

Cortes autoinfligidos y subjetividad.

Procesos psíquicos desarrollados en los momentos que anteceden a los cortes.

Delia Scilletta

Resumen

A partir de algunos interrogantes relacionados a la posición subjetiva de los sujetos que se autoinfligen cortes en piel, analizamos el discurso textual de dos pacientes con un método construido con base teórica psicoanalítica que investiga los deseos y las defensas, el método algoritmo David Liberman (ADL). Realizamos el recorrido por la literatura que trata la temática en cuestión, describimos el marco teórico psicoanalítico que sustenta este estudio partiendo de sus dos conceptos pilares, los deseos y las defensas (y su estado). Luego exponemos los resultados de la aplicación de uno de los instrumentos de dicho método, la grilla para el análisis del relato, al discurso de las dos pacientes. Discutimos posteriormente los resultados obtenidos con los alcanzados a través de otras investigaciones realizadas hasta el momento cuya diferencia consiste en el basamento teórico de los instrumentos aplicados. Por último, después de haber discutido dichos resultados presentamos las conclusiones a las que arribamos.

Palabras claves: subjetividad, cortes autoinfligidos, deseos, defensas, método algoritmo David Liberman (ADL)

Abstract

Based on queries concerning the subjective position of individuals who self-inflict flesh injuries, we consider the moment that precedes the act. For this purpose, we analyze two patients' textual discourse with the David Liberman algorithm (DLA), which is a method rooted in psychoanalytical theory, for the study of wishes and defenses. First, we present the literature on the topic, then we describe the psychoanalytical theoretical framework, from the standpoint of two pillar concepts; wishes and defenses (and their state). Then, we describe the results of the application of the DLA instrument for narration analysis to the discourse of the two patients. After that, we discuss the results obtained in this investigation

in the light of results obtained in previous investigations applying instruments pertaining to other theoretical basis. To finish, we present our conclusions.

Key words: subjectivity, self/ inflicted cuts, wishes, defenses, David Liberman Algorithm (DLA) method

1. Introducción

Las numerosas manifestaciones que se presentan en el trabajo clínico ponen en evidencia algunas problemáticas que abren diversos interrogantes, por ejemplo, si se liga la concepción del cuerpo desde el psicoanálisis como fuente pulsional (química), lugar de desplazamientos energéticos que pueden concentrarse y neutralizarse en procesos de intoxicación y desintoxicación, con el concepto de pulsión de muerte que Freud introduce en 1920. Entre otras preguntas podemos plantearnos qué tipo de diferenciación o especificidad puede establecerse en la clínica de los procesos tóxicos, a partir de las diversas vías de derivación que encuentra el incremento de la tensión pulsional en el organismo en los estados hipocondríacos, en los momentos de retracción de los cuadros psicóticos, en los psicósomáticos, los adictivos, y en aquellos que se autoinfligen daño corporal. ¿Algo de lo vital estaría evidenciando un estado de descomplejización psíquica, de desarticulación de fragmentos del yo y de degradación libidinal a consecuencia del incremento o predominio de la pulsión de muerte? ¿De qué manera se manifiesta la eficacia de su valor desubjetivante? ¿Es posible establecer nexos y diferencias entre los intentos de suicidio y otros modos en que se pone en evidencia la pulsión de muerte, como en los cuadros citados? Por otro lado, si se parte de la clasificación de los cuadros tradicionales puede decirse que la neurosis presenta un cuerpo pasible de ser simbolizado, es un cuerpo que habla, y que presenta palabras dirigidas a algún interlocutor válido. En las enfermedades psicósomáticas, en cambio, el sujeto carece de un universo simbólico ligado al campo de las palabras y de las fantasías; prevalece en él un mundo plagado de cifras y números (Lacan, 1974). El cuerpo propio, como un otro diferente, igualmente cuantitativo, resulta exterior al sistema nervioso, y desde él ciertas cantidades y sus correspondientes períodos resultan estímulos ineludibles. Qué sucede entonces en los sujetos en los cuales el propio cuerpo carece de simbolización de manera similar a lo que sucede en las enfermedades psicósomáticas, pero el daño corporal no se realiza de manera inconsciente,

como sucede, por ejemplo, en un proceso ulceroso o de hipertensión arterial, sino de manera activa y manifiesta evidenciando una necesidad imperiosa de agredir el propio cuerpo.

A partir de lo expuesto surgen las siguientes preguntas de conocimiento alrededor de las cuales se articula esta presentación: ¿cuál será la posición subjetiva de los sujetos que se autoinfligen cortes en piel en los momentos que anteceden a dicho acto?, ¿cuáles serán los deseos, defensas (y su estado) o combinatorias defensivas predominantes en los momentos que anteceden a un acto violento autoinfligido? En suma, cuál es la subjetividad de los pacientes que se autoinfligen cortes en piel, en particular los procesos psíquicos (entendidos como la combinatoria de deseos y defensas) que intervienen en los momentos previos al acto.

Con la intención de dar respuesta a estas inquietudes analizamos el discurso textual de dos pacientes, una de ellas se encontraba internada debido a que se autoinfligía cortes en piel y la otra realizaba tratamiento ambulatorio en la misma institución presentando el mismo padecimiento.

Seguidamente, realizaremos el recorrido por la literatura que trata la temática en cuestión. Luego describiremos el marco teórico psicoanalítico que sustenta este estudio partiendo de sus dos conceptos pilares, los deseos y las defensas (y su estado). Puntualizaremos cada uno de ellos arribando de este modo al método aplicado para el análisis del material, construido con base teórica psicoanalítica que investiga justamente los deseos y las defensas, el método algoritmo David Liberman (ADL). Después, expondremos los resultados de la aplicación de uno de los instrumentos de dicho método, la grilla para el análisis del relato, al discurso de las dos pacientes. Discutiremos posteriormente los resultados obtenidos con los alcanzados a través de otras investigaciones realizadas hasta el momento cuya diferencia consiste en el basamento teórico de los instrumentos aplicados. Por último, después de haber discutido dichos resultados presentaremos las conclusiones a las que arribamos.

2. Breve mención de los antecedentes y de las investigaciones previas

El recorrido bibliográfico puso en evidencia que los orígenes de la práctica autolesiva datan de mucho tiempo atrás y parecen tener diversos significados, sobre todo teniendo en cuenta los contextos sociales. Muchas veces son motivadas por causas culturales que corresponden

a tradiciones arraigadas y centenarias que imponen estos ritos a determinados grupos sociales. En cuanto a lo que entendemos por autolesión en piel diversos autores coinciden en la siguiente definición: “La deliberada, auto-infligida destrucción de tejido corporal resultante en daño inmediato, sin intención suicida y con fines que no sean socialmente sancionados”¹. Las estadísticas que evidencian el estado actual de dicha problemática² presentan dificultades para dilucidar la frecuencia en que se presenta esta patología ya que suele ser una conducta secreta debido al miedo al rechazo y desprecio de los demás³. En relación a las posibles causas asociadas a esta manifestación algunos investigadores la atribuyen a las características psicológicas del que se daña⁴; otros lo relacionan con el diagnóstico psiquiátrico⁵; con el abuso sexual infantil⁶; con los intentos de suicidio⁷; la disociación⁸; el autocastigo⁹; la influencia interpersonal, la búsqueda de sensaciones y los límites interpersonales¹⁰; y la sexualidad¹¹. Finalmente, algunos autores presentan la propuesta de una complejidad de causas o multicausalidad¹². En cuanto a la puntualización de los distintos tratamientos propuestos, la mayoría de los autores coinciden en la recomendación de la Terapia Conductual Dialéctica o DBT, tratamiento complejo que incluye diferentes enfoques: la terapia cognitiva y la terapia centrada en el cliente¹³; las Terapias Psicodinámicas¹⁴; y la Terapia Cognitivo- analítica¹⁵. También las psicoterapias de apoyo que hacen hincapié sobre la base de fortalezas personales y la mejora de la autoestima han demostrado apoyo para la reducción de SI (*selfinjured*) y síntomas

¹ (Gratz, 2006, p. 241; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, y Kelley, 2007)

² (Deiter, Nicholls y Pearlman, 2000; Whitlock, Eckenrode, y Silverman, 2006; Brière y Gil, 1998; Favazza y Conterio, 1989; Lloyd-Richardson, et al. (2007); Klonsky, D. y Muehlenkamp, J. 2007; Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003; Ross & Heath, 2002; Gratz, 2001; Whitlock, Purington, Eells, y Cummings, 2006; Darce, 1990; Di Clemente, Ponton, y Hartley, 1991; Nock y Prinstein, 2004; Gratz, 2006; Guertin, Lloyd-Richardson, y Spirito, 2001; Jones, 1986; Maden, Chamberlain, y Gunn, 2000).

³ <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/autolesiones-por-que-algunas-personas-se-hieren-a-si-mismas>

⁴ (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, y Gibb, 2005; Gratz y Roemer, 2004; Klonsky et al., 2003; Klonsky D., Muehlenkamp, J., 2007; Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, 2007; Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006; Gratz et al. 2002; Zlotnick et al., 1999; Lundh, Karim, y Quilisch, 2007; Klonsky, 2007; Herpertz et. al. 1997; Soloff et al., 1994

⁵ (Klonsky et al., 2003; Nock et. al., 2006; Mennin et al., 2005; Andover et al., 2005; Ross & Heath, 2002; Jeppson, Richards, Hardman y Granley, 2003; Mizes y Arbitell, 1991; Whitlock et al., 2006; Zlotnick et. al., 1999; Joiner, 2005; Langbehn Pfohl, 1993)

⁶ (Noll et. al. 2003; Kraemer et al., 2001)

⁷ (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006; Muehlenkamp y Gutiérrez, 2007; Nock et al., 2006; Klonsky, 2007)

⁸ (Klonsky, Muehlenkamp, 2007)

⁹ (Klonsky et al., 2003; Lundh et al., 2007)

¹⁰ (Klonsky, D. Muehlenkamp, J., 2007)

¹¹ (Muehlenkamp, Swanson y Brausch, 2005; Alexander y Clare, 2004; McKay, Gavigan y Kulchysky, 2004; Skegg y Nada-Raja, 2003; Whitlock, Powers, y Eckenrode, 2006; Skegg y Nada-Raja, 2003)

¹² (Linehan, 1993; Saxe, Chawla, & van der Kolk, 2002; Gratz, Conrad & Romer, 2002; Crouch y Wright, 2004; Denov, 2004; Nicholson, 2004; Nixon, Cloutier, y Aggarwal, 2007; Nock, M.; Teper, R. y Hollander, M (2007)

¹³ (Linehan, 1993, Miller, Rathus y Linehan, 2007)

¹⁴ (Bateman y Fonagy, 2001; Moneen, Woodland, Faugli, Daae, y Eilertsen, 1995; Ryle, 2004; Korner, Gerull, Mears y Stevenson, 2006)

¹⁵ (Ryle, 2004; Martens, 2006)

*borderline*¹⁶. Por último, estos autores proponen una serie de técnicas que apuntan a modificar la conducta autolesiva, tema que retomaremos en el apartado de la discusión.

3. Conceptos centrales del psicoanálisis, su articulación con el método y el objeto de estudio

Una vez realizado este recorrido por el estado actual de la bibliografía que investiga la temática en cuestión, proseguiremos con los aspectos que no parecen haber sido trabajados hasta ahora, ligados a la metapsicología y a la producción de subjetividad en los sujetos que se autoinfligen cortes en piel. De este modo arribamos a la pregunta que origina esta investigación, indagación que se trató de analizar a través de los dos conceptos pilares del psicoanálisis, deseos y defensas (y su estado) constitutivas del psiquismo, a través de un método construido para tal fin con fundamentos del psicoanálisis, ADL, o algoritmo David Liberman. Este método de investigación ha sido diseñado (Maldavsky, 1999, 2000, 2004, 2007) con el fin de investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana. Procura detectar los deseos y las defensas que se ponen de manifiesto en los discursos, sus variaciones en una o varias sesiones o en fragmentos de ellas. Comenzaremos entonces por la descripción de ambos conceptos.

Respecto del deseo, señalaremos que Freud (1915) consideró a este estímulo interno como un derivado de la pulsión y motor básico de los diferentes procesos psíquicos. Debido a que estos deseos son derivaciones de las pulsiones, sobre todo las libidinales, los deseos pueden categorizarse tomando en cuenta las correspondientes mociones eróticas. Freud describió los deseos oral primario, oral secundario, anal primario, anal secundario, fálico uretral y fálico genital. Maldavsky (1992, 1994, 1998) agregó a este conjunto la libido intrasomática siguiendo los lineamientos planteados por Freud (1926): “Así, es probable que en el curso del nacimiento la inervación dirigida a los órganos de la respiración preparara la actividad de los pulmones, y la aceleración del ritmo cardíaco previniera el envenenamiento de la sangre” (pág. 127).

En consecuencia, es posible categorizar el repertorio de deseos del siguiente modo: libido intrasomática (LI), oral primario (O1), sádico-oral secundario (O2), sádico-anal primario (A1), sádico-anal secundario (A2), fálico-uretral (FU) y fálico-genital (FG).

¹⁶ (Aviram, Hellerstein, Gerson y Stanley 2004)

En relación a las defensas, Freud (1915) las consideró como destinos o vicisitudes de las pulsiones (y consiguientemente de los deseos) en la vida psíquica. Son modos de procesamiento que realiza el yo para encarar los conflictos con sus tres amos: deseos, realidad, y superyó. Algunas de estas defensas son centrales y resultan definitorias de las bases de la organización psíquica. Otras son complementarias, ya que contribuyen al trabajo de la defensa central a la cual le imprime un sello más específico. Entre las defensas centrales, es posible diferenciar entre las funcionales (que implican grados menores o mayores de conciliación entre los sectores en pugna) y las defensas patógenas (que implican soluciones más drásticas entre los sectores en pugna). Entre las defensas funcionales, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación, es posible distinguir tres alternativas centrales: 1) acorde a fines, 2) creatividad, 3) sublimación. Entre las defensas patógenas, por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación, es posible distinguir cinco alternativas centrales: 1) represión, 2) represión con rasgos caracterológicos, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Las defensas centrales pueden diferenciarse por aquello que el yo pretende desalojar y por aquello a lo cual recurre para colocar en lugar de lo rechazado. Por último, respecto del estado de la defensa, diremos que Freud (1915) sostuvo que el padecimiento clínico manifestado por un paciente deriva del fracaso de la defensa, y no del momento en que esta tiene éxito. Las defensas tienen dos funciones: 1) mantener el equilibrio narcisista, el sentimiento de sí, 2) rechazar algo conflictivo fuera del yo. El éxito del rechazo es condición para mantener el equilibrio narcisista, que es el objetivo básico. Si una defensa es exitosa, el yo ha logrado rechazar algo conflictivo y mantiene el sentimiento de sí. Si la defensa fracasa, ese algo conflictivo retorna al yo y emerge la angustia. Pero también puede ocurrir un desenlace mixto, en el cual no retorna lo conflictivo pero el yo no mantiene el sentimiento de sí, sino una condición más bien neutra. En suma, es posible categorizar el estado de la defensa como: 1) exitoso, 2) fracasado, 3) mixto.

En cuanto al método algoritmo David Liberman solo describiremos en esta oportunidad el instrumento aplicado a la muestra confeccionada para este estudio, la grilla para el análisis de relatos. La grilla del método ADL para el análisis de los relatos permite investigar las secuencias narrativas del discurso. Parte del supuesto de que en un relato ideal es posible diferenciar cinco momentos. Entre ellos, dos son estados (inicial y final) y tres son

transformaciones (despertar del deseo, tentativa de consumarlo, consecuencias de ello). Este relato ideal no necesariamente se presenta en las manifestaciones de manera completa, sino más bien fragmentada, ya que puede aparecer solo el estado inicial, o el momento del surgimiento del deseo combinado con la tentativa de consumación. Este instrumento propone una grilla de doble entrada, por un lado se consigna el deseo específico y por el otro los momentos antes mencionados. Los casilleros correspondientes a cada momento de las narraciones y a cada deseo contienen los rasgos específicos inherentes a los relatos. En cuanto a la investigación de la defensa en los relatos, parte de la detección del deseo dominante en un relato. Una vez alcanzada dicha decisión, es conveniente dar pasos sucesivos consistentes en responder a determinados interrogantes, que se presentan como dos alternativas opuestas entre las cuales el investigador debe decidir. Cada deseo se combina solo con un grupo restringido de mecanismos, entre los cuales algunos son de la gama de la defensa acorde a fines, la creatividad y la sublimación y otras son de la gama de la represión, la represión + rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación.¹⁷ Cabe aclarar que presentaremos en este desarrollo solo los resultados de la aplicación de uno de sus instrumentos, el de la grilla de análisis de relatos¹⁸.

Consideramos conveniente ahora exponer una breve síntesis de los dos casos que componen la muestra.

Marisa

Una de las pacientes que conforman la muestra, Marisa, realizaba tratamiento ambulatorio institucional, consultó debido a que se autoinfligía cortes en piel. Tenía en ese entonces 18 años, vivía con sus padres y dos hermanas menores. La siguiente es la síntesis de la sesión que fue desgrabada y utilizada como muestra del estudio debido a que relató allí un episodio de autoagresión (rasguños en los brazos).

La paciente comienza la sesión diciendo que ese día se despertó más o menos pero que fue el primer día que se sintió bien. Relata que su novio Tomás había estado de viaje y el día que volvió se fue a un recital, ella pensó que al otro día iría a verla a la tarde pero fue a la

¹⁷ Para ampliar la propuesta del instrumento véase Maldavsky (2013)

¹⁸ Para la aplicación y resultados de otros instrumentos véase Maldavsky, D. et al (2011a) (aplicación de la grilla de análisis de los actos del habla para el estudio del vínculo paciente – terapeuta, con el fin de dilucidar la influencia de las intervenciones del terapeuta); Maldavsky, D. et al (2011b) (estudio de las escenas desplegadas en sesión y su comparación con las que fueron relatadas); Scilletta, D. (2010) (aplicación de las grillas de análisis de relato, de acto del habla, de diccionario computarizado y la comparación de sus resultados)

noche. Empezó a pensar entonces que no la quería ver y cuando Tomás fue a visitarla ella lo notaba raro. Estaba empezando con la crisis, trató de distraerse pero no pudo sostenerlo por mucho tiempo. La terapeuta pregunta cómo es eso de la crisis y la paciente explica que se pone nerviosa, quiere llorar, no sabe a dónde irse. Además no quería que le pasara justo en ese momento porque hacía mucho que no veía a su novio. También relata que le contó a Tomás que había intentado cortarse con una Gillette, ella esperaba que él la consolara o que no se hablara de ese tema pero él comenzó a retarla. Marisa le manifestó disgusto por su respuesta porque ella pensaba que no le correspondía a él hacer eso ya que era más una tarea de un psicólogo o de los padres. La terapeuta señala que el tema lo había mencionado ella y la paciente rectifica y aclara que ella se lo había contado por Chat cuando él estaba de viaje y que él le recriminó el habérselo dicho cuando estaba lejos ya que no podía ayudarla y ella respondió que no podía ocultarle nada. Relata también que su novio le dijo que lo de la Gillette lo hacía para mostrarle a su madre que era una nena buena pero ella rechaza esta opinión y agrega que ese día se hubiera matado. La terapeuta señala que más que un reencuentro fue un desencuentro y Marisa dice que ella esperaba que cuando llegara la abrazara y besara, que en realidad lo hizo pero que no le gustó que Tomás dijera que por su actitud parecía que no se habían visto por años. Marisa no lo soportaba, empezó a sentir bronca y deseos de que se fuera. La terapeuta le pregunta por qué debía soportarlo y ella responde que porque pensó que era ella la que estaba mal. La terapeuta señala que ella puede estar mal pero también puede enojarse con el novio y extrañarlo a lo que la paciente responde que ella suele “comerse” el enojo. Añade que luego su novio le dijo que también la había extrañado y que le pareció que esto contradecía la actitud de su llegada a pesar de lo cual empezó a sentirse bien y disfrutar de estar con él. Refiere que estuvo todo el sábado llorando y el domingo se sintió mejor, más tranquila, comió sola pero pasó la tarde con su hermana. Aunque Tomás tardó en llegar ella no se preocupó y estuvo bien con él.

La paciente no recuerda qué sucedió el día viernes, la terapeuta le dice que estuvo con ella entonces cuenta que ese día al salir de la sesión y mientras volvía a su casa comenzó a sentir tristeza. Empezó a llorar, a gritar y a rasguñarse. Primero llegó su padre y luego su hermana y su madre. Ante la pregunta de la terapeuta cuenta que su padre le estaba contando que había visto una bruja y que le había llevado ropa suya. La bruja le había dicho que una amiga suya y la mamá le habían hecho un mal, y que ella había absorbido la

enfermedad de su ex novio. Este comentario del padre le causó gracia pero a la vez hizo que se sienta peor. Comenzó a llorar, a rasguñarse los brazos y a sentirse mareada, tuvo que pedirle a su padre que le sujete las manos. Luego llegó su madre, echó al padre diciendo que siempre que le hablaba la ponía peor y su padre decidió ir a buscar a la hermana de Marisa al colegio. Su madre le propuso llevarla a una guardia pero Marisa se negó. Cuando llegó la hermana del colegio Marisa le pidió ayuda, su hermana la abrazó y le preguntó por qué estaba tan mal, pero ella no le pudo contar porque su padre le había dicho que no hablara con nadie sobre ese tema. La terapeuta señala que hay muchas cosas que no puede decir, y ejemplifica retomando el tema del enojo con su novio. Marisa responde que siempre termina echándose la culpa y que le cuesta decir las cosas. La terapeuta agrega que siempre se guarda cosas y que eso es lo que la termina dañando. La paciente dice que no se puede defender y la terapeuta le pregunta de qué cosas siente que no puede defenderse. Marisa dice que cuando Tomás la estaba retando ella sentía que la atacaba, y entonces, sin poder decirle que estaba enojada, se alejaba y hacía como si no pasara nada. La terapeuta dramatiza la manera en que Marisa podría decirle a Tomás que algunas cosas que hace la enojan y señala que de hecho él sí pudo decirle que le había molestado que le cuente lo de la Gillette cuando él estaba lejos. La paciente luego explica, mediante dramatizaciones, que se lo contó porque es parte de su vida, le hace bien hablar con él, confía en él, es como un psicólogo, y que prefiere contarle las cosas a él más que a su madre. La terapeuta señala que son tres lugares diferentes, el del psicólogo, el del novio, el de la madre. Marisa refiere que él la hace sentir bien, pero que ese día la estaba molestando y sólo se lo podía manifestar con sus caras. Entonces la terapeuta señala que con su enojo no va a matar al novio y que a veces puede decir “basta”. Marisa responde diciendo que logró decirle al novio que parecía su papá y que no le gustaba cómo le estaba hablando, y luego propone a su terapeuta que se cambie de tema.

La terapeuta le pregunta entonces a qué se refería cuando dijo que ese día se había levantado más o menos, y la paciente responde que suele sentir algo en el pecho que le dice si va a estar bien o mal. Ese día sintió que iba a estar mal y programó actividades para evitar sentirse peor. Piensa que cada vez logra controlar más su malestar y tiene esperanzas de mejorar. La terapeuta valida sus dichos y propone dar por terminada la sesión. Sin embargo, Marisa continúa con un nuevo relato diciendo que ese mismo día de la sesión le

comentó al psiquiatra, con vergüenza, que de noche veía gente deambulando por la casa. Estaba segura que el psiquiatra iba a tomar este relato como alucinaciones y le iba a dar una pastilla más, él le dio una más, pero para dormir. La terapeuta le dice que ahora entiende que lo que le había pasado a la mañana debía ser angustia ya que dudaba entre contarle y no contarle al psiquiatra este episodio. Coordinan el próximo encuentro y finaliza la sesión.

Lorena

La otra paciente que compone la muestra, Lorena, fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que presentaba la misma sintomatología que Marisa, o sea, se realizaba cortes en piel. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo 10 sesiones individuales. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. Además de los cortes que se auto-infligió antes de ser tratada, tuvo un nuevo episodio de corte durante la internación. En el momento de la internación, la familia de la paciente estaba constituida por su madre, un hermano menor, Iván, y un hermano mayor, Daniel, que vivía con su pareja en otra ciudad. A pedido de Daniel, la madre acompañó a Lorena durante el periodo de la internación. Su padre, alcohólico, había muerto dos años atrás debido a complicaciones derivadas de dicho padecimiento. Pocos días antes de morir dijo que había que hacer algo con Lorena porque ella estaba siempre alcoholizada. Lorena bebía cada tanto pero no vivía alcoholizada. Cuando escuchó esta opinión del padre Lorena se largó a llorar con rabia y no lo rectificó. Luego de su muerte Lorena se peleó con su hermano menor, quien también la acusaba de alcohólica, debido a lo cual abandonó la casa paterna y se fue a vivir a la casa de su hermano mayor. Al poco tiempo la pareja de este le dijo que se fuera porque si no se iba a terminar peleando con Daniel y Lorena, sin estar convencida de ello, dejó la casa y por primera vez se fue a vivir sola. Fue una época difícil para ella, le decía a Daniel que estaba bien, le mentía para no preocuparlo. Se peleaba con su hermano, a la noche iba a su casa furiosa por no poder decirle nada, tomaba cerveza y se cortaba. Estos primeros cortes motivaron la internación al mes de haber comenzado a vivir sola. Durante la internación entabló buena relación con sus compañeras, en particular con una de ellas, Nati. En un momento de angustia ésta le confesó que quería ahorcarse, luego le dijo que no lo iba a hacer, le mintió. Luego Nati intentó suicidarse y Lorena no le creyó más.

El viernes de esa semana su terapeuta familiar le permitió tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante el permiso de salida de la internación. El lunes comentó en su terapia individual que había pasado un buen fin de semana, había hecho todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse. La angustió la vuelta, no quería volver al hospital por lo que había pasado con Nati pero pudo regresar para continuar el tratamiento indicado. En esa misma sesión entre la terapeuta y Lorena intercambiaron sobre un posible permiso de salida para el siguiente fin de semana. Luego le dijo al médico residente tratante que se había equivocado porque había tomado cerveza sin alcohol durante el fin de semana y él le dijo que no debía haber tomado. Le contó a su familia lo que le dijo el doctor y Daniel y su madre también la reconvinieron. Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Pensaba que seguía siendo una borracha como le decían su padre y su hermano Iván y que ellos tenían razón. En ese momento se acordó de su padre y tuvo la misma sensación que días antes de su muerte. Lorena dijo en sesión que era duro hablar de alguien que estaba muerto, que no tenía ideas suicidas, pero sí de cortarse para aplacar la rabia y el dolor que sentía. Estaba al borde de cortarse, no podía dejar de pensar en eso y pidió ayuda a enfermería. Ante este pedido se solicitó la presencia de un médico residente. Después de haber sido evaluada en cuatro oportunidades por la residencia y debido a que las ideas de cortarse persistían le ofrecieron la posibilidad de ser contenida, o sea, atada de pies y manos a la cama. Entonces, dijo a su terapeuta, arruinó todo, nunca había llegado al extremo de ser contenida. Agregó que ella se había comprometido con el tratamiento. Quería decir y hacer las cosas bien para no volver a caer, salir de la internación y tener una nueva vida. Lo mejor, dijo, fue que pidió ayuda y no se cortó.

Respecto del permiso de salida que había sido tema de su sesión del lunes, el jueves siguiente, luego del episodio en que fue contenida, el otro psiquiatra residente que la trataba le denegó la salida de fin de semana debido a que no había quien firmara el permiso. Ella no entendió este argumento porque por más que pudo buscar ayuda y habló con residencia cuando se sintió mal, igualmente la dejaron sin el permiso de salida de fin de semana. Entonces se preguntó para qué hablar. Estaba enojada porque ella trató de hacer las cosas más o menos bien y le sacaron el permiso.

Le contó a su madre que le habían sacado el permiso de salida y ésta no le dijo nada. No quería llegar al extremo de cortarse, pero no podía frenar el impulso. Buscó y encontró un

vidrio que escondió en su armario. Las enfermeras le decían que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera residente, pero ella no solicitó ayuda ni siquiera a sus compañeras. Pensó que se iba a aliviar la rabia y el dolor de toda esa semana. Se quedó callada y se cortó.

4. Resultados y discusión

Antes de continuar presentando los resultados y las conclusiones a las que arribamos al aplicar el instrumento a la muestra, realizaremos una breve digresión partiendo de las técnicas sugeridas para el tratamiento de los *self injuries*¹⁹, que ponen de manifiesto la concepción de la problemática expuesta, ligándolas a los fundamentos del psicoanálisis. Intentaremos en este punto dar un paso más tratando de indagar algunas de ellas a través de un punto de vista metapsicológico.

La primera sugiere “parar e intentar descubrir qué tendría que cambiar para no sentir más el deseo de dañarse”. Al sugerir “parar” esta técnica remite inevitablemente al concepto de pulsión y sus propiedades. Refiere Freud, (1915) que la primera de ellas es el *esfuerzo*. “Ese carácter esforzante es una propiedad universal de las pulsiones, y aún su esencia misma” (pág. 117). La segunda, la *meta* “es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión” (pág. 118). La tercera de las propiedades de la pulsión es el *objeto* “aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta” (pág. 118). Por último, la *fuentes* de la pulsión es un “proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión... para la pulsión lo absolutamente decisivo es su origen en la fuente somática” (pág. 118-9). Por otro lado, también señala Freud (1923) que la exterioridad es tanto la realidad externa como el cuerpo propio y los procesos pulsionales. Dice allí que “el yo se enriquece a raíz de todas las experiencias de vida que le vienen de afuera; pero el ello es su otro mundo exterior, que él procura someter” (pág. 56). En consecuencia, puede vislumbrarse el conflicto pulsional que se pone en evidencia en estos sujetos justamente al no poder “parar” cuando surge el impulso de cortarse e inferirse una adhesividad de la libido a su propia fuente pulsional, al cuerpo propio; fuente y objeto coincidirían en la necesidad imperiosa de descarga. “Un lazo particularmente íntimo de la pulsión con el objeto se acusa como *fijación* de aquella. Suele consumarse en períodos muy temprano del

¹⁹ <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/autolesiones-por-que-algunas-personas-se-hieren-a-si-mismas>

desarrollo pulsional y pone término a la movilidad de la pulsión contrariando con intensidad su desasimiento” (Freud, 1915, pág.118). Esta fijación pulsional parece estar unida además a una modalidad particular de defensa que consiste en la desestimación del afecto, del sentir. Debido a ello podría suponerse que no “sienten” el deseo de dañarse sino más bien un impulso irrefrenable que los lleva a actuar, sin conciencia subjetiva. No parece haber sujeto que pueda hacerse cargo de una conflictiva vivida como meramente cuantitativa, como un proceso de carga y descarga, sin cualidad afectiva.

“Las tempestades voluptuosas primordiales deben alcanzar una morigeración para dar paso a la sensorialidad, y la razón para ello parece ser estrictamente económica: la neutralización recíproca de sus respectivas investiduras y procesos de descarga como consecuencia de la creciente articulación entre las distintas fuentes pulsionales, sus empujes y metas respectivas, y sus objetos intrasomáticos.” (Maldavsky, 1991, pág. 280)

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

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

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

La cuarta, “respirar lentamente, inspirar profundamente por la nariz y expulsar el aire por la boca”, parece procurar la ligadura de las primeras pulsiones (como la de respirar) con la atención y el consecuente intento de dominio de los procesos pulsionales que exigen inmediata tramitación. Parece tener algo en común con la que sugiere “abrir cualquier libro al azar y empezar a leerlo en voz alta, o tener preparado un libro concreto para estos casos,

un poema o algo que se haya escrito especialmente para leer en estos momentos, si se profesa alguna religión puede recitarse una oración”, ambas parecen aludir a los mecanismos denominados procedimientos autocalmantes (Smadja y Szwec, G., 1993). También parecen aspirar a la puesta en marcha de barreras al flujo pulsional a través del desplazamiento de la atención hacia otro lugar.

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

Otras técnicas sugieren “utilizar un saco como los de boxeo para golpear”, “hacer flexiones rápidas, saltar o cualquier otro tipo de ejercicio físico intenso”, “gritar”. La primera quizás dé por supuesto un estado de violencia interna mudo que tiende a encontrar cauce entregando partes del propio cuerpo que ser a suplido en este caso por un objeto exterior al mismo. A su vez, los tres procedimientos parecen poner en evidencia la necesidad de una rápida descarga como la que exige el principio de inercia que caracteriza a la puls n de muerte. Su accionar disolvente se ver a de este modo obstruido debido a la construcción de topes que impiden el proceso de descomplejización, tanto yoica como libidinal, aunque sea a través de estos procesos catárticos pero que impiden daños mayores. Inclusive, podr a pensarse el grito (no mudo) como un proceso proyectivo que permitir a una posterior identificación. La estrategia que sugiere “empujar con fuerza la pared, como si se quisiera desplazarla o echarla abajo (pero sin golpear, sólo empujar), o bien tirar de un objeto muy pesado, tratando de arrastrarlo”, dar a cuenta del intento de dominio del empuje pulsional, de su fuerza e intensidad mediante una acción motriz.

Otras aconsejan “analizar con detalle qué es lo que lleva a tener esos sentimientos, qué pensamientos, situaciones o emociones concretas; qué sucedió justo antes de que surja el deseo de dañarse”, “llevar un diario donde se puedan anotar los pensamientos, emociones y sucesos del día, sugieren centrarse más en los aspectos positivos de la vida y escribir los negativos desde una perspectiva de búsqueda de soluciones, preguntándose si es posible aportar algo bueno a larga, cómo puede utilizarse el suceso para crecer, etc.” Estos procedimientos apuntar an a la modificación de la defensa prevalente en este tipo de

cuadros, la desestimación del afecto, o sea, a la posibilidad de registrar y ligar los afectos subyacentes a estos estados. Quizás, en este sentido estas técnicas también manifiesten una meta terapéutica relacionada al pensar, en el sentido que lo plantea Freud (1923), al decir que los “procesos de pensamiento” se consuman “en algún lugar del interior del aparato como desplazamientos de energía anímica en el camino hacia la acción...” (pág. 21).

Por último, una inquietud en torno a la diferencia establecida entre el fumar o beber en exceso y los *self injuries* y la referencia a que la gente que fuma no lo hace con la intención de dañarse sino por placer (el daño es un efecto secundario), mientras que los se cortan proponen lastimarse²⁰. En este punto cabe la pregunta en relación a un posible goce autoerótico subyacente también en estas conductas (ya que algunas se presentan como una necesidad imperiosa, adictiva, de agredir el propio cuerpo), como postula Freud (1897) en la Carta 79 al referirse a las adicciones:

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

Una vez finalizado este paréntesis puntualizaremos los resultados de los análisis de los relatos de ambas pacientes que pusieron en evidencia algunas coincidencias. Asimismo, después de haber realizado el estudio con un método sustentado por fundamentos teóricos del psicoanálisis se han podido detectar algunas similitudes con las descripciones realizadas por otros autores que han investigado la temática con otros métodos. Por ejemplo, en ambas pacientes parece haber ocurrido lo expresado por algunos autores que refieren que el corte autoinfligido puede servir para expresar ira o disgusto, para influenciar sobre otros o buscar su ayuda (Klonsky D.; Muehlenkamp, J., 2007). Sin embargo, a partir de este estudio podría pensarse que, si bien los antecedentes del acto se encuentran relacionados con estados afectivos (por ejemplo, enojo y bronca en Lorena) y con un pedido de ayuda, más bien lo que ocurrió en ellas fue la falta de registro del estado afectivo en el momento del acto (desestimación del afecto en estado eufórico) y más que un pedido de ayuda parece haber sido su fracaso lo que desencadenó el daño en ambas. También coinciden los resultados de este estudio con las investigaciones que observaron que a través del corte se

²⁰ <http://kidshealth.org/es/teens/friend-cuts-esp.html>

obtiene el alivio de intensas emociones (Brière y Gil, 1998; D'Onofrio, 2007; Gratz y Roemer, 2004). Estos estudios observaron que los individuos parecen emplear este método con el fin de regular las emociones, tales como la hostilidad y la ansiedad, aunque parece representar un alivio a corto plazo (Favazza y Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002; Walsh, 2006). Puede agregarse a estas observaciones que dicho alivio se manifestaría como una descarga de tensión que busca un equilibrio económico hasta que surja una nueva dificultad de tramitación pulsional. Concuera, asimismo, con el resultado del estudio que pone de manifiesto que estos pacientes consideran inútil, inadecuado o inconveniente expresar enojo o tristeza de manera directa hacia una persona o respecto de una situación. Así lo demostraron Marisa, en relación a su padre y Lorena, también en relación a su progenitor y a los profesionales del hospital donde fue internada. Quizás se relacione dicha problemática con el supuesto de que el interlocutor ocupa una posición de alguien no creíble, falso. Ambas pacientes manifiestan también la particularidad que demostraron otros estudios en relación al déficit en el manejo de la emoción ya que las personas que se autoinfligen daños corporales muestran dificultades para registrar sus emociones y son más propensas a tener problemas para expresarlas en comparación con los que no se autoinfligen daño (Gratz, 2006). También se puso en evidencia en el análisis de ambas pacientes la observación de muchos autores que hacen referencia a que estos pacientes son particularmente propensos a ser autocríticos y tener intensas experiencias autodirigidas de ira o desagrado (Klonsky, 2007; Herpertz et al. 1997; Klonsky et al., 2003; Soloff et al., 1994) y baja autoestima (Lundh et al., 2007, Klonsky et al., 2003). Por ejemplo, cuando Lorena preguntaba si todo era por su culpa como consecuencia de la denegación de un permiso de salida y cuando Marisa decía sentirse culpable por lo ocurrido con su padre en el momento de la crisis. También parece confirmarse lo propuesto en los estudios realizados en relación a que la manifestación del proceso autolesivo no implica la presencia de un determinado diagnóstico (Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006) sino que, más bien se pone en evidencia la combinación compleja de diferentes elementos interrelacionados. Por ejemplo, en Lorena se manifiesta una combinación de trastorno de abuso de sustancia (alcohol) y el daño autoinfligido confirmando así la propuesta de Joiner (2005) quien refiere que el uso de sustancias ayuda a las personas a habituarse al violento daño autoinfligido. Quizás pueda entenderse esta combinación como el modo en que se pone de manifiesto el intento de

eliminar de la conciencia, o sea, desestimar un estado afectivo apelando a diferentes recursos, como la ingesta de alcohol. Por último, muchas investigaciones demostraron que las personas que se autolesionan han vivido en ambientes que los infravaloraban como personas y en los que la comunicación de experiencias privadas es trivializada o castigada o se encuentra con respuestas inadecuadas o extremas. Esto es lo que parece haber sucedido también en el caso de Lorena, por ejemplo, cuando intentó hablar con su hermano de la violación padecida o cuando refería la falta de entendimiento de su familia en relación a su ingesta de alcohol.

En cuanto a los hallazgos de este estudio y su relación con los conceptos teóricos que lo sustentan diremos que a partir de los resultados obtenidos a través de la aplicación de la grilla de los relatos del método ADL se puso en evidencia en las dos pacientes que componen la muestra las siguientes coincidencias: 1) previo al episodio detonante se puso en evidencia un estado de malestar duradero; 2) un pasaje del estado de apatía y el sentirse atrapadas en mentiras ajenas (o en la dependencia de alguien que piensa cosas absurdas de ellas) a la violencia contra el propio cuerpo. A partir del análisis de los relatos de los antecedentes del acto violento de Lorena, dos parecen ser los episodios detonantes. Uno, fue el quedar expuesta a una tendencia evitativa generalizada (huida) de su madre que da lugar a un estado de padecimiento de la indiferencia materna cuando le cuenta lo sucedido y no recibe respuesta (LI y desestimación del afecto, fracasado). El otro, fue el hecho de no comprender la lógica de los argumentos esgrimidos por los interlocutores de los cuales dependía, por ejemplo, cuando Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un profesional que, al igual que su padre antes de morir, tenía una opinión errónea acerca de ella, opiniones ambas, que fue incapaz de rectificar (O1 + desmentida, fracasado). También los resultados del análisis de las secuencias narrativas que se obtuvieron a partir de la aplicación de la grilla del análisis del relato en Marisa pusieron en evidencia dos sucesos centrales que anteceden al acto de cortarse: uno de ellos se relaciona con la falta de entendimiento de los dichos de su padre y el quedar atrapada en el silencio ordenado por el mismo (O1 y A1 + desmentida, fracasado); el otro, con la dificultad de su madre para registrar los daños autoinfligidos que pondría en evidencia un estado de indiferencia materna (LI y desestimación del afecto, fracasado). Puede decirse, en consecuencia, que ocurre algo similar en ambas pacientes: el episodio de autoagresión les permitió recuperar

el estado exitoso (eufórico) de la LI y la desestimación del afecto pero quedan atrapadas en la dependencia de un sujeto no creíble (O1 + desmentida en estado fracasado) y el daño se produce luego del fracaso de la desmentida combinada con el deseo O1 y A1. O sea, aun cuando las pacientes consiguieron convertir la desestimación del afecto de la LI y la desmentida combinada con A1 en exitosas, en el momento del acto violento, no obtuvieron similar resultado con la desmentida combinada con el deseo O1, que sigue siendo fracasada, amenaza de modo permanente el equilibrio patógeno y favorece las posibles recaídas en los episodios de daño autoinfligido o situaciones similares. El supuesto de que el otro miente y de que al mismo tiempo las pacientes se van desvitalizando es una escena que puede corresponder a esas situaciones tempranas en las cuales el bebé despierta una urgencia alimentaria y alucina el pecho. La madre puede responder aportando el alimento, en cuyo caso el bebé supone que él, con su alucinación, ha creado el pecho. Si la madre no responde así, el bebé continúa alucinando, mama en vacío y pierde vitalidad de manera progresiva hasta estallar en un ataque de furia angustiada mientras descrea de su propia alucinación. El equivalente adulto de esta situación se presenta como una combinación entre LI y desestimación del afecto fracasada y O1 y desmentida fracasada.

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

5. Conclusiones

Este tipo de estudio realizado a través de un método de investigación sistemática creado con fundamentos teóricos del psicoanálisis por David Maldavsky, aporta una novedad al conocimiento de los desencadenantes del acto violento autoinfligido. Dichos detonantes se encuentran ligados a la sujeción a un personaje no creíble y al entrapamiento generado por la misma. Esta situación implica que las pacientes sufren un tipo particular de

sentimiento de inferioridad, una vergüenza que va acompañada de suponer que otros, quienes le han dicho cosas falsas, abusan del poder que les da su credulidad. Esta posición las deja sumidas en una cólera impotente y muda que hace de estímulo permanente para culminar en nuevas ideas de cortarse. En suma, uno de los aportes claves a los que se arribó a través de este estudio fue el concepto de confianza básica (Erikson, 1988) y su relación con los detonantes del acto violento autoinfligido.

Este desarrollo permite, por un lado, establecer un nexo entre la investigación clínica sistemática y ciertos conceptos teóricos y, por otro lado, abre la propuesta de operacionalización del concepto de confianza básica y su perturbación tomando en cuenta los deseos y las defensas considerados (incluyendo mecanismos acorde a fines, desmentida y desestimación del afecto), hacer inferencias, con los instrumentos del ADL, sobre la magnitud de dicha confianza básica y las condiciones para que se desarrolle, se incremente o se desmorone.

Por último, a través de este estudio se vislumbra la posibilidad de continuar este tipo de investigación sistemática para el análisis de otros pacientes que manifiesten actos violentos, no sobre sí sino sobre terceros, con el objeto de compararlos y dilucidar procesos psíquicos similares y también las diferencias finas en cada uno de ellos cuyo deslinde permitiría optimizar los recursos terapéuticos.

Bibliografía

Erikson, E. (1988) *El ciclo vital completado*. Ed. Paidós

Freud

(1897) “Carta 79” *O. C.* Bs. As. Argentina. Ed. Amorrortu. V. 1

(1915) “Pulsiones y destinos de pulsión” en *O. C.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina. V. 14

“Lo inconciente” en *O. C.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina. V. 14

(1920) “Más allá del principio del placer” en *O. C.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina. V. 18

(1923) “El yo y el ello” en *O. C.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina. V. 19

(1926) “Inhibición, síntoma y angustia” en *O.C.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina. V. 20

Lacan, J. (1974 [1964]) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral

Maldavsky, D.

(1991) *Procesos y estructuras vinculares*. Nueva Visión. Argentina

(1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicosomáticas, epilepsias*. Ed. Amorrortu. Argentina

(1994) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Ed. Amorrortu. Argentina

(1998) *Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*. Ed. Amorrortu. Argentina

(1999) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión. Argentina

(2000) *Lenguajes, pulsiones y defensas*. Nueva Visión. Argentina

(2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Lugar Editorial. Argentina

(2013) *ADL. Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*. Ed. Paidós. Argentina

Maldavsky, D. et al.

(2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Lugar Editorial. Argentina

(2011a) “Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. Un estudio con el algoritmo David Liberman (ADL)” *Revista Subjetividad y procesos Cognitivos (UCES)* V. 15, 1

(2011b) “Sobre la unidad de análisis para el estudio de los deseos en los actos del habla con el algoritmo David Liberman (ADL)” *Revista Subjetividad y procesos Cognitivos (UCES)* V. 15, 2

Scilletta, D. (2010) “Relación entre los resultados obtenidos de la aplicación de diferentes instrumentos al discurso de una paciente que se autoinfligía cortes en piel” *Revista Subjetividad y procesos Cognitivos (UCES)* V. 14, 2

Smadja, C. (1993) “A propos des procédés autocalmants du Moi”. *Revue Francaise de psychosomatique*, 4

Szwec, G. (1993) “Les procédés autocalmants par la recherche de l’excitation les galeriens volontaires”, *Revue Francaise de psychosomatique*, 4

Páginas consultadas

<http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/autolesiones-por-que-algunas-personas-se-hieren-a-si-mismas>

<http://kidshealth.org/es/teens/friend-cuts-esp.html>

Journal

Alexander, N., & Clare, L. (2004). You still feel different: The experience and meaning of women's self-injury in the context of a lesbian or bisexual identity. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14, 70–84.

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G. Y Gibb, B. E., (2005). Self mutilation and symptoms of depression, anxiety and borderline personality disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 581-591.

Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., y Stanley, B. (2004). Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 145–155.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36– 42. *Journal of Clinical Psychology: In Session* DOI 10.1002/jcl. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, November 2007.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 609–620.

Crouch W., Wright, J., (2004) Deliberate self – harm at an adolescent unit: A qualitative investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 185 – 204.

Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and nonself-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21, 31–35.

Denov, M. (2004) The long – term effects of child sexual abuse by female Perpetrators: A qualitative study of male and female victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1137 – 1156.

Deiter, P., Nicholls, S., & Pearlman, L. (2000). Self-injury and self-capacities: Assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1173–1191.

DiClemente, R. J., Ponton, L. E., y Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 151, 1305–1311.

- D'Onofrio, A. A. (2007). *Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York: Springer Publishing.
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 352–361.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., y Roemer, L. (2002). Los factores de riesgo para la libre deliberada entre el daño los estudiantes universitarios. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotional regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 238–250.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., y Spirito, A. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1062–1069.
- Herpertz, S., Sass, H., y Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451– 465.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jones, A. (1986). Self-mutilation in prison: A comparison of mutilators and nonmutilators. *Criminal Justice and Behavior*, 13, 286–296.
- Jeppson, J. E., Richards, P. S., Hardman, R. K., y Granley, H. M. (2003). Binge and purge processes in bulimia nervosa: A qualitative investigation. *Eating Disorders*, 11, 115–128.
- Klonsky, E. D. (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.

- Klonsky, E. D. y Muehlenkamp, J. J. (2007) Self – injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* In session: 63, 1045 – 1056.
- Klonsky, E. D., Turkheimer, E., Oltmanns, T. F. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.
- Korner, A., Gerull, F., Mears, R., y Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: Areplication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 406– 11.
- Kraemer, H. C., Stice, H., Kazdin, A., et al. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848–856.
- Langbehn, D. R., y Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 45–51.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007) Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*.
- Lundh, L.-G., Karim, J., y Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33– 41.
- Maden, A., Chamberlain, S., y Gunn, J. (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: Some ethnic factors. *Criminal Behavior in Mental Health*, 10, 199–204.
- Martens, W. H. J. (2006). Effectiveness of psychodynamic therapy in patients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 167– 173.
- McKay, D., Gavigan, C., & Kulchycky, S. (2004). Social skills and sex-role functioning to borderline personality disorder: Relationship to self-mutilating behavior. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 27–35.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation theory of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mizes, J. S., y Arbitell, M. R. (1991). Bulimics' perceptions of emotional responding during binge–purge episodes. *Psychological Reports*, 69, 527–532.
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., y Eilertsen, D.E. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256–268.
- Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 24–32.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in nonsuicide self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69–82
- Nicholson, C. (2004) The 'rights' of passage: Gender specific initiation rites in the understanding of self-harm. *Therapeutic Communities; International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 25, 17 – 30.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., y Jansson, S. M. (2007). Prevalence, mental health correlates and help seeking for nonsuicidal self-harm in a sample of Canadian youth. Manuscript submitted for publication.
- Paris, J. (2005). Understanding selfmutilation in borderline personality disorder. *The Harvard Review Psychiatry*, 13, 179–185.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 85– 890.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., y Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.
- Nock, M. K., Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616– 623.
- Clinical Assessment of Self- Injury: A Practical Guide 1067
Journal of Clinical Psychology: In Session DOI 10.1002

- Nock, M. K., Teper, R., y Hollander, M. (2007). Tratamiento psicológico de autolesión entre niños, niñas y adolescentes. *J Clin Psychol: En el período de sesiones*, 63, 1081-1089.
- Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 3–35.
- Ross, S. y Heath, N. (2002) A study of the frequency of self – mutilation in a community of sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67 – 77.
- Saxe, G., Chawla, N. y van Der Kolk, B. (2002) Self – destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life – Thetening Behavior*, 32, 313 – 320.
- Soloff, P- H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994) Self mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder, 8, 257 – 267.
- Skegg, K. y Nada - Raja, S. (2003) Sexual orientation and self – harm in men and women. *American Journal of Psyquiatry*, 160, 541 – 546.
- Walsh, B. (2006) *Teatring self injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Withlock, J. L., Eckenrode, J. E. y Silverman, D. (2006) Self-injurious behaviors In a college population. *Pediatrics*, 117, 1939–1948.
- Whitlock, J., Purington, A., Eells, G., & Cummings, N. (2006). Self-injurious behavior in college populations: Perceptions and experiences of college mental health providers. Manuscript submitted for publication.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., Zimmerman, M. (1999) Clinical correlates of self - mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296 – 301.

Recibido 15.III.17

Aceptado 2.04.17