

Somatización y elección de órgano: “Psicología y neurociencias”

Por Felipe Rilova Salazar¹

Resumen

Se presentan fragmentos del tratamiento psicológico de un joven asistido varios años atrás. Llegó derivado por un neurólogo para que una psicoterapia pudiera ayudarlo a sobrellevar mejor sus menoscabos físicos. A los 3 meses de tratamiento hubo de relatar un trauma de adolescencia que mostraba una estrecha relación simbólica con los sitios corporales en los que sufría sus lesiones neurológicas. A partir de la evocación de esos acontecimientos - sobre los cuales nunca había hablado hasta entonces - sobrevino un cambio en la modalidad evolutiva de su enfermedad somática. Esta breve reseña clínica invita a considerar, una vez más, la repercusión y las precisiones que ciertos acontecimientos personales pueden llegar a cifrar sobre la materialidad del cuerpo. En un área de fronteras disciplinarias distintas propondremos algunos conocimientos actuales, procedentes del campo de las neurociencias, porque puede aproximarnos a una mejor comprensión de otros casos similares a este.

Palabras Clave

Objeto de la pulsión y trayectoria vital, cualidad de los vínculos y capacidad de registro, fenómeno autoinmune, libido intrasomática, corrientes psíquicas, pulsión de sanar.

I. UN PACIENTE CON ESCLERÓISIS MÚLTIPLE:

Iván G., de 28 años de edad, padece una enfermedad neurológica que se conoce como Esclerosis en Placas o Esclerosis Múltiple. Se trata de un proceso crónico de naturaleza autoinmune que evoluciona generalmente por brotes. En cada uno de estos sobreviene un cuadro febril y se produce una lesión degenerativa de extensión variable que afecta diferentes áreas del sistema nervioso y se traduce

¹ Médico Especialista en Psiquiatría. Prosecretario Jefe de la Oficina de Violencia Doméstica de la CSJN. Autor de los libros: “Cuando el Cuerpo Solicita la Palabra” (Edit. Lohlé-Lumen 2001) y “La Violencia Doméstica “ (Edit. Ad Hoc, 2007). Correo de contacto: feliperilova@gmail.com

en el déficit o en la abolición - transitoria o definitiva - de funciones que pueden ser motoras, sensitivas, cognitivas o sensoriales.

Cuando hace su primera consulta psicoterapéutica ya lleva 10 años con esa enfermedad. Presenta dificultades para caminar, impotencia sexual y déficit de visión en el ojo derecho. Iván es alto, desgarrado y camina encorvado por las hipotrofias musculares que presenta. Su trato es cordial, tiene buena capacidad para ordenar el relato de los acontecimientos que comunica y sabe concitar también el interés de su interlocutor, pero lo hace a expensas de involucrar a éste en los sucesos que comunica. Así, cuando habla de algo que le pasa a él recurre a fórmulas tales como ":- Es como si vos", "o como si a tu mujer", o "como si un amigo viene te dice". Más allá de la forma en que expone sus relatos, es justamente por el contenido de los mismos que Iván aparece como un paciente con rasgos "épicos" (Lieberman (1976 a)² en su organización psíquica: robo de autopartes, episodios de impulsividad y violencia con su novia y reiteradas detenciones en una comisaría vinculadas, por lo general, con el exceso de velocidad en moto (llamativamente, estas entradas ocurren siempre en la misma comisaría). Su grupo familiar estaba compuesto originariamente por cuatro personas: Iván, un hermano 5 años mayor que él y los padres. Eran frecuentes las escenas violentas y las agresiones físicas entre el padre y la madre. Cuando los choques entre ellos llegaban demasiado lejos era Iván, él menor, el encargado de poner límites en la casa. Otro episodio relevante en esta línea ocurre cuando el paciente tiene alrededor de 9 años, su madre anunció por entonces a los hijos que estaba embarazada y la fantasía familiar llegó circular en torno a la eventual llegada de "la nena". Poco tiempo después la madre les comunica, sin más, que se había practicado un aborto. Si pasamos a considerar el tema de la evolución clínica de la Esclerosis en Placas existe una estrecha relación entre el comienzo de esta enfermedad y ciertos hechos salientes de la vida de este paciente. Pocas semanas antes de su primer brote, hacia sus 20 años de edad, había concurrido con su novia al consultorio de un médico para que este le efectuara un aborto. Esta situación tuvo un añadido de violencia "extra" porque Laura, su novia, había comenzado a llorar y a inquietarse en cuanto se hubo de acostar en la camilla ginecológica. El médico hizo entonces que Iván se retirara del consultorio y fue desde una habitación contigua que éste escuchó las cachetadas y los golpes que se le prodigaban a Laura ":- *Quise golpear la puerta... quise entrar, pero no pude hacer nada*". La referencia a esos acontecimientos se presentó reiteradamente en sus sesiones y diez años después de aquellos acontecimientos se seguía reprochando lo ocurrido diciendo que él era "*el único responsable de*

² Psicoanalista argentino que precisó estilos comunicacionales correlacionándolos con las estructuras psicopatológicas a los que estos estilos se asocian.

la muerte de su hijo". Fue pocas semanas después de esos sucesos que Iván había experimentado la parálisis en flexión de los dedos mayor, anular y meñique de la mano derecha": - *Tenía la mano así, como si llevara una pistola*". Era el comienzo de la enfermedad neurológica. Habían pasado varios meses de trabajo psicoterapéutico cuando algo comentado con especial virulencia en una ocasión hizo lugar a una cadena de sucesos que habría de revelar otros aspectos nodales de su historia personal. Pocas horas antes de venir al consultorio, una amiga le había comentado un hecho luctuoso ocurrido a un tercero a quien Iván no conocía. Se trataba de un joven que había fallecido en circunstancias poco claras mientras prestaba servicios como militar de bajo rango en el sur del país. Al parecer los padres de aquel joven, sin aviso previo, habían recibido un ataúd cerrado que contenía el cuerpo del hijo adjunto a un certificado de defunción, firmado por un médico militar, donde se refería que una leucemia aguda había sido la causa de muerte. De acuerdo con Iván aquello no podía ser. Casi gritando temblaba y dramatizaba lo que decía apuntándome con las manos como si llevara en ellas un revolver:- *"Mirá, si lo agarro al médico ese le pego un tiro en el ojo, un tiro en cada pierna, otro tiro en la pija y le digo: no te mueras hijo de puta, sufrí!"*. Era obvia la coincidencia entre las lesiones del paciente y aquellos "blancos imaginarios" sobre los que él disparaba (recordar el déficit de visión, su dificultad para caminar y su impotencia sexual). Le señalé estas coincidencias, le dije que a través de su dramatización procuraba que otro experimentara los dolores que él mismo sentía, añadí que el odio que le despertaba el médico militar le correspondía también a otros, entre los cuales estaba el médico del aborto a quién nunca había criticado, pero ninguna de esas interpretaciones lo movieron a establecer asociaciones propias. Contrariamente, a partir de entonces se inició un período difícil en su tratamiento. Durante semanas se mostró agresivo, demacrado, refiriendo estar insomne e inapetente. Concurría en horario pero se mostraba parco y taciturno haciendo gala de una serie de actitudes inequívocamente hostiles. Le dije que él me estaba dedicando su deterioro y que de algún modo me responsabilizaba por su estado, frente a lo cual redobló la apuesta comunicando que desde hacía varios días había abandonado súbitamente su medicación neurológica. Le planteé una condición inexorable para seguir asistiéndolo afirmándole que no volvería a verlo sin antes efectuar, en forma conjunta y sin demora, una reunión con su neurólogo. Esa reunión otorgó algunos datos reveladores que no se relacionaban exclusivamente con su cuadro orgánico. Lo que me fue dado conocer era que Iván no estaba afiliado ni era beneficiario de los servicios de aquella institución en la que se desenvolvía el neurólogo que lo había derivado. Este no lo atendía regularmente, lo cual significaba que, en realidad, Iván carecía de un médico tratante y la relación con

quien lo había derivado estaba signada por las pautas transgresivas tan afines a este paciente, corriendo con todas las desventajas que dependen de las intervenciones irregulares ante un cuadro somático tan complejo. La devolución de aquel neurólogo no fue tan alarmante respecto a las consecuencias de haber suspendido súbitamente la medicación – compuesta básicamente por corticoides - y en lo que hizo hincapié fue en la necesidad de no demorar el inicio del tratamiento fisiátrico que Iván venía aplazando. Para eso Iván debía cumplir con los trámites burocráticos que le otorgaran la asistencia y el traslado regular a un centro público de rehabilitación. No era oportuno ofrecer más apoyo sin antes evaluar la propia “pulsión de sanar” de Iván³, ni reforzar que siguiera ocupando lugares que no fueran cabalmente propios. En aras de buscar una salida a esa situación recurrí al mismo estilo imperativo que había demostrado ser eficaz en la consulta que acabábamos de realizar y le planteé que, antes de retomar su psicoterapia, debía realizar una consulta en el Instituto Nacional de Rehabilitación donde amén de ser evaluado iba a ser informado sobre los trámites a realizar para que se le otorgara regularmente un lugar, añadiendo que lo apropiado era que algún miembro de su familia lo acompañara. Aquello intentaba instaurar en él “algo” de la esfera de lo propio procurando establecer además un mensaje por elevación dirigido a la familia, a efecto de involucrarlos más en el apoyo que Iván requería. A la semana siguiente realizó la consulta con dos fisiatras en el Instituto de Rehabilitación a la que lo acompañó el padre, siendo muy significativo lo que ocurrió en la sesión que siguió a aquella consulta fisiátrica. Sin que mediara pregunta alguna Iván hubo de comunicar una serie de acontecimientos que habían sido largamente silenciados por él. A los 16 años había sido secuestrado durante toda una noche en una comisaría junto a un amigo de su misma edad. Allí había sido golpeado e interrogado por espacio de varias horas. Obnubilado dijo haber sido tomado desde las axilas por dos personas que lo habían arrastrado a lo largo de un pasillo donde había escuchado gritos humanos habiendo llegado a observar, a través de una puerta entreabierta, las piernas de una persona convulsando. Esa era la comisaría en la que más tarde había vuelto a ser detenido numerosas veces. “:- *Cuando pasaba por ahí, aceleraba la moto fondo, no sé por qué... casi siempre me detenían por un rato y después me volvían soltar... al final*

³Conferencia N° 32 redactada por Freud en 1933, cuando se hubo de referir a la “pulsión de sanar”: “a la cual debemos nuestras curaciones - unida a nuestros auxilios terapéuticos” (Freud, S. 1988 a). A partir de esta noción freudiana, David Maldavsky se hubo de referir al correlato inverso de esta “pulsión de sanar” en los siguientes términos: “A veces esta sufre una alteración y se transforma en su inverso, en una necesidad de estar enfermo, como ocurre, por ejemplo, en aquellas situaciones en que el sistema inmunitario ataca un fragmento del propio organismo como extraño. En tal caso se potencian: las disposiciones a darle poder a incitaciones exógenas menores, que pasan a tener una eficacia devastadora, en una particular complementariedad, en la cual el factor endógeno tiene un papel preponderante”(Maldavsky, 1998 a).

ya me conocían". El paciente y su amigo sobrevivieron a aquella noche pero no volvieron hablar entre sí. “: -Fuimos vecinos durante años y habíamos llegado a ser amigos pero no volvimos a hablar entre nosotros ni siquiera cuando nos cruzábamos". Hasta ese momento ni sus padres, ni su hermano, ni su novia ni otros amigos sabían nada respecto a esos sucesos ”:- *Yo no sé por qué hablo de esto ahora, yo nunca más pensé en esto; nunca lo soñé, ni me lo estuve imaginando ni nadatampoco quise saber nunca nada sobre los desaparecidos o sobre el libro Nunca Más".* A la siguiente sesión hizo referencia a las actividades que había desarrollado los días previos a su último brote de Esclerosis Múltiple, aquel que había determinado la disminución del campo visual del ojo derecho como secuela. En relación a las actividades que había realizado entonces comentó":- *El día anterior mi primo me había invitado al tiro federal; y él mi hermano tenían que decirme Par Pará! Porque yo tiraba un tiro atrás del otro como un desesperado hasta que se acababa el cargador. Al día siguiente empecé con fiebre dejé de ver con el ojo derecho.* Después de eso no pude volver tirar porque justo la zona que usaba para apuntar fue la que perdí con el brote. *Iván sabía “algo”* respecto a la relación existente entre sus traumas personales y las funciones afectadas por la Esclerosis Múltiple. Él había llegado a establecer una suerte de “autodiagnóstico” de lo que traducían los sitios en los que se presentaban sus mermas neurológicas, sin haber podido referirse hasta entonces a esos sucesos en primera persona, acaso porque de haberlo hecho hubiera tenido que afrontar discursivamente que esos horrores le habían ocurrido efectivamente a él:- *"Nunca lo soñé, ni me lo estuve imaginando ni nada..."* De allí que Iván procurara encontrar una situación vicariante que al menos indirectamente le permitiera referirse a aquello que hasta ese momento ni siquiera había podido nombrar; por eso había dejado de cruzar palabras con aquel “doble especular” de torturas que hasta entonces había sido su amigo y por eso tampoco había podido hablar con otros sobre aquellos sucesos que se insinuaban compulsivamente a través de actos que lo llevaban a caer preso "siempre en la misma comisaría".

El furioso desprendimiento de afecto desatado a partir de la referencia a aquel acontecimiento luctuoso ocurrido a ese joven que prestaba servicios militares en el sur del país guardaba una íntima relación simbólica con aquello que le había ocurrido a él mismo. Importa destacar que aquel señalamiento no hizo lugar a asociaciones ulteriores en las que Iván se implicara y pudiera pensar en sí mismo, sino sólo a conductas hostiles dirigidas contra sí mismo dando lugar a una etapa que puso en vilo la prosecución de su mismo tratamiento. Lo anterior invita a pensar en el tipo de intervenciones

apropiadas a pacientes como este, donde no habrían sido los señalamientos verbales abstractas sino algunas operaciones concretas efectivizadas al imponer un límite a sus descuidos y al acompañarlo a las consultas hospitalarias las que coincidieron, como dijimos, con la comunicación de aspectos medulares de su historia personal y con un cambio ulterior en la modalidad evolutiva de su enfermedad. Con el paso del tiempo se hizo sentir el peso de la escasez de recursos materiales, aunada a la pobreza afectiva del entorno. Pasados algunos años la familia no pudo seguir alquilando el departamento que Iván habitaba en la Capital Federal y, a partir de ese momento, pasó a residir en el domicilio de su madre – situado en una localidad alejada de la Ciudad de Buenos Aires - donde pude visitarlo, a su pedido, sólo en dos oportunidades. Su muerte sobrevino después de un año de convivir con la madre a partir de una infección pulmonar contraída después de una larga estancia en cama ligada a la falta de rehabilitación de la musculatura de sus miembros inferiores. Para entonces habían pasado algo más de 8 años desde el momento en que había iniciado su tratamiento psicológico. Iván nunca consumó los trámites que se precisaban para que se le concediera el lugar y el traslado para ser asistido en un centro de rehabilitación.

II. LAS CORRIENTES PSÍQUICAS

Cuando un psicoterapeuta evalúa a quienes lo consultan no deja de recurrir a categorías genéricas de diagnóstico a partir de los puntos de fijación pulsional, las defensas psíquicas prevalentes o al tipo de relación interpersonal que reconoce en aquellos a quienes asiste. Estas categorizaciones genéricas dependen – en gran medida - de las corrientes psíquicas prevalentes en los diferentes momentos que atraviesa un tratamiento. En la vida psíquica se asiste a la coexistencia habitual de varias corrientes que operan como orientaciones alternativas para resolver un mismo conflicto. La predominancia de una o más de estas corrientes puede llegar a ser transitoria, tratándose de vías que tanto pueden abandonarse como incrementar su caudal por circunstancias ligadas al “vivenciar traumático del adulto”. Desde sus primeros trabajos Freud sostuvo la tesis de las corrientes psíquicas (Cfr. “Manuscrito L.” Freud, 1895 b) como medio para resolver la tensión entre la necesidad de establecer un diagnóstico, cuidando que esa categorización no indujera una cristalización de criterios que atropellara el carácter dinámico del psiquismo omitiendo las posibilidades de cambio. Volvió sobre el tema cuando realizó el análisis del “Hombre de los Lobos” (1914 c) paciente en el que coexistían distintas corrientes ligadas a un mismo conflicto entre el deseo y su intento de consumación; en una corriente se asistía a

la aceptación de la realidad y la consecuente sofocación del deseo, en otra se desestimaba la existencia real del afecto que determinaba aquel conflicto, y una en tercera corriente – ligada a un recurso que más tarde designaría como desmentida (1927d) - se aceptaba la realidad de ese deseo pero se desmentían las consecuencias éticas que dependían de su consumación. En un trabajo ulterior Freud comunicó, “con sorpresa”, el reconocimiento de un paciente en el que una corriente delirante paranoica prevalecía durante la vigilia al tiempo que las mociones que presentaba durante el sueño estaban exentas de delirio (Freud, 1922 e), refiriéndose por última vez al tema de las corrientes en una obra suya que hubo de quedar inconclusa y fue de publicación póstuma: “La Escisión del yo en el proceso de defensa” (Freud, 1938 f). Nuestro interés por despejar lo que puede haberle ocurrido a Iván, estriba en que él estaba ubicado en una suerte de zona intersticial respecto a los planteos del psicoanálisis por cuanto la corriente psíquica prevalente no era, en su caso, la de la libido conversiva, aun cuando sus mermas guardaban similitudes con aquellos cuadros en que prevalece la conversión y el cuerpo se presta a la representación de un término simbólico en conflicto pero sin lesión en la materialidad del cuerpo. Del repertorio de líneas erógenas planteadas originariamente por Freud dependen cada una de las corrientes psíquicas referidas (oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fálico uretral y fálico genital) de cuya supremacía la organización psíquica prevalente. A partir de una mención muy sucinta planteada por Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (Freud, 1926 g) Maldavsky agrega al repertorio erógeno consignado una corriente psíquica más, que remite al momento en que la pulsión inviste a los órganos internos tal como ocurre al inicio de la vida posnatal llamando a esta corriente de libido “intrasomática” reconociendo su existencia detrás de procesos clínicos como las adicciones o los cuadros psicósomáticos (1994 b). El cuerpo está siempre involucrado en cualquier apreciación en la que intervenga el psicoanálisis, en tanto el psiquismo es un sistema que sólo existe en su articulación interna con una estructura biológica y en su articulación externa con el entorno ambiental afectivo y social, pero lo cierto es que la complejidad planteada por esta doble articulación no siempre es tenida en cuenta por quienes refieren fundamentar su praxis en el psicoanálisis. Tradicionalmente se ha pensado que los conflictos que afectan simbólicamente al cuerpo lo hacen a través de una corriente psíquica conversiva (corriente fálico genital) a través de un patrón simbólico en el que la anestesia, el dolor o las parálisis se anteponen a los trayectos nerviosos en pos de representar a uno de los términos en conflicto que ha sido desplazado al cuerpo merced a un esfuerzo de desalojo abonado por la “represión”. Así, las piernas de Elisabeth von R. (Freud, 1892h) se paralizan cuando frente al lecho de muerte de su hermana

sobreviene en ella la idea de que a partir de ese momento tiene expedito el camino para acceder a quien hasta entonces ha sido su cuñado. Se supuso, entonces, que las mermas funcionales conversivo-simbólicas nunca guardan relación con la neuroanatomía.⁴ Por contraste, las mermas que coinciden con un incremento de la corriente psíquica intrasomática producirían lesiones en la materialidad del cuerpo que van más allá de la disfunción, pero en estas no se suelen reconocer nexos simbólicos con otros acontecimientos de índole personal. Así la hipertensión, el infarto o las úlceras gástricas que pueden aparecer después de acontecimientos sin salida suelen ser procesos “mudos” en tanto no cifran por sí mismos ninguna traza que vincule a esos procesos con los acontecimientos personales que las precedieron, no siendo esto lo que ocurría con las cicatrices escleróticas consecutivas a las lesiones irreparables que presentaba Iván. En su caso, el reconocimiento de la relación entre la enfermedad y el trauma de adolescencia bien podía corresponder a una superposición de corrientes psíquicas donde una corriente de libido intrasomática había actuado en primera instancia y luego otra corriente de libido superyoica, era la que le revelaba algunas de las relaciones existentes entre su enfermedad y aquellos acontecimientos pretéritos ocurridos en su adolescencia⁵.

En el tratamiento psicológico de Iván ocurría algo similar a lo que se observa en el análisis de algunos pacientes psicóticos, donde las interpretaciones pueden llegar a ser correctas pero inoperantes porque el paciente no puede involucrarse en ellas. Los hechos ocurridos en la comisaría estaban sujetos entre sí pero inicialmente se encontraban fuera del discurso de Iván. Había en él una alteración en el desarrollo de la conciencia de sí que impedía que aquellos hechos adquirieran significatividad para él. A partir de haber hablado y de haberse implicado en los horrores referidos muchos de sus rasgos de personalidad persistieron (Vg.: el descuido de sí en orden a la rehabilitación) pero en lo que respecta al curso de su cuadro orgánico algo se modificó porque a partir de entonces no volvió a presentar nuevos brotes de esclerosis múltiple.

⁴ El estado actual de nuestros conocimientos no nos permite afirmar, como otrora, que en las crisis conversivas el cuerpo está indemne. Ciertamente las conversiones no hacen lugar a lesiones orgánicas como las que se podían reconocer en nuestro paciente, por ejemplo, a través de un fondo de ojo, una campimetría o un electromiograma. Ahora bien, un estudio realizado por Vuilleumier (2001^a) a través de un SPECT, frente a un déficit sensorio-motor unilateral agudo de carácter conversivo, demostró que la estimulación aplicada de forma bilateral producía hipoactivación del tálamo, y de los núcleos caudado y el putamen contralaterales al déficit, situación que se hubo de revertir a partir de la recuperación psicológica a partir de la cual el estudio dejó de mostrar regiones neuronales de actividad asimétrica.

⁵ Cuando Freud teoriza las funciones del superyó lo describe como sede común que involucra tanto a los ideales como a la conciencia moral y a la capacidad para la autoevaluación (Cfr. Freud, S. 1932 i).

III. PSICOLOGÍA Y NEUROCIENCIAS: En una de sus primeras obras escritas Freud sostenía lo siguiente: “Es evidente que los grandes afectos tienen mucho que ver con la capacidad de resistencia a las infecciones; un buen ejemplo de ello es el que han indicado ciertos observadores médicos: la propensión a contraer tifus y disentería es mucho mayor en los integrantes de un ejército derrotado que en los triunfadores. Ahora bien, los afectos, y casi con exclusividad los depresivos, pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos”(Freud, 1890 j). Pocos años antes, hacia 1884, había dado la conferencia “La estructura de los elementos del sistema nervioso”, donde proponía la existencia de “fibrillas nerviosas que tienen el significado de vías aisladas de conducción” (Jones, 1981 a), sentando una hipótesis que habría de perfeccionar años más tarde Santiago Ramón y Cajal. En su “Proyecto de Psicología” (Freud 1895 k) había intentado bocetar el correlato material de los fenómenos psicológicos que observaba en sus pacientes, procurando inferir las conexiones nerviosas y las sustancias cuantificables que debían ser las que operaban estimulando o inhibiendo determinados circuitos que explicaran los proceder que observaba. La inconclusión de aquel escrito dependió de su interés progresivo por el análisis psicológico de sus pacientes, lo que hizo que, en términos de Strachey (1957 a): “el neurólogo Freud fuera sustituido por el psicólogo”, situación ésta que hubo de reconocer en una carta que escribiera a Viktor Von Weizsäcker en 1923 confesando que desaconsejaba a sus discípulos el estudio de lo somático para no desviarlos de su misión psicológica (Von Weizsäcker, V. 1956 a). No obstante, los bosquejos neurológicos que Freud dejó planteados en varios de sus trabajos lo ubican entre los precursores de importantes descubrimientos neurocientíficos ulteriores. En sus “Notas sobre la Pizarra Mágica” (Freud, 1925 l) se hubo de referir a la función discontinua de la conciencia sentando un precedente que habría de desarrollar el neurofisiólogo Rodolfo Llinás al establecer los puntos neuroanatómicos del circuito repetitivo que debe recorrer cualquier estímulo para devenir consciente (2001 a) planteo este que, junto a otros, llevó a este investigador a ser nominado para la recepción del Premio Nobel de Medicina en el año 2011. Uno de los principales conceptos operativos de la obra freudiana es la noción de “pulsión” en tanto concepto límite que cabalga entre lo somático y lo psíquico, donde una “fuente” y una “energía” somática impelen a alcanzar una “objeto” –constituido generalmente por una representación mental- al que se adscribiría esa energía pulsional para lograr una cancelación parcial de esa tensión energética, en cuyo caso la pulsión alcanza su “meta” después de atravesar distintas vicisitudes. (Freud, S. 1915m). El “objeto” de la pulsión no está predeterminado por

cuanto se trata de un elemento variable que se va construyendo con el tiempo en orden a las vivencias singulares que atraviesa cada quien. Los “objetos” de la pulsión son por lo tanto cambiantes porque se complejizan o se embotan conforme al derrotero singular de vivencias y aprendizajes que recorre el portador de la fuente de en su trayectoria vital. En un trabajo orientado a establecer el correlato entre el concepto psicoanalítico de pulsión y sus posibles sustratos neurales, María Susana Korec (2017a) señala que la “fuente” y la “energía” serían los componentes “somáticos” de la pulsión, al tiempo que el “objeto” y la “meta” serían sus componentes psíquicos. Enlazando esta noción con datos aportados por las neurociencias, esta autora refiere que el sitio cerebral privilegiado (fuente) desde el cual el cuerpo haría sus demandas a la psique se sitúa en los distintos núcleos hipotalámicos. Por su parte, las investigaciones llevadas a cabo por Donald Pfaff (2016 a) lo llevan a presumir que la “energía” de la pulsión procedería de núcleos ubicados en el sistema activador reticular ascendente (SARA), lo que obliga a presumir la existencia de conexiones entre el hipotálamo y el (SARA) distribuyendo la información desde la fuente pulsional hacia diferentes zonas corticales y subcorticales encargadas de encontrar los “objetos” apropiados a las distintas “metas” de la pulsión. “Investigaciones recientes – señala Korec (ibídem)- muestran que los primitivos registros asociados a vivencias de placer-displacer se encuentran alojados en la estructura columnar de la sustancia gris periaqueductal (PAG), una de las cortezas más primitivas del cerebro situada en el corazón del tallo cerebral”. El investigador Jaak Pankeep (2000 a) ubica un sitio neural cuyo funcionamiento promovería sistemas de búsqueda y valoración de los objetos pulsionales a partir de estructuras neurales del sistema mesolímbico/mesocortical que se sitúa en el área tegmental ventral anterior (VTA). De acuerdo con la patogenia autoinmune del cuadro que nos ocupa podemos pensar en el lugar preponderante que han de haber jugado las inter-neuronas en este proceso (“neuronas llave” (Freud, 1895 m). Nos interesa reparar en los motivos por los cuales es el ojo y no lo mirado lo que hace que la pulsión tome a la retina por objeto. En esta misma línea, en nuestro paciente eran las zonas del homúnculo motor de la corteza cerebral encargadas de flexionar los dedos mayor, anular y meñique de la mano derecha, las que habían sido afectadas provocando el espasmo y la parálisis de esos músculos (“: - como si llevara en ella una pistola”) lo que nos lleva a presumir que la pulsión no lograba otra meta porque lograba representar a su objeto. La cualidad de doble vía (ascendente y descendente) del “sistema activador reticular ascendente”(SARA) nos lleva a pensar que en Iván podría haberse producido un embotamiento refractario donde la energía de la pulsión había quedado estancada en la fuente. ¿Se puede presumir que un

cambio en la circulación neuronal acotó las agresiones autoinmunes? Vale recordar que a partir del momento en que pudo referir lo ocurrido en su adolescencia no se volvieron a presentar nuevos brotes. ¿El advenimiento a la conciencia coincidirá con el momento en que la energía pulsional puede empezar a recorrer el “vórtice”(: remolino) descrito por Llinás en una trayectoria recurrente que va ligando las zonas neurales en las que asienta la fuente con aquellas otras en las que la pulsión traza la representación de sus objetos? ¿Cuántas vueltas deberá dar el “vórtice” de Llinás para que su recorrido termine de labrar el registro y la conciencia de ciertos acontecimientos de carácter traumático? ¿Cuántas veces el cuerpo deberá solicitar la presencia efectiva de alguien más para registrar y tramitar psíquicamente aquellas pulsiones que terminan tomando al mismo cuerpo por objeto?

IV. CONCLUSIONES, NEXOS DEL MATERIAL E INTERROGANTES ABIERTOS AL DEBATE

a) ¿Cuál ha de ser el impacto que sufre un menor cuando constata que sus mismos padres se faltan el respeto entre sí a través de situaciones de violencia doméstica (me refiero a los golpes que se propinaban delante de sus hijos) o cuando no mantienen un marco de privacidad en orden a decisiones graves que debieran tomar entre ellos (me refiero a la comunicación del aborto de la “nena” que Iván había imaginado como la hermanita que habría de nacer en breve término). Cuando desfallece la fuente normativa de un grupo familiar, cuando las personas encargadas de fijar allí las reglas son las mismas que las quebrantan o desestiman se crea, en tales casos, uno de los ambientes más adversos para el desarrollo de un menor. Roto el límite entre lo permitido y lo prohibido se fractura la matriz que garantiza cualquier tipo de acuerdo, referencia o ley y, a partir de allí, se instala la vivencia de estar al acecho de cualquier atrocidad. Frente a situaciones como esta damos cuenta de la teoría del trauma con la que se hemos trabajado en estas páginas.

b) Ser humano es ser con otros con quienes cada cual va amasando la propia existencia. La calidad de nuestras vidas depende de la calidad y profundidad de los vínculos que entablamos con nuestros otros. De la calidad de estos vínculos depende también la relevancia que le damos al registro de aquello que nos acontece. Los vínculos marcados por la brutalidad imponen la desestimación registros cotidianos impidiendo, por esta vía, la concientización y tramitación psíquica facilitando la aparición

ulterior de procesos psicosomáticos. En esta línea nos atrevemos a sostener que la “pulsión de sanar” - planteada sucintamente por Freud - no puede alcanzar un “impulso” saludable si no hay otro cercano que desee que sanemos.

c) Un ejemplo histórico de desvalimiento y derrumbe psicosomático por precariedad vincular lo constituye la experiencia de privación emocional llevada a cabo por Federico II, emperador del Sacro Imperio Romano Germánico entre los años 1190 y 1250, preocupado por investigar cuál era el lenguaje natural en el hombre (si el latín, el griego o tal vez el arameo) – este “experimento” está consignado en Rof Carballo, 1972 a) -. A tal efecto, el emperador tomo a un gran número de niños recién nacidos –se refiere que habrían sido cuarenta neonatos en total - a quienes puso a cargo de otras tantas nodrizas con el objeto de que le otorgaran todo tipo de cuidados administrativos -alimentarios, vestuarios e higiénicos – con la consigna de que en ningún caso aquellas nodrizas se comunicaran con los neonatos a través de ningún tipo de cántico, con-tacto gestual o balbuceado. Tratados “a cuerpo de rey”, la experiencia terminó en breve término con el fallecimiento de todos los niños que fueron sometidos a ese experimento. "Privados del baño del lenguaje – lenguaje de las caricias, los cantos, los susurros y las miradas - ningún bebé sobrevivió" (Galbiati A. 1996 a).

d) Iván no había hablado con nadie sobre aquel episodio de torturas sufrido en la comisaría durante su adolescencia. Hasta con el amigo de su misma edad habían dejado de hablarse entre sí, acaso a falta de un adulto confiable que oficiara de receptor sensible que les hubiera permitido expresar lo que significaban esos acontecimientos. A fin de esclarecer y ordenar los recortes del material clínico acopiaremos los fragmentos del mismo en dos columnas de acuerdo con su equivalencia simbólica. En la columna de la izquierda consignaremos a los “agentes y acontecimientos de violencia activa” y en la columna de la derecha incluiremos a los “destinatarios pasivos” de esos tratos violentos. Consignaremos entre estos acontecimiento una única “franja de excepción”, para referirnos a un momento en el que la violencia cede, haciendo lugar a una mejoría clínica signada por la desaparición de los “brotes” de Esclerósis Múltiple” a partir de entonces. Los ítems a considerar en cada columna se desplegarán de acuerdo al orden en el cual han ido apareciendo en el curso de este desarrollo.

Agentes activos de violencia	Destinatarios pasivos
-------------------------------------	------------------------------

Sus padres en la pre-adolescencia	Iván y su hermano
Policías torturadores de Iván	Iván, su amigo y el hombre que Iván había llegado a ver convulsivando (*) en las piernas
Iván disparando un polígono	Retina de Iván afectada al día siguiente (**)
Médico del aborto	Iván y su novia
Médico militar; joven que fallece en circunstancias poco claras en el sur del país	Los padres que reciben su ataúd
Iván dramatizando la escena en el consultorio de su terapeuta como si llevara una pistola (***)	Señalamiento del terapeuta: los blancos imaginarios sobre los que dispara coinciden con sus trastornos visuales y con los de la motricidad en las piernas y la impotencia sexual que él mismo padece ⁶
Iván abandona la medicación; Descuido desafiante de sí.	Terapeuta: transferencia negativa.

ITEM DE EXCEPCIÓN DONDE NO PREVALECE LA VIOLENCIA

Padre de Iván colaborando con su traslado ocurrido en la comisaría a sus 15 años.	Comunicación a su terapeuta al centro de rehabilitación.
---	--

RETORNO A MODALIDAD HABITUAL

Padre de Iván colaborando “insuficientemente” con los trámites burocráticos.	Fallecimiento de Iván a falta de las medidas adecuadas que demanda su tratamiento en el centro de rehabilitación.
--	---

⁶ (*), (**), (***) . Estos son los correlatos inversos de la “pulsión de sanar” en los siguientes términos: “A veces esta sufre una alteración y se transforma en su inverso, en una necesidad de estar enfermo, como ocurre, por ejemplo, en aquellas situaciones en que el sistema inmunitario ataca un fragmento del propio organismo como extraño. En tal caso se potencian: las disposiciones a darle poder a incitaciones exógenas menores, que pasan a tener una eficacia devastadora, en una particular complementariedad, en la cual el factor endógeno tiene un papel preponderante”(Maldavsky, 1998 a ibidem)

e) Crítica a la modalidad experimental de las neurociencias

Entre otros, el neurocientífico Rodolfo Llinás trabaja metodológicamente sobre un sujeto aislado, reducido a su dimensión fisiológica. A través de un aparato que traduce en imágenes el número de recorridos circulares que ocurren en el cerebro a partir de un estímulo sensorial provocado artificialmente, el investigador procura establecer cuántos de esos recorridos ocurren hasta que el sujeto del experimento informa - por encontrarse despierto -que ese estímulo sensorial provocado artificialmente ha llegado a hacerse consciente para él.

¿Qué ocurriría si al llevar adelante la investigación la misma se descompusiera en dos fases diferentes? Esto es: en una de esas fases el sujeto es evaluado en forma aislada y, en la otra, los registros se establecen mientras el mismo es tomado de la mano por distintas personas significativas para él. La hipótesis a corroborar, en tal caso, es que nuestra capacidad de registro y de conciencia está afectada por la conciencia de los otros y que la misma depende, además, de la calidad de nuestros vínculos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Liberman David (1976 a) *“Comunicación y Psicoanálisis”*. Alex Editor, Bs. As.

Freud, S. (1933 a) *“Conferencia 32”*, Obras Completas, Tomo XXII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1988, Pag. 98.

Freud, S. (1897 b) *“Manuscrito L.”* Obras Completas, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1988, Pag.289.

Freud, S. (1914 c) *“De la historia de una neurosis infantil”* Obras Completas, Tomo XVII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1988, Pag. 1.

Freud, S. (1927 d) *“Fetichismo”* Obras Completas, Tomo XXI, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina, 1988, Pag. 148.

Freud,S. (1922 e) *“Sobre alguno mecanismos neuróticos en los celos, la homosexualidad y la paranoia”*Obras Completas, Tomo XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, Pag. 221.

Freud,S. (1938 f) *“La Escisión del Yo en el proceso de defensa”*Obras Completas, Tomo XXIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, Pag. 271.

Freud,S. (1925 g) *“Inhibición, síntoma y angustia”*Obras Completas, Tomo XX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, Pag. 71.

Freud, S. (1892 h) *“Señorita Elizabeth Von R.”*Obras Completas, Tomo II, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, Pag. 151.

Freud, S. (1932 i) *“Conferencia 31”*Obras Completas, Tomo XXII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, Pag. 70.

Freud, S. (1890 j) *“Tratamiento Psíquico Tratamiento del Alma”* Obras Completas, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina 1988, Pag. 119.

Freud, S. (1890 K) *“Proyecto de Psicología”* Obras Completas, Tomo I, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina 1988.

Freud,S. (1925 l) *“Nota sobre la pizarra mágica”* Obras Completas, Tomo XIX, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1986, Pag. 246

Freud,S. (1915 m) *“Pusiones y destinos de la pulsión”* Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.

Galbiati, A. (1996 a) *“El discurso médico, la ciencia y la talking-cure”*, en L’Evolution Psychistrique, Tomo 61, num, 4, Pags. 921-936

Jones, Ernest (1981 a) *“Vida y obra de Sigmund Freud”* Editorial Anagrama Tomo I, Pag.70

Korec, María Susana (2017 a) *“El concepto de pulsión desde la perspectiva de las neurociencias: Sustratos neurales de los componentes de la pulsión”*.Revista Desvalimiento Psicosocial N°4,2 (2017) UCES.

LLinas, Rodolfo (2001 a) *“I of the Vortex: From Neurons to Self”*. MIT Press; ISBN 0262122330

Maldavsky, David, (1998 a) *“Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números”*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina. Pág. 106-7

Maldavsky, David, (1994 b) *“Pesadillas en Vigilia Sobre neurosis tóxicas y traumáticas”*. Amorrortu Editores. Argentina.

Pankseep,Jaac (2001 a) *“Las emociones vistas por el psicoanálisis y la neurociencia:un ejercicio de conciliación”* Revista Aperturas Psicoanalíticas N°7 05/03/2001

Rof Carballo, Juan (1972 b) Desclee de Brower Bilbao Pag. 182

Strachey, James (1957 a) Del ordenamiento, comentarios y notas de la edición inglesa de las Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988, pág. 158.

Von Weizsäcker, Viktor (1956 a) *“El hombre enfermo”* Una introducción a la antropología médica Prólogo de Ramón Sarro (con acento) Luis Miracle, Editor - Barcelona, Página IX (Carta fechada el 16/10/1932)

Vuilleumier P., (2001a) Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. *“Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss”*. Brain. 2001; 124:1077–90.