real inicial

Marilé Truscello de Manson

INTRODUCCION

En este trabajo me voy a referir a conceptos de origen freudiano, acerca del Yo real inicial, que Freud ubica en los momentos tempranos de la vida y que fue estudiado posteriormente por algunos autores con otras denominaciones.

Probablemente el investigar sobre este tema se lo podría considerar limitado a un interés especulativo conceptual, más ligado a estudios sobre observación de lactantes, sin embargo en este caso considero la clínica del adulto.

Estos contenidos teóricos permiten fundamentar mi investigación acerca de la especificidad de defensas arcaicas operantes en patologías más regresivas. En el caso que me convoca, trato la correlación clínica de un paciente con patología psicosomática, como testimonio de fallas en el Yo real inicial. Sin por ello, descartar que en estos casos coexisten otras defensas que pueden ser evolutivamente posteriores, como la represión y la desmentida que también están presentes en el ejemplo clínico, pero no serán objeto de estudio en este trabajo.

El plan del trabajo constará de un marco teórico que incluye conceptos acerca de: lo tóxico; el Yo real inicial; el trauma y el desvalimiento.

En un segundo momento me refiero al pasaje de los conceptos teóricos a la situación clínica y finalmente presento el caso clínico.

LO TOXICO

Freud plantea que en toda estructura neurótica, hay un fragmento de neurosis actual, es decir de estancamiento libidinal o de frustración, como un grano de arena para el desarrollo de angustia. Esta angustia está libre de significación por no alcanzar el nivel psíquico y por lo tanto se coloca en el cuerpo.

El modelo de esta angustia es aquella primordial en la que se da un incremento de tensión. En “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) Freud va a decir que en caso de abstinencia, de perturbación abusiva del decurso de excitación sexual, la desviación de ésta, de su procesamiento psíquico, genera angustia a partir de la libido, estableciéndose ese estado de desvalimiento del Yo frente a la tensión de necesidad, estado que como en el nacimiento desemboca en un desarrollo de angustia.

Esa angustia libre no ligada por estancamiento libidinal da lugar a un núcleo tóxico, al igual que la angustia tóxica primordial expresada en síntomas orgánicos.

Hay cierta similitud entre una neurosis actual y una situación traumática ya que en ambas hay una acumulación de estimulación o de excitación que no puede ser tramitada hacia lo psíquico.

En los procesos tóxicos, se produciría un arruinamiento en la capacidad de sentir los estados afectivos que constituyen el contenido primordial de la conciencia.

En la teoría de los afectos, Freud describe tres elementos: descarga, percepción de la descarga y matiz afectivo, que es el componente más psíquico de estos tres, y que no se produciría cuando el factor cuantitativo es hiperintenso y desborda el sistema nervioso y la conciencia.

Al afecto inicial Freud lo define como transmudaciones directas de la libido sin mediación de lo anímico, “neoformaciones automáticas”, que es lo primero nuevo, la primera diferencia respecto de lo meramente cuantitativo.

En un comienzo sólo habría matiz afectivo cuando la pulsión no es hiperintensa, acuciante o cuando un adulto acude en auxilio antes del desborde. Cabe mencionar la función *reverie* de Bion, como desintoxicante. Este autor alude a que los datos sensoriales (datos de la experiencia emocional tanto del exterior como del interior) se manifiestan como elementos beta, es decir privados de significado, siguiendo la idea de Freud, según la cual el funcionamiento mental

consistiría en la interposición del pensamiento entre el impulso y la acción.

Estos afectos son previos a la diferenciación del Ello-Yo. Cuando el Yo se puede diferenciar del Ello es debido a la sobreinvertidura de la sensorialidad. Es en el Yo real inicial donde prevalecen las huellas mnémicas referidas al propio cuerpo y asociadas a los primeros afectos.

Si bien el afecto es el primer representante de la pulsión y primero en constituirse, puede suceder que en algunos casos esa cualificación de la pulsión no se constituya y de ahí deviene el carácter tóxico. Por lo tanto en estas situaciones el afecto no es sentido, o tiene un carácter exagerado a la manera de una angustia automática, expresándose los extremos que impiden la percepción del matiz afectivo, y sobreviene la apatía, el vacío, la furia, etc.

Si consideramos que en esos primeros momentos de la vida pudieron existir situaciones de carencias que acrecentaron el desvalimiento originario, produciendo fallas representacionales, que en el primitivo Yo estarían referidas al propio cuerpo y asociadas con los primeros afectos, podemos aseverar que existirían condiciones traumáticas, que dejarían huellas en la constitución del Yo real inicial. En esos tempranos momentos, ese primer Yo estaría indiferenciado respecto al propio cuerpo. Por lo tanto en determinadas patologías se podrían producir regresiones a esta primera organización yoica relacionada con la alteración orgánica.

ACERCA DEL YO REAL INICIAL

En “Pulsiones y sus destinos” (1915) afirma que la función de este primer Yo, es la de orientarse en el mundo con la diferenciación de los estímulos internos de aquellos externos a partir de si se puede huir de ellos. Los estímulos de los cuales se podía fugar eran considerados externos y de aquellos en que la fuga fracasa serían los internos. Esta es una primitiva orientación que utiliza el Yo real inicial, valiéndose de la actividad muscular.

En “Más allá del principio del placer” (1920), Freud va a decir que a las sensaciones internas que son sentidas con una multiplicación de displacer muy grande, este Yo inicial las tratará como si no obrasen desde dentro sino desde afuera, a fin de poder aplicarles el medio defensivo de la protección antiestímulo. Agrega entonces que este

sería el origen de la proyección, “a la que le está reservado un papel tan importante en la causación de procesos patológicos”.

En “La negación” (1925), Freud hace referencia a un Yo que incorpora todo lo bueno y arroja de sí todo lo malo: ya en este momento hay un Yo de placer purificado.

Pero en el punto I en “El malestar en la cultura” (1930) Freud nos informa de un desarrollo de este primitivo Yo inicial.

“El lactante no separa todavía su Yo de un mundo exterior como fuente de sensaciones que le fluyen. Aprende a hacerlo poco a poco, sobre la base de incitaciones diversas. Tiene que causarle la más intensa impresión el hecho de que más tarde discernirá a sus órganos corporales pueden enviarle sensaciones en todo momento, mientras que otras y entre ellas la más anhelada: el pecho materno se le sustraen temporariamente y sólo consigue recuperarlas berreando en reclamo de asistencia”.

Y luego, en este mismo artículo y refiriéndose a la eventual defensa frente a excitaciones displacenteras provenientes del interior que son tratadas como agentes externos, reflexiona que esta especie de confusión debido a la inmadurez yoica podrá ser el inicio de sustanciales perturbaciones patológicas. Es decir que lo endógeno es tratado como exógeno.

El cuerpo es protagonista y constituiría los inicios del Yo. Freud afirma en “El Yo y el Ello” (1923):

“El Yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia superficie, sino él mismo, la proyección de una superficie”.

Winnicott, en *La naturaleza humana* alude a esas tempranas etapas del niño, en donde operan fuerzas respecto a las cuales aún no se conoce el alivio ante la crudeza de los factores económicos existentes. Este autor agrega que si frente a esa situación no se darían determinadas condiciones, forzosamente se producirían distorsiones. Se refiere a un ambiente que complete al bebé en sus deficiencias. “Si nos remontamos más atrás, ingresamos en un estado de cosas en que el individuo carece de sentido del tiempo, no posee una continuidad en su integración y aunque en ciertos momentos haya integración no tiene capacidad para sentirse dependiente”.

“...las etapas tempranas nunca se abandonan del todo, de modo que en un estudio de un individuo de cualquier edad se encontrarán los requerimientos ambientales, tanto los primitivos como los tipos posteriores...”

Este autor, como muchos otros, han investigado con otras deno-

minaciones, los fenómenos existentes en los primeros avatares de ese Yo real primitivo explicitado por Freud.

Frances Tustin, también investiga sobre los estados primordiales del ser humano, en su obra *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. La autora homologa a ese Yo inicial (yo cuerpo) a un sistema de cañerías como una imagen corporal elemental previa a la imagen del cuerpo entero contenido por la piel. Este “sistema de cañerías” implica tomar noticia de “interiores” y también de situaciones “afuera” con las que hay identificación. Es un paso que va más allá del autismo indiferenciado, hacia una percatación transicional de “a mí” y “no-a mí”.

No habría aún una periferia exterior, o de la posición blando duro de los autistas, donde no hay un elemento duro que implica ser dueño del propio esqueleto, de la propia motricidad esquelética.

Haag también dirá acerca de los diferentes momentos evolutivos en el apoderamiento de la propia musculatura esquelética. La captación de esta clasificación de la realidad intracorporal y extracorporal, blando duro, es un tipo de registro correspondiente al Yo real primitivo.

Tustin dirá que “lo blando-duro” deriva de la proyección en el mundo de la relación que cada uno tenga de su propio esqueleto y de la musculatura.

Maldavsky refiriéndose a este Yo inicial, alude al criterio con el cual funcionan la percepción y la motricidad, así como los rasgos del mundo representacional. Esta modalidad perceptual tiene como característica un apego desconectado con el otro pero captando los estados intracorporales ajenos (frecuencia cardíaca, la respiración). Si la realidad es intrusiva altera ese apego desconectado.

La motricidad con que opera este Yo, cuya meta es la alteración interna es alcanzada al sustraerse de los estímulos externos, de los que se puede fugar y tramitando las exigencias internas a través de acciones, como el dormir, procedimientos autocalmantes que intentan modificar la fuente pulsional sin implicancia de una investidura objetal. Freud dirá, que antes de que sea descubierta la acción específica la alteración interna es el recurso yoico para procesar las exigencias mundanas y pulsionales. El registro de la sensorialidad intracorporal se daría por proyecciones que habilitarían nuevas especialidades.

La intrusión del dolor entre otros estímulos exagerados interfieren en el proceso de creación de nuevas espacialidades.

La pulsión es la fuente estimulante para este Yo real inicial. El

conflicto entonces, es entre Eros en sus aspectos de autoconservación como así la sexualidad y la pulsión de muerte. El componente erótico que deberá ser tramitado es referido a la investidura narcisista de los órganos internos antes de investir la realidad a partir de las zonas eróticas periféricas (Maldavsky denomina libido intrasomática a la investidura intracorporal). El conflicto se dirime entre la tendencia a la inercia o a la complejización psíquica comandada por la autoconservación, valiéndose de la energía de reserva que va a posibilitar el trabajo psíquico. En la complejización estructural le sigue el Yo de placer purificado y el Yo real definitivo. Sin embargo el modo de funcionamiento de ese Yo real primitivo no se pierde, y habría fijaciones que reeditan estos mecanismos primitivos, como en patologías en donde el conflicto es pulsión de muerte versus Eros y autoconservación.

Freud en 1923 sostiene que este conflicto alude a una lucha entre pulsiones. La pulsión de muerte tiende a la descarga de la energía no desexualizada, y así vaciar de energía disponible al sujeto. Si esto ocurre es debido a que debió haber una falla en la desexualización. O una resexualización, como en el caso de niños que frente al desamparo comienzan a sustituir la ternura por el chupeteo compulsivo. El placer regional sustituye al vínculo tierno, por ejemplo en casos de falta de estimulación ambiental. El niño en este caso se autoestimula (desde un punto de vista económico). El bebé quedaría en un estado de carencia y suple con el chupeteo desaforado el vínculo deficiente, en cambio si el vínculo fuera empático, implicaría un estímulo complementario que lo ayudaría a desexualizar.

Metzer también en referencia a esta carencia por deficiencia ambiental dirá de aquellos bebés que se les crea una picazón insoponible en toda su piel siendo esto como forma de comunicación y reclamo.

Si el Yo real primitivo, establece una división entre estímulos externos e internos, y no puede fugar de los internos, Maldavsky, afirma que el éxito de la fuga permite considerar un estímulo como externo para implementar la huida, mediante la proyección orgánica que tiende a arrojar los estímulos externos, permitiendo además preservar al Yo de un desgaste energético ante estímulos externos excesivos. La fuga permitiría al Yo inicial preservar una tensión constante en pos de un desarrollo psíquico posterior. También la desexualización y la adhesividad son defensas que corresponden a lo pulsional.

La falla en los mecanismos de fuga y proyección, se combinan con

una perturbación en el proceso de desexualización y adhesividad. Por lo tanto la fuga funcional se combina con defensas patógenas relacionadas con la pulsión de muerte. Se puede inferir:

1) Fracaso de la defensa de fuga funcional en la infancia, por trauma por insuficiencia o falta de estímulo ambiental (en tanto esta fuga funcional es clasificatoria en el Yo real primitivo), su fracaso correspondería a la presencia de una situación traumática en momentos muy tempranos de la vida. Freud liga este trauma por desinversión al temor a la pérdida del objeto o el trauma por intrusión (más allá del principio del placer). Este trauma se reactiva en situaciones posteriores, variando las condiciones de la aparición del mismo, es decir, por exceso de estímulos que no pueden ser tramitados.

2) Por el fracaso de la fuga funcional que estaría al servicio de orientarse en el mundo, por falta del fundamento pulsional, se observan mecanismos sustitutivos expresados en un estado de desorientación generalizada o fuga compensatoria que se evidencia en demasía en el caso clínico. Este último punto no fue trabajado por Freud.

Bion, entre otros, lo conceptualiza en el ámbito protomental en referencia al supuesto básico lucha-fuga. También, la desorientación generalizada y polaridad lucha-fuga, es mencionada por los investigadores sobre neurosis postraumática, como mecanismo muy presente en dichas patologías (*flight-fight*), ante situaciones de un trauma que genera un estado de desamparo.

3) Transformación de lo exógeno en lo endógeno, en referencia a una proyección centralmente condicionada y ese mecanismo se puede recorrer en forma inversa.

En “Tres ensayos...” Freud (1905), cuando se refiere a las vías de la influencia recíproca, dice que todas las vías de conexión que llegan hasta la sexualidad desde otras funciones podrían transitar también en la dirección inversa. Lo que en Freud es una intuición, permite inferir en el caso clínico, un tipo de proyección propia del Yo real inicial que falla, buscando una coraza externa a la manera autista (apegarse a lo duro para neutralizar la sensación de sentirse blando, Tustin). Por lo tanto sería una forma de proyección patógena derivada de la captación de una clasificación de la realidad intracorporal y extracorporal del Yo real primitivo, como un núcleo autista enquistado.

4) Una dificultad para cualificar el afecto, derivado de fallas que hacen a la toma en consideración de la propia vida pulsional:

- a) mecanismos de incorporación como recurso para desestimar la realidad;
- b) desestimación afectiva, dolor y su transformación en estados de apatía, somnolencia, astenia.

EL TRAUMA, DOLOR Y DESVALIMIENTO

Freud se refiere al trauma asociado al dolor corporal que avasallaría la capacidad protectora del organismo y va a denominar al dolor como una pseudopulsión (“La represión”, 1915).

Alude a aquellas excitaciones externas que devienen traumáticas al poseer fuerza suficiente para perforar la barrera de protección antiestímulo (“Mas allá del principio del placer”, 1920). Por lo tanto se alteraría la energía libidinal del organismo y el principio del placer quedaría abolido, hasta tanto el organismo pueda crear una contrainvestidura del mismo nivel que la estimulación dolorosa que pueda neutralizar la tensión redistribuyendo la energía.

Si el dolor es mero vaciamiento de cantidad que no permite la cualidad (en términos del “Proyecto...”), destruye al aparato psíquico, o a un Yo incipiente que aún se está estructurando, por lo tanto no puede registrar. Si no hay conciencia no hay percepción y no hay huella mnémica o imagen mnemónica hostil.

Cuando nos referimos a la presencia o ausencia de la conciencia se incluye en el dolor otro nivel. Si frente al dolor se mantiene la conciencia, ya no es el dolor un vaciamiento de energía, ya existe un registro cualitativo del dolor donde se recupera lo psíquico junto a lo meramente corporal. Parecería que habría un enlace: el grito, como elemento intermedio entre el dolor irrupiente y la conciencia del mismo.

En el “Proyecto...” Freud dice “Toda vez que ante el dolor no se reciben buenos signos de cualidad del objeto, la noticia del propio gritar sirve como característica del objeto. Entonces esta asociación es un medio para hacer consciente y objeto de atención, los recuerdos excitadores de displacer, ha sido creada la primera clase de recuerdos conscientes”.

“El grito funcionaría como una necesidad de eliminar la tensión producida por el dolor, como una vía de descarga mientras la acción específica esté todavía por descubrirse...”

El grito sería uno de los primeros modos para realizar algún

tipo de descarga y generar una modificación endógena, y de esta manera la proporción de libido acumulada no se vuelva excesiva.

La primera experiencia de dolor en el ser humano Freud la ubica en el nacimiento, la separación de la madre desde un punto de vista biológico y por lo tanto el dolor es algo corporal. Este primer dolor sería la primera situación de desvalimiento que no tuvo para el niño indicios previos que le anticiparan el mismo, por lo tanto sufre pasivamente la situación traumática.

La angustia del nacimiento es tóxica (no hay representación) debido a que se dan cambios fundamentales en la actividad cardíaca y respiratoria, que ocasionarían un malestar generalizado y que dejarían engramas para los siguientes estados afectivos de angustia ya cualificada en otro nivel que trasciende lo corporal.

En “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) se refiere al desvalimiento: “Sea que el Yo vivencie en un caso dolor que no cesa, en otro un 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”.

Eros promueve la complejización psíquica y el acopio de energía de reserva que va a promover lo psíquico, mientras que la tendencia hacia la inercia intenta el vaciamiento de la energía de reserva y por lo tanto resultaría imposible tramitar las exigencias externas y pulsionales. La descarga libidinal (libido no desexualizada) haría que el Yo quedara en un estado de toxicidad. En este caso se habrían alterado las pulsiones de autoconservación que son aquellas que posibilitarían cierta desexualización libidinal, en pos de promover energía de reserva.

Entonces el vaciamiento de energía de reserva es la presencia de un dolor orgánico provocado por estímulos hipertróficos que rompe con la coraza antiestímulo. Finalmente otra condición para el vaciamiento de energía de reserva, y por lo tanto la inermidad del Yo inicial, tendría que ver con el ambiente, la falta de estimulación, las carencias afectivas o falta de investidura por parte del ambiente externo, que podrían provocar en el infante estados de vacío, desvitalización y estados de astenia. (Hospitalismo descrito por Spitz)

John Bowlby, en su teoría del apego, nos remite al trauma en el niño por la carencia o pérdida de la figura de apego principal. Una de las consecuencias posibles de esta situación, entre otras, podría ser enfermedades psicosomáticas, depresiones leves y graves.

Pero no sólo hace hincapié en la pérdida de la figura principal desde el punto de vista físico, sino en la calidad del vínculo en relación a la capacidad de la madre para empatizar con el hijo.

Habría una interdependencia entre determinados factores; el trauma externo, la internalización del apego en el mundo interno y la figura del apego.

J. McDougall, D'Alvia entre otros, hablan de trauma como el efecto en el aparato psíquico del paradójal encuentro entre el exceso y la insuficiencia. Entendiéndose entonces que el exceso es debido a una sobrecarga cuantitativa imposible de ser tramitada por el Yo que vivenciaría desamparo, o pánico y la insuficiencia, como el vacío psíquico, por fallas de representación.

Joyce McDougall, refiere como una defensa extrema frente al desamparo la desestimación del afecto o repudio del afecto en pacientes psicossomáticos.

Acordando con Joyce McDougall y otros autores, creo conveniente adherir a la idea acerca de que la desestimación del afecto operaría frente al desamparo y por ende situación de trauma, acaecida en una etapa del desarrollo donde no habría una clara distinción entre el *infans* y el adulto, y en donde la palabra aún no estaba inscripta, creando un estado de angustia imposible de ser tramitado y por lo tanto el afecto desestimado. Esta autora dice respecto a la desestimación afectiva: "Por ello intenté añadir a los destinos del afecto inaccesible al consciente que Freud describió, un cuarto destino donde el afecto estaría congelado y la representación verbal que lo connota pulverizada, como si nunca hubiera tenido acceso al sujeto".

DE LOS CONCEPTOS TEORICOS A LAS SITUACIONES CLINICAS

A continuación enumeraré los conceptos vertidos anteriormente que hacen a los atributos del Yo real inicial y establezco inferencias en la clínica que podrían dar cuenta de fallas en los mecanismos funcionales en esas etapas tempranas en que se erige el Yo real primitivo.

Se infiere:

- 1) Fracaso de la defensa de fuga funcional.
- 2) Transformación de lo exógeno en lo endógeno.
- 3) Mecanismos sustitutivos al fracaso de la fuga funcional:

- a) Dificultad para cualificar el afecto;
- b) desestimación afectiva, dolor y transformación en estados de apatía, somnolencia y astenia;
- c) fracaso de la orientación en el mundo por falta de fundamento pulsional: desorientación.

Un caso clínico

A continuación me referiré a un caso clínico con características asimilables en el orden de lo investigado teóricamente en este estudio. El paciente sufre una enfermedad psicosomática de larga data, psoriasis, además de otro síntoma referido a impotencia sexual. Parafraseando a Freud, una patología en este caso psicosomática es compartida por aspectos que escapan al proceso somático producto de otra tramitación psíquica más evolucionada. En este caso el paciente también evidencia aspectos histéricos que le permiten en parte una expresión simbólica de su problemática.

Esta modalidad de expresión se puede comprobar durante sus sesiones, en donde en muchas oportunidades, el paciente se muestra apático y desvitalizado generando un clima de aplastamiento psíquico, con dificultades para la formulación de pensamientos y en otros momentos emergen aquellos rasgos que lo reconectan con aspectos más vitales, a la manera histérica, en donde predominan dramatizaciones, histrionismo, matices en la tonalidad de la voz que indicarían otro estado, conjuntamente con ruidos onomatopéyicos conjugando ambos sentidos, la palabra que no puede ser proferida y emerge en una expresión más primordial y el lenguaje dramático que muestra el afecto.

Las defensas muy tempranas aparecen junto a otras más evolucionadas (represión y desmentida) que le permitirían soñar, e indican la presencia de un paciente escindido en términos de psique-soma.

Diego es un paciente adulto de 45 años de edad. No desea tenderse en el diván, aduce que se dormiría y agrega que no le gusta hablar acostado.

El motivo puntual de consulta fue un estado de angustia en referencia a su trabajo, pero secundariamente trae otra preocupación: su impotencia sexual.

No fue tema de consulta pero padece una psoriasis crónica relativamente controlada ya que no ha avanzado desde hace tiempo.

Un episodio que no considera importante, pero que relató al comienzo de su tratamiento, es acerca de un accidente a los 18 años

en que manejaba un automóvil y su acompañante, amigo inseparable de la misma edad, sufrió un traumatismo en la cabeza y perdió la vida. Relata en sesión que a partir del accidente, comenzó a perder el pelo y posteriormente comenzó con la psoriasis. En el transcurso de su tratamiento se pudo establecer coincidencia respecto al comienzo de su impotencia sexual con la época en que murió su amigo. La actitud del paciente en sesión es no querer indagar sobre este tema tan espinoso, comunicando que es un capítulo cerrado de su vida y que no tendría relación con sus conflictos actuales.

Tiene una relación formal y desconfiada respecto a sus padres. En ocasiones la describe como por conveniencia económica y laboral. Sobre su madre alude que es mentirosa, cómoda y poco demostrativa. Trae a sesión comentarios reiterados de su madre “de lo que había sufrido en el parto cuando su nacimiento”. Del padre refiere que es severo, rígido y desafectivizado.

ALGUNOS COMENTARIOS CLINICOS

Seguidamente ejemplifico con viñetas clínicas de dos sesiones en las cuales el paciente manifiesta estados de desvitalización y pérdidas. Estos estados expresados tanto en el contenido de su discurso como en sus manifestaciones paraverbales.

Se podría conjeturar que esos estados de vacío y mecanismos defensivos patológicos podrían ser propios de fallas muy primitivas que hacen al funcionamiento de un Yo de realidad inicial que en su contacto con el mundo poco estimulante, operó defensivamente con una modalidad de sobrevivencia. Por lo tanto pretendo intercalar reflexiones que hacen a la investigación clínica sobre el compromiso psicosomático enlazado con el trauma y las pérdidas como un duelo atascado en el cuerpo, que se reedita en lo imposible de su elaboración.

Sesiones:

Comienza la sesión diciendo que está muy cansado y que le duele la cabeza, suspira apesadumbrado.

Inmediatamente explica la razón del dolor de cabeza, comió tarde, estaba solo, se recalentó una comida y tomó unos vasos de vino, piensa que eso le cayó pesado. Luego dice:

“Acá estamos, más o menos lo mismo...todo está como era entonces. ni mejor ni peor que ya es...sin estallido social...” (se refiere a su situación matrimonial de estancamiento e indiferencia, a lo rutinario de su vida).

Hay una pausa y relata un sueño:

“Con un sueño rarísimo que tuve la otra noche ... muy raro un sueño, lo que pasa es que se va desvaneciendo¿no?, hay una imagen muy fijada del sueño pero era el departamento de (lugar de vacaciones) lobby del departamento del (lugar) portero que no tenía nada que ver con el departamento, ascensor, ascensor nuevo o que estaban por poner un ascensor nuevo... miro hacia abajo no estaba el ascensor, miro hacia el pozo del ascensor y este portero estaba matando lauchas o tirando veneno, en realidad, no estaba matando lauchas, en la oscuridad estaba el tipo tirando veneno, y de golpe cuando estaba tirando veneno, de un agujero sale una ratita blanca chiquita tipo monata sin pelo ni cola y empieza a dar vueltas como que se está muriendo pero cuando da vueltas se transforma en una especie de perro blanco tipo siberian y empieza a dar vuelta como que le falla ... el veneno, le fallan las piernas, como que el veneno le está haciendo efecto y empieza la cosa neurológica ... y me despierto con esa imagen del perro que...”

“Y después tuve otro sueño que me despertó. Estaba con el control remoto de la televisión, quería poner el 19, uno nueve, apretaba el 9 y se ponía, apretaba el uno nueve y no podía poner el 19, se ponía el uno o el nueve y así repetidamente desperté en la desesperación que no podía poner el 19. Tendría que jugar al 19 a la quiniela” (se sonríe).

Agrega desorientado sobre el día en que está, lunes o martes y que el primer sueño lo soñó de sábado a domingo.

Su asociación posterior es con un documental acerca de la enfermedad de Freud, que vio por televisión:

“¡Que desesperación! Se murió de un cáncer de mandíbula, daba tanto olor a podrido que hasta los perros lo seguían por la calle, me resultó realmente muy chocante...no sabía”.

En este paciente, que sueña, habría un componente más neurótico además de sus aspectos psicosomáticos, como dije anteriormente, esto indica una coexistencia de corrientes psíquicas, una más histérica que atestigua él mismo cuando dice que el sueño es “raro”, como enajenándose de una parte de él, que soñó. Como si para su aspecto psicosomático el soñar es lo raro.

En “Celos, homosexualidad y paranoia” (1921) Freud afirma que el sueño no es neurótico, lo que es neurótico es el contenido latente (preconciente) que subyace. Considerando esto selecciono como nuclear respecto al primer sueño, las imágenes del animal, rata-perro y la asociación sobre el documental de Freud –muerte– olor a podrido, visto por televisión. Esto último también está relacionado con el otro sueño ya que hay dos elementos en común respecto a la narrativa del sueño y la asociación posterior, “televisión” y la palabra “desesperación”.

Desde lo contratransferencial, recuerdo el tema de la muerte y de sus propias fantasías de quietud y paz en escenas relatadas por él en otras sesiones.

Pasa a relatar el segundo sueño, como queriendo sacarse de encima el primero (que no fue soñado en la misma noche que el segundo). También, como con el primero, se despierta, y comenta que se sentía desesperado y con “bronca” por no poder poner en el control remoto de la televisión el número 19. Enseguida sonrío y dice que va a jugar a la quiniela. Este tenue movimiento defensivo de carácter maníaco no es suficiente ya que asocia con la enfermedad y muerte de Freud, visto en un documental por la televisión, que lo conmovió mucho (el recurso de ver televisión es muy habitual en este paciente). La televisión en el sueño y en la vida real, se conjugan: desde el documental sobre la muerte de Freud y el *zapping* con el control remoto, 1-9 le retorna lo desmentido en una combinatoria con una tendencia a la fuga. La tendencia a la fuga y un retorno de lo desmentido en el mismo objeto (televisión) usado para desmentir.

Se podría inferir que en este sueño retorna una situación por un duelo traumático, que no termina y que lo marcará sin cesar en su actitud frente a la vida, un amigo muerto, que no llegó a cumplir 19 años. Podría suponerse que ese amigo adolescente muerto debe haber funcionado para él como “el doble” que sostiene la identidad adolescente, pero que cuando desaparece, la culpa por su muerte lo dejan identificado con los aspectos desfallecientes del amigo, como aspectos inmovilizados que no pueden ser reanimados. La imposibilidad de poner el número completo 1-9 podría significar la incompletad, el paciente sin el amigo como una parte de él que se desvanece.. El dolor de cabeza con que comienza la sesión antes de contar el primer sueño podría aludir al golpe en la cabeza que el amigo recibió y que le ocasionó la muerte (el paciente sobrevive pero empieza a perder el pelo).

El cansancio, sin ganas que muchas veces describe, podría hacer referencia a estados desvitalizados que expresan en el cuerpo lo que no se atreve ni puede mentalizar (“es un capítulo cerrado, ya hace demasiado tiempo que ocurrió”). El duelo queda estancado en síntomas corporales, que reactualizan el funcionamiento defensivo más primitivo.

También el manipular el control remoto del televisor para cambiar de canal y no ver determinada escena, podría estar en relación a rechazar la realidad, pero que sin embargo se le impone, y le hacen decir que se despertó desesperado, al igual que cuando vio el film sobre Freud. Sigue un silencio y frente a una intervención mía sobre qué se le ocurre sobre el primer sueño...

“¡Ay! ese perro blanco, la transformación de una ratita, el perro muriéndose cachorro ¿no? Cachorrón grande... me resulta difícil pensar...”

No sé... no... no... no encuentro similitudes extrañas.... (silencio) en realidad no tengo para.... pensar en eso... que tendrá que ver con algo ¿no...? es raro, muy raro...”

Frente a mi requerimiento, de asociaciones, se desorienta, no puede pensar... y agrega palabras sueltas no pudiendo armar una idea completa: enumera: perro blanco, cachorrón grande... ratita... muriéndose... Armar una idea sería estar tocado por lo afectivo, dice no poder pensar.

“¡No se me ocurre nada...! Me encantaría pero...”

Está evitando pensar y conectarse con el fuerte impacto que le dejó el primer sueño. La comida indigesta que le provocó dolor de cabeza podrá asemejarse a lo que en el sueño envenena a “la ratita blanca chiquita no nata sin pelo ni cola” que luego se transforma en un perro blanco siberian, que da vueltas tomado por la “cosa neurológica”. Imagen fuerte que remite a muerte. La ratita no nata sin pelo ni cola como la expresión de desamparo y no es menor el detalle de que no tenga pelo (sin protección ante los estímulos) ni cola, ya que los animales se orientan en la dirección a seguir por su cola, también los perros expresan con la cola el miedo y la alegría. Este perro que da vueltas tomado por el veneno está sin rumbo... El carácter de “no nata” sería homologable a un nacimiento no deseado... si se tiene en cuenta los comentarios de la madre sobre el intenso dolor cuando el nacimiento del paciente.

Se despega de los sueños y agrega un comentario de un evento familiar, bosteza y comenta que no hizo nada desde la última sesión y luego dice:

“Se me pasó el dolor de cabeza...era seguro del hígado, comí rápido, apurado...me tomé dos vasos de vino y dormí la siesta media hora, caí desmayado...creo que es eso lo que me hizo mal”.

El apego a un discurso somático, permiten comprender cómo trata de desvincularse de situaciones que le generen esfuerzos y dolor (muchas veces comenta que es cómodo), la escena relatada al comienzo de la sesión, combina bebida, comida indigesta, y dormir “desmayado”, un recurso que atenúe estar “solo” evitando pensar y sentir. El hecho somático actual no admite un nexo simbólico en él, luego del relato de los sueños se desvanece la corriente neurótica y emerge lo psicossomático actual. Como si en la situación se advirtiera, que otros del mundo son dueños de su cuerpo, de sus órganos. El cuerpo propio no le pertenece, pero no a la manera histérica “lo tuyo en mí” en donde habría un proceso identificatorio y simbólico, sino en este caso hay algo actual no simbólico.

La sesión va decayendo y contrasferencialmente me encuentro como tratando de dar vivacidad a un personaje que se desvanece como el comentario del paciente respecto a su primer sueño “que se le iba desvaneciendo...” en referencia a la paulatina pérdida de la imagen del sueño, y la dificultad para cambiar de imagen cuando no puede poner el canal 19 en el segundo sueño, tendría puntos de contacto con la ausencia o dificultad de representación.

C. y S. Botella en *La figuralidad psíquica*, en “La no representación” refiriéndose a los momentos tempranos en donde la investidura de las percepciones y representaciones de los objetos es frágil y fluctuante sin aún una verdadera diferenciación entre lo que se percibe del objeto y lo que se representa de él, la ausencia del objeto pondría en riesgo la pérdida de su representación. Estos autores dicen: “...según nuestra hipótesis, no es la pérdida del objeto sino el peligro de perder su representación y, por extensión, el riesgo de no representación, lo que signa el desamparo”.

Le pregunto respecto a su primer sueño, y dice: “*Si ...estamos empantanados...*” Agrega: “*Tengo una palma*”, bosteza.

Intervengo tratando de establecer un nexo que remita al afecto desconectado que el paciente evidencia.

Pero aparecen los bostezos como testimonio del cuerpo que con otro lenguaje expresa lo que el paciente no puede verbalizar.

Y le digo: “usted puede seguir pensando que la comida le hizo mal y puede ser así, pero también puede ser que esté palmado porque está angustiado y preocupado por lo que soñó”.

Y me contesta: *“estoy preocupado, pero más me preocupa este status quo de inmovilidad de que no sucede nada, no pasa nada en la relación con mi mujer”*.

“...porque cuando me agarro broncas con mi mujer, cuando mi mujer me dice cosas, me angustio y me callo la boca y me tiro en algún lado y me empieza a doler el pecho, no sé si es psicosomático o que, por eso me quiero hacer la ergometría...”

En esta escena de la sesión, se puede establecer la confusión entre endógeno exógeno, que justifica una perturbación en el Yo real primitivo, con un fracaso en el mecanismo de fuga. La discusión con la mujer, que le reprocha enojada, lo inmoviliza, “me callo la boca”, pero en forma automática comienza a dolerle el pecho. Aquello que ocurre en el ambiente externo, palabras oídas hirientes hacia él, se transforman en un dolor intracorporal.

En este paciente la producción de sueños sería como la parte de él que no está inmóvil, que su inconsciente tiene la posibilidad de desplazamiento, como lo contrario de aquello paralizado en lo psicosomático. La falta de conexión entre una parte y la otra es cuando le falta el pensar. Invadido por la disputa con la mujer no puede hablar, se obnubila y le aparece el dolor en el pecho. Indicaría perturbaciones en el Yo real primitivo, cuyo mecanismo funcional debiera ser la fuga diferenciando estímulos externos de aquellos internos.

El clima de inmovilidad de lo siempre igual, de lo abúlico y apático (como si funcionara en piloto automático sin participación, dejándose llevar) va tomando la sesión. El paciente trata de crear un clima particular de desgano que atestigua con sus permanentes bostezos o comentarios, la repetición de lo que le ocurre fuera del consultorio intentando inducir en el ámbito de la sesión, algo similar.

Freud en el “Manuscrito G” (1892-1899) menciona que en la neurastenia se expresaría un estado de empobrecimiento psíquico que tendría un efecto de succión sobre la excitación pero, a diferencia de la melancolía en donde la excitación se escapa como por un agujero en lo psíquico, en la neurastenia la excitación se escapa por un agujero pero se bombea en vacío en lo somático.

La parálisis y el estado de quietud del que el paciente da cuenta podrían deberse a las características de sus primeros vínculos de un mundo poco estimulante que lo inmoviliza y han hecho carne en él.

Aparece su mala relación con la mujer que define la dinámica del vínculo que este paciente establece. La violencia que en este caso es

atribuida a su mujer que frente a la pasividad del marido toma el rol violento como una necesidad de revitalizar el vínculo moribundo.

Sigue la sesión y recuerda el film sobre Freud y habla sobre que al final le dieron una dosis de morfina para que se “durmiera”. . . . Y agrega:

“Me resultó bastante desagradable, debe ser terrible que uno sienta que se está pudriendo, tanto era el olor a podrido, que los perros lo seguían”.

La agonía de Freud podría estar representando la agonía de la sesión en la que ambos estamos inmersos, pero también el ponerse en el lugar del que se está pudriendo es indicarme que él se está “muriendo”, “durmiendo” (me dormí y me caí desmayado, frase dicha en otro momento anterior de la sesión), tomado por su inercia y desconexión afectiva. . .

Intervengo diciéndole acerca de cuánta presencia de perros en esta sesión. . . . Y me contesta:

“Sigo estancado, el perro husky blanco es igual al de enfrente de mi casa. Ni sé cómo se llama el vecino. Ahora que pienso, hace rato que no veo al perro. Son muy boludos los siberian, no son perros para tener en una casa, son medio tarados. Si usted le abre la puerta a un siberian, empieza a correr y no para nunca...lo traen en la sangre. ¿Nunca reparó que por la calle hay muchos siberianos perdidos? Corren y dan vueltas y se pierden. No ladran, maullan ¡¡Ahuuu ahuuuu!! Se queda solo, el vecino es un viudo, se va a la casa de la hija y el perro: ¡Ahuuu! Me acordé ahora”.

El paciente confunde aullar y dice maullar como si el perro fuera un gato pero el ruido onomatopéyico es de un aullido. Aquí aparece una contradicción lógica que marcaría también su confusión (gato o perro, rata o perro, aullido o maullido). (¿El dolor es de adentro del cuerpo o es de afuera de donde viene el peligro?)

La preocupación por su inmovilidad siente que toma a su tratamiento, “estamos empantanados”, es su temor de que yo no pueda hacer nada por él, en la creencia de que todo aquel que se vincule con él, quede inmovilizado, “medio muerto” o se enfurezca.

Seguidamente informa de que no se siente bien, “lo psicossomático” ataca al pecho, aquí la vuelta hacia sí mismo, luego de suponer que puede dañar al otro (amigo que murió, mujer que se enoja debido a su impotencia sexual que intoxica el vínculo).

La presencia del perro en los diversos contenidos de esta sesión como así el aullido del mismo en esta última parte de la misma,

expresan su identificación con el animal. El paciente describe a este perro Siberian con características de desorientación, corre y se pierde. No ladran, aullan y con tendencia hacia la fuga.

El paciente asocia la similitud entre el perro soñado y el perro del vecino que al quedarse solo aulla... y agrega que estos perros son tontos, se desorientan si salen a la calle y se pierden pues corren sin rumbo.

Estaría expresando sus propias fugas compensatorias cuando no puede discriminar o diferenciar de dónde viene el peligro. La defensa funcional fracasa, aparece la defensa patógena: desorientación.

Cuando Diego recibe una andanada de palabras acusatorias de su mujer, describe que se queda en blanco y no puede contestar, tampoco puede relatar en sesión, lo dicho por su mujer, como si quedase descerebrado al igual que el perro que se fuga sin saber qué rumbo tomar. El aullido como el lamento por la soledad, muestran la ausencia de un mundo no significado poco estimulante y por otro lado su tendencia a fugarse de sí mismo sin saber adónde va.

Desde la falla del Yo real primitivo en que se debiera dar la primera orientación en el mundo adentro afuera, la pulsión versus el mundo no pulsional, en este caso predomina una desconexión de la vida psíquica.

En esta sesión se genera una tendencia a la fuga, cuando el paciente evita que mis intervenciones sean pertinentes, evade profundizar a pesar de haber traído material onírico de gran riqueza simbólica, escapándose con comentarios distractivos, cambio de tema o frases risueñas o histriónicas, en donde intenta cambiar el rumbo...

La ratita blanca sin pelo y el perro en el que se transforma, blanco también, aluden a sus fijaciones tempranas como testimonio de sus fallas en la coraza antiestímulo (la piel sin protección y escamada de su posterior psoriasis, o quedarse sin pelo cuando muere el amigo).

“Lo blanco” (Green), elemento multideterminado que remite a duelo, muerte, la mente en blanco sin pensamientos ni poder discriminar afectos.

Durante la sesión cuando se siente en blanco y no debe poder escuchar, mis palabras serían sonidos que lo aturden, comenta “que está palmado”.

En mi contratransferencia se me presenta una idea y la comunico:

“Creo que hay una creencia popular ...en el campo que cuando un perro aulla... muere alguien”.

El paciente la conoce:

“Sí, en mi casa desde chico siempre se dijo eso, ¿no? Y no de tan chico, en mi casa cuando era yo adolescente y se escuchaba un perro aullando alguien en el vecindario se moría... eso decían mis viejos. Pero el siberian no ladra sólo aulla. Pero el perro del sueño que antes era una ratita blanca, pero....no era una ratita, más era un cochorrito recién nacido sin cola... A mi hijo ya le sacaron los puntos” (tuvo un accidente y hubo que operarlo). Silencio.

Desde mi intervención contratransferencial, el paciente asocia con su recuerdo infantil el aullido del perro como augurio de muerte, relaciona con la ratita blanca que luego se transforma en cachorro y el accidente de su hijo que fue de considerable gravedad. Este accidente que podría haber sido fatal enmascara otro accidente fatal, la muerte del amigo y un duelo tapado del que evita hablar siempre. Pero habría duelos previos, una madre helada que no le prodigó el afecto que él necesitaba y él se transformó de una ratita o “un cachorro recién nacido” atacado por el “veneno” en un perro Siberian que le falla el sentido de orientación en el mundo y se halla perdido.

UNA SESION POSTERIOR

“¿Como le va, todo bien? (suspira) ¿Cambió el sillón? Está más duro....

Estaba pensando qué estoy haciendo acá (se ríe), le juro por Dios, me llegaron dos demandas, hablé con los abogados... y trataba de ponerme en caja y me decía qué estoy haciendo acá”.

Le pregunto a qué se refiere.

Y me contesta:

“No sé, ¿cuándo vine acá? El martes, el lunes, cómo me quedó grabado lo de los lunes” (hace un año venía los lunes).

Comienza diciendo que no sabe lo que quiere pero luego se corrige y dice:

“En realidad sé lo que quiero, una sola cosa, que es paz, no sé cómo pero necesito tener paz, de alguna forma la voy a conseguir pero no sé cómo....no sé, necesito distraerme de la rutina terrible de alguna forma... o escaparme o huir...o venía escapado porque tuve

una tarde de trabajo muytatata y aunque le parezca mentira eso me da la sensación de ...un bálsamo, la ocupación”.

“No sé, ni dónde estoy parado...no sé qué rumbo darle a mi vida, salvo lo de todos los días...el trabajo.

No tengo alternativas, por otra parte si la tuviera creo que también... o no puedo”.

Su primer comentario es de extrañeza, no reconoce el sillón donde siempre se sienta, comenta que está más duro. Lo más duro del sillón a diferencia de lo percibido anteriormente como blando, expresa algo nuevo en esta sesión y da lugar a los siguientes comentarios que muestran su estado de ánimo, su desorientación, su “sin rumbo”, su necesidad de paz y no saber cómo hacer para tenerla y todo un discurso contradictorio en donde se le mezcla escapar de la rutina y de tanto trabajo: con un ruido onomatopéyico para indicar velocidad y esfuerzo “tatata”(¿como una ametralladora?) pero agrega con la frase “aunque le parezca mentira” que el trabajo es para él, “un bálsamo”.

Entonces el trabajo es el esfuerzo mentiroso, como recurso para escapar.

Y no sabe de qué escapa pero sí sabe que quiere paz...

Si tomamos su deseo de paz, ¿podría ser libre de todo estímulo que lo inquiete y lo saque de su estado de repliegue sin pensamientos, con la mente desconectada?

El paciente está silencioso, como si no acusara recibo de mis palabras. El silencio se hace denso, se me ocurre que esta atmósfera está indicando algo sin aún poder verbalizar.

Intervengo: “y en este momento puede ser que esté escapando de decir lo que está pensando”.

Silencio.

Luego dice:

“Estoy medio seco hoy., me quedé mudo, como que no tengo ganas, no me sale nada... estoy rendido,¿no?entregado. No sé, no estoy triste hoy, eh...no me siento angustiado”.

Silencio.

“Mi hija llegó bien a...” (lugar de viaje).

Silencio (está incómodo).

Frente a mi actitud “pasiva” de no intervención agrega un comentario que rompe el silencio y que tiene por objeto eliminar su propia tensión.

“*Socorro*” (se ríe).

Le muestro que si bien pide “socorro”, al reírse es como si relativizara su pedido, y que en realidad parece que desea cerrar todo, los oídos para no oír, la boca para no hablar.

Mi intervención que mencionó partes de su cuerpo cerradas, ¿podría haber sido la llave que permitió la siguiente frase del paciente? y el recuerdo de un sueño:

“No, eso no... pero nunca me había pasado esto, no logro.... anoche soñé, no me acuerdo qué soñé, pero sí me acuerdo que soñé, ¡mire que le digo que es feo, guarda que es feo...! ahora que me acuerdo... que era yo. Creo que era yo, tenía atragantado algo en la garganta y de golpe, largo así como una especie de gargajo y sale así como una especie de coso de sangre largo, largo (ademán con los brazos) algo largo ¡¡...un asco!! había un contexto alrededor pero no me lo acuerdo, de hecho cuando me desperté quise acordarme de qué estaba soñando pero tengo en la memoria ese especie de esputo se dice ¿...de sangre? así dura”.

Le digo que parece que largó lo que no podía contar, un poco asustado de su propio sueño.

Y dice: “*no, me acabo de acordar...*”

Luego sigue una asociación autoreferencial, pero hablada en tercera persona, comparándose con una máquina: “*ah....! (apellido), no quiere más, está gastado vacío (apellido), se fundió, la máquina se fundió....la plata no gracias a Dios todo bien, el motor se fundió ¿vio cuando se funde el motor?*”

Esta sensación que el paciente describe, aludiría a que prefiere ¿no sentir o pensar?...¿que es manejado por otros...? El motor fundido ¿refiere a su estado de inermidad? Anteriormente en otra intervención el paciente dice que está “seco”, que no le sale nada, ahora es una máquina cuyo motor no funciona, y en la siguiente frase dice que está vacío...

El cuerpo como una máquina no sólo remite a la desestimación afectiva, sino a un cuerpo arcaico, al estilo de un cuerpo como un sistema de cañerías con fluidos que transitan por el interior (“estoy seco, vacío, no me sale nada”) y que el paciente vivencia como de mal funcionamiento.

Y llamativamente hace mención al dinero (de eso no está fundido), como si el dinero le compensase todos sus males.

En otra asociación sobre su sueño dice:

“en el sueño lo largaba y era una sensación de alivio, ¡que asco!

Pero no me acuerdo más, venía con una situación...”.

“...no sé,... se va la vida cuando uno larga sangre ¿no? Me parece a mí. Es una obviedad que estoy atragantado ¿no?”

La presencia tan impactante del esputo de sangre que puede escupir y su asociación de que el largar sangre es como que se va la vida (aludiría a una hemorragia que mata) pero que en el sueño siente alivio por poder largarlo, remitiría a diferentes líneas interpretativas. Si tomo en cuenta el primer sueño de la anterior sesión, la ratita no nata o el perro que son envenenados, y por lo tanto la muerte, en este caso del sueño sobre el esputo de sangre que le causó asco pero le dio alivio, escupirlo es sacarse algo que lo envenena.

Si se toma en cuenta que en esta última sesión, no sólo en el sueño escupe sangre y asocia con que es como que se le va la vida, sino que diría anteriormente que está seco, vacío (¿desangrado?), se puede suponer que el paciente está indicando su estado cada vez de mayor desvitalización y vacío.

También el gargajo de sangre duro, algo blando que se solidifica al ser escupido, como el sillón blando y ahora sentido duro, tendrían puntos de comparación en esta sesión, en el orden de lo blando duro correspondiente a la captación primitiva proyectada de un tipo de sensorialidad. Como si el paciente tuviese una proyección de un falso esqueleto que no está formado por los huesos sino de un “moco” que se solidifica. ¿Cómo sale de esta situación?

Con un recurso que también es habitual y que repite en las dos sesiones, en la primera sesión aquí expuesta al comienzo de la misma y en esta última al final.

La incorporación como estrategia para autocalmarse frente al desasosiego:

Bostezo.

“Hoy me mandé a fondo, venía tarde del centro y quería ir a comer,...me voy un restaurant ...no tengo ganas...un sandwich por ahí tampoco tengo ganas, a mi casa tampoco ya era tarde, llamé a la cocinera de mi vieja y le pregunté ¿qué tenés para comer? (los padres están de viaje) me preparás un par de... y fui a comer a la casa de mi vieja....morfé, me abrí una botella de vino, me chupé media botella de vino y comí solito, sonó el teléfono una vez y digo yo no estoy acá eh...así como escondido ¿no? escapado, escondido”.

En la primera sesión después de comer cae “desmayado” y en esta se llena de vino que le adormece el cerebro... La incorporación le

sirve para escaparse de sí mismo, de aquel que puede pensar, simbolizar y sentir. Se introduce sustancias que le provocan alteraciones internas como un medio para huir y sólo queda aquella parte de sí que remite a su cuerpo biológico.

SINTESIS DE LOS CONCEPTOS CLINICOS

En este apartado menciono algunas situaciones en la clínica que darían cuenta de los conceptos teóricos expuestos.

1) Fracaso de la fuga funcional y su transformación de lo exógeno en endógeno: relata que en las discusiones con su mujer, él no puede hablar y en cambio le empieza a doler el pecho. Imposibilidad de huir, falla del mecanismo defensivo patógeno.

Confusión adentro afuera, búsqueda de una coraza externa (apegarse a lo duro para neutralizar la sensación de sentirse blando) en la segunda sesión cuando desconoce el sillón blando y lo siente duro, y sus verbalizaciones sobre su vivencia corporal “vacío, seco”. Como así en el relato del sueño de esta sesión sobre escupir el gargajo de sangre duro como una proyección de un falso esqueleto de “moco” que se solidifica.

2) Cuando no hay síntoma somático aparece la desorientación en una tendencia a escapar como una fuga compensatoria, en la primera sesión con su identificación con el perro Siberian que corre sin rumbo y se pierde. Y en la segunda sesión, en las verbalizaciones del paciente acerca de la desorientación y sin alternativas en su vida...

3) Dificultad para cualificar el afecto, la desestimación afectiva es medianamente exitosa: a) en las situaciones en que incorpora comida y bebida como un momento eufórico que luego se transforma en un sopor. En las dos sesiones aparece este recurso para “borrarse”.

b) Estados de abulia, astenia, cansancio en la sesión, dificultad para hilvanar palabras, la mente en blanco, bostezos, luego de relatar los sueños en la primera sesión. Y en la segunda sesión, cuando se siente “seco”, “mudo” y “sin angustia”. Cuando se compara con una máquina, “fundido”, etc.

c) Fracaso de la desestimación afectiva, cuando aparece el dolor de cabeza o el dolor en el pecho (malestar somático).

REFLEXIONES FINALES

Intenté establecer una correlación teórica clínica acerca del Yo real inicial y sus perturbaciones defensivas que considero específicas de los cuadros más regresivos, en este caso lo psicosomático. No descarto la existencia de otras defensas más evolucionadas que están presentes en el caso clínico, pero que no fueron objeto de estudio en este trabajo: la represión con rasgos caracterológicos evitativos e histriónicos propios del fragmento neurótico y como complemento de esto una tendencia a desmentir, que también forma parte del caso tratado, pero que serían defensas inespecíficas ya que se presentan también en otros cuadros clínicos. Muchos autores consideran a la desmentida como defensa operante en los cuadros psicosomáticos, sin embargo fue mi intención hacer hincapié además, en la presencia de mecanismos que hacen a la especificidad de estos cuadros, derivados de la disfuncionalidad de las defensas del Yo real inicial y el fracaso de las defensas patógenas que darían lugar a lo psicosomático y por lo tanto el retorno de la situación económica alojada en el cuerpo. En el paciente, sus síntomas somáticos de larga data, rinden cuenta de situaciones traumáticas que no han podido ser procesadas y acceder a un nivel simbólico, quedando alojados en lo corporal. Concluyo que el fracaso de la fuga funcional, la transformación de exógeno en endógeno como inverso de la proyección centralmente condicionada, produciría estados de desorientación, fuga generalizada más primitiva respecto a la fuga fóbica. La falla en la primera división adentro afuera, daría origen a estados de confusión donde lo exógeno se transforma en endógeno, sin mediación simbólica, alojándose en alteraciones intracorporales a la manera psicosomática o en otros casos por incorporación de sustancias. La dificultad para cualificar el afecto, daría lugar a una angustia tóxica o una alteración sintomática en la medida que le falla la defensa patógena de desestimación afectiva. Cuando la defensa es medianamente exitosa le provoca un estado de astenia, abulia y cansancio.

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. (1957) *Volviendo a pensar*. Ed. Hormé.
- (1976) *Experiencias en grupos*. Ed. Paidós.
- BOWLBY, J. (1989) *Una base segura*. Paidós, Psicología profunda.
- BOTELLA, C. Y S. (2003) *La figurabilidad psíquica*. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1892-1899) Manuscrito G, Melancolía. *Obras Completas*, Tomo I, Ed. Amorrortu.
- (1895) Proyecto de Psicología. *Obras Completas*, Tomo I, Ed. Amorrortu.
- (1895) La neurastenia y la neurosis de angustia. *Obras Completas*, Tomo III, Ed. Amorrortu.
- (1905) Tres ensayos de teoría sexual. *Obras Completas*, Tomo VII, Ed. Amorrortu.
- (1915) Pulsiones y sus destinos. *Obras Completas*, Tomo XIV, Ed. Amorrortu.
- (1915) La represión. *Obras Completas*, Tomo XIV, Ed. Amorrortu.
- (1920) Más allá del principio del placer. *Obras Completas*, Tomo XVIII, Ed. Amorrortu.
- (1921) Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. *Obras Completas*, Tomo XIX, Ed. Amorrortu.
- (1923) El yo y el ello. *Obras Completas*, Tomo XIX, Ed. Amorrortu.
- (1925) La negación. *Obras Completas*, Tomo XIX, Ed. Amorrortu.
- (1926) Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, Tomo XX, Ed. Amorrortu.
- (1930) El malestar en la cultura. *Obras Completas*, Tomo XXI, Ed. Amorrortu.
- GREEN, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Ed. Amorrortu.
- (1994) *De locuras privadas*. Ed. Amorrortu.
- HAAG, G. (1985) "De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant". (*Topique*, 35.36).
- MALADESKY Y OTROS (2005) *Psicosomática. Aportes teórico, clínicos en el siglo XXI*, Ed. Lugar.
- MALDAVSKY, D. (1988) *Estructuras narcisistas*. Constitución y transformaciones, Ed. Amorrortu.
- (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Ed. Amorrortu.
- MCDUGALL, J. (1989) *Teatros del cuerpo*. Ed. Yébenes.
- MELTZER, D. (1994) *Clastrum*. Ed. Patia.
- SPITZ, R. (1961) *El primer año de vida*. Ed. Aguilar.
- TUSTIN, F. (1989) *Barreras autistas en pacientes neuróticos*. Ed. Amorrortu.

WINNICOTT, D. Y OTROS (1978) *Donald W. Winnicott* . Ed. Trieb.
WINNICOTT, D. (1993) *La naturaleza humana*. Ed. Paidós.

Marilé Truscello de Manson
Wineberg 2770, 3° “1”
B1636DIF, Olivos, Buenos Aires
Argentina