

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

**EL FENÓMENO DE AUTOLESIÓN.
SUS RELACIONES CON LA ANGUSTIA Y LOS PROCESOS DE DUELO**

DOCTORANDO: PSIC. PABLO MORERO

DIRECTORA DE TESIS: PSIC. ESTELA I. ROSIG

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Tucumán
Año 2024

¿Qué queremos alcanzar en verdad, para qué trabajamos? Queremos aquello a que se aspira en general en la ciencia: una comprensión de los fenómenos, el establecimiento de una concatenación entre ellos y, como objetivo último, en los casos en que sea posible, ampliar nuestro poder sobre ellos.

Sigmund Freud
Conferencias de introducción al psicoanálisis

Agradecimientos

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a personas e instituciones que han contribuido de manera significativa a la realización de esta tesis doctoral.

En especial, quiero agradecer a mi directora, Prof. Estela Rosig, por el valioso tiempo dedicado, su generosidad y la confianza que depositó en mí. Así también, por su compromiso y preciados comentarios que fueron esenciales para dar forma y orientación a esta tesis.

También agradezco a los demás integrantes de la comisión de seguimiento, Dra. Blanca Bazzano y Dr. Pablo Vallejo, que con sus pertinentes señalamientos y sugerencias colaboraron de manera decisiva a ordenar y encauzar el trabajo.

A la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNT que mediante el otorgamiento de una beca dio apoyo al inicio de este recorrido.

A mis padres por haberme transmitido la actitud crítica hacia el conocimiento, la predisposición hacia el esfuerzo y el trabajo, tan necesarios para conseguir finalizar emprendimientos como este.

También quiero expresar mi gratitud a Milena por creer en mí, su apoyo incondicional y comprensión durante las largas horas de intensa labor.

A aquellos colegas y amigos que se interesaron en mi investigación y me alentaron e incentivaron con sus preguntas y comentarios.

Resumen

El interés científico por los fenómenos de autolesión creció en los últimos años. Existe un aumento de casos de autolesión no suicida, principalmente en adolescentes y jóvenes, con características novedosas y ligados a significativo sufrimiento.

Esta tesis se propone contribuir al saber clínico referido a las distintas funciones subjetivas que pueden cumplir los fenómenos de autolesión sin intención suicida. Las contribuciones toman como marco teórico al psicoanálisis de S. Freud y los aportes al mismo realizados por J. Lacan.

Para establecer el objeto de estudio se adoptó una definición de autolesión y se delimitó el campo específico de la autolesión no suicida, dejando de lado ciertos fenómenos que suelen ser confundidos con este campo. Luego se analizaron críticamente los conocimientos existentes desde la perspectiva descriptiva y psicoanalítica, que evidenciaron dificultades en el ordenamiento del campo y la necesidad de su profundización.

Se utilizó un diseño metodológico emergente y flexible, que no se ciñó al contraste de hipótesis iniciales. Las propuestas se fundamentaron en la coherencia conceptual y el estudio colectivo de casos. En el análisis de los textos, se consideraron el paradigma indiciario y la transliteración.

De este modo, se propone el ordenamiento del campo de la autolesión no suicida conforme a las siguientes funciones subjetivas: (1) agresiva, (2) beneficio legal, (3) signo socio-cultural, (4) marca significativa identificatoria, (5) tratamiento del retorno en lo real en la psicosis, (6) erógena, (7) significativa sustitutivo en el que retorna lo reprimido, (8) *acting-out*, (9) demanda, (10) imitación o “contagio” psíquico, (11) identificación imaginaria, (12) alivio afectivo, (13) restitutiva del yo-cuerpo. Cada una es conceptualizada e ilustrada mediante casos.

Se profundizó la indagación de las últimas dos funciones debido a que son novedosas, se encuentran poco estudiadas y concentran el interés actual. Para ello, se elaboró una minuciosa fundamentación teórica y se presentó un mayor número de casos.

La *función de alivio afectivo*, por su parte, se define como aquella que provoca un efecto inmediato de alivio sobre el sufrimiento psíquico al redistribuir interés y libido desde una representación y/o proceso psíquico hacia otro. Sus fundamentos teóricos se expusieron siguiendo un recorrido por las conceptualizaciones freudianas sobre el dolor.

En cuanto a la *función restitutiva del yo-cuerpo*, se conceptualiza como aquélla que produce el sentir corporal y recupera el sentimiento yoico. Se fundamentó apelando a las nociones freudianas del “yo-cuerpo” y de “restitución”, y se destacó el papel que juegan las sensaciones corporales -junto con la asunción de la imagen especular- en la configuración del sentimiento yoico.

Con respecto a estas dos funciones de la autolesión, se propusieron hipótesis que las relacionan con las nociones de angustia y los procesos de duelo, tanto desde las formulaciones freudianas como lacanianas. Se conjeturó la presencia de una subjetividad melancolizada y ciertas condiciones específicas referidas a la constitución de su narcisismo. Se plantea que, en este marco subjetivo, las autolesiones con esas funciones se conforman como un ardid contra las irrupciones de sufrimiento psicológico y/o los problemas yoicos, en el intento por recuperar una relativa homeostasis psíquica.

Palabras clave: autolesión - angustia - duelo

Abstract

Scientific interest in self-injury phenomena has grown in recent years. There is an increase in cases of non-suicidal self-injury, mainly in adolescents and young people, with novel characteristics and linked to significant suffering.

This thesis aims to contribute to clinical knowledge regarding the different subjective functions that self-injury phenomena without suicidal intent can fulfill. The contributions are framed in the psychoanalysis of S. Freud and the contributions made to it by J. Lacan.

To establish the object of study, a definition of self-injury was adopted, and the specific field of non-suicidal self-injury was delimited, leaving aside certain phenomena that are often confused with this field. Then existing knowledge was critically analyzed from both descriptive and psychoanalytic perspectives, revealing difficulties in organizing the field and the need for further exploration.

An emergent and flexible methodological design was used, not constrained by initial hypothesis testing. Proposals were based on conceptual coherence and the collective study of cases. In the analysis of texts, the indicial paradigm and transliteration were considered.

Thus, the organization of the field of non-suicidal self-injury is proposed according to the following subjective functions: (1) aggressive, (2) legal benefit, (3) socio-cultural sign, (4) identifying significant mark, (5) treatment of the return to the real in psychosis, (6) erogenous, (7) substitutive sign in which the repressed returns, (8) acting-out, (9) demand, (10) imitation or psychic "contagion," (11) imaginary identification, (12) affective relief, (13) restitution of the ego-body. Each one is conceptualized and illustrated through cases.

The investigation of the last two functions was deepened because they are novel, less studied, and currently of interest. For this purpose, a detailed theoretical foundation was developed, and a greater number of cases were presented.

The *affective relief function* is defined as one that produces an immediate relief effect on psychic suffering by redistributing interest and libido from one psychic representation and/or process to another. Its theoretical foundations were presented following Freudian conceptualizations of pain.

As for the *restitutive function of the ego-body*, it is conceptualized as one that produces bodily sensations and recovers the egoic feeling. It was grounded by appealing to Freudian notions of the "ego-body" and "restitution," highlighting the role that bodily sensations - along with the assumption of the specular image - play in shaping the egoic feeling.

Regarding these two functions of self-injury, hypotheses were proposed linking them to notions of anxiety and mourning processes, both from Freudian and Lacanian formulations. The presence of a melancholic subjectivity and specific conditions related to the constitution of narcissism were conjectured. It is suggested that, within this subjective framework, self-injury with these functions forms a strategy against the intrusions of psychological suffering and/or egoic problems, in an attempt to regain relative psychic homeostasis.

Keywords: self-injury - anxiety - mourning

Índice

INTRODUCCIÓN.....	13
-------------------	----

PARTE I: CUESTIONES PRELIMINARES

1. Objeto de estudio.....	21
1.1. Definición de “autolesión”. El tipo de autolesiones estudiado.....	21
1.2. El uso del término “fenómeno”. La autolesión como observable clínico.....	23
1.3. La posición de S. Freud acerca de los aportes descriptivos.....	25
2. Método.....	28
2.1. Diseño emergente y flexible.....	28
2.2. Estudio de casos.....	29
2.3. El trabajo con los textos.....	31

PARTE II: ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

3. Indicios en el campo descriptivo.....	34
3.1. Dificultades terminológicas y semánticas.....	34
3.2. Autolesión no suicida, suicidio e intento de suicidio.....	37
3.3. Invisibilidad de los fenómenos de autolesión no suicidas.....	37
3.4. Prevalencia del fenómeno de autolesión no suicida.....	38
3.5. Clasificaciones del fenómeno de autolesión no suicida.....	39
3.6. Características del acto autolesivo no suicida.....	40
3.7. Motivaciones.....	41
3.8. Relación con la infancia.....	41
3.9. Discusión psicopatológica.....	41
3.10. DSM-5: Autolesión no suicida como entidad autónoma.....	42
3.11. Fenómeno de autolesión no suicida y trastorno límite de la personalidad.....	44
4. Indicios en la obra de S. Freud.....	47

4.1. El término “autolesión” en la obra de S. Freud. Relación con la pulsión de muerte.....	47
4.2. El ataque de furia: ¿autolesión y vuelta hacia la propia persona?.....	50
5. Indicios en la obra de J. Lacan: “incisión” y “automutilación”	52
6. Indicios en psicoanalistas contemporáneos	54
6.1. Bulacio: autolesión como actuación autoagresiva.....	54
6.2. Santiere: duelo que no atraviesa el dolor por el terreno simbólico.....	56
6.3. Recalcati: dificultad para integrar el cuerpo. Masoquismo y rechazo histérico.....	57
6.4. Lauru: duelo no simbolizable del pasaje adolescente	58
6.5. Storchi: autolesión como <i>acting-out</i> o pasaje al acto. Barrera frente al goce.....	58
6.6. Žižek: asentamiento del yo en la realidad corporal y escape de lo Real.....	59
6.7. Tomasini y Rodríguez: pasaje al acto. Fracaso en la separación y el corte.....	61
6.8. Goldstein: violencia contra sí. Desamparo. Salir del estado melancólico.....	62
6.9. Buchanan: <i>acting-out</i> . Rasgo unario. Reparación real sobre lo imaginario.....	63
6.10. Joucla: reducción de goce. Identificación histérica. Significante de una demanda.....	65
6.11. Müller: apropiación del cuerpo. Dolor como prueba de la vida. Puro corte.....	65
6.12. Miller: automutilación psicótica. Falta del objeto perdido.....	67
6.13. Nasio: crueldad contra uno mismo. Depresión enmascarada.....	68
6.14. Dartiguelongue: heterogeneidad. Recurso simbólico que materializa el rasgo unario.....	68
6.15. Laurent: trazo con peso real. Relación floja con el significante.....	72
6.16. López: ritualidad contemporánea. Límite al goce. Desfallecimiento del fantasma.....	73
6.17. Arango-Álvarez: tratamiento de lo real por lo imaginario.....	73
6.18. Amadeo de Freda: cauce de la tensión y estigma de goce.....	75
6.19. Ons: prueba de existencia del cuerpo. Evitación de la elaboración inconsciente.....	76
7. Análisis de las producciones psicoanalíticas contemporáneas.....	78
7.1. Recurso ante la angustia traumática.....	78
7.2. Dificultades con el duelo y la pérdida.....	79

7.3. El Dolor: diversos roles posibles.....	80
7.4. Identificación histórica y fenómeno autolesivo.....	81
7.5. Masoquismo: observaciones opuestas acerca de su papel.....	81
7.6. Agresión hacia la propia persona.....	82
7.7. El goce: diferentes propuestas.....	83
7.8. <i>Acting-out</i> y pasaje al acto.....	84
7.9. Automutilación y psicosis.....	85
7.10. La novedad del fenómeno y la incidencia de la época.....	86
7.11. Déficits en los recursos simbólicos.....	86
7.12. El interjuego de los registros R.S.I: disparidad de posturas.....	87
7.13 El cuerpo: ¿algo a reparar mediante la autolesión?.....	87
7.14. Relación con el significante: abanico de posiciones.....	89
7.15. Fenómeno de autolesión y síntoma neurótico.....	91
7.16. Preponderancia en la adolescencia.....	91
7.17. Predominio en las mujeres.....	92
7.18. El planteo acerca de la heterogeneidad.....	92
8. Consideraciones críticas acerca del estado actual del conocimiento.....	94
8.1. Dificultades en la delimitación del campo.....	94
8.2. Dificultades en el ordenamiento del campo.....	95
8.3. Funciones subjetivas poco exploradas.....	98
PARTE III: CONTRIBUCIONES AL SABER CLÍNICO SOBRE EL FENÓMENO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA	
9. Delimitación del campo de los fenómenos de autolesión no suicida.....	101
10. Ordenamiento del campo. Funciones novedosas.....	105
11. Funciones de los fenómenos de autolesión no suicida: conceptualización y casos.....	109
11.1. Autolesión agresiva.....	109
11.2. Autolesión por beneficio legal.....	115
11.3. Autolesión como signo socio-cultural.....	117

11.4. Autolesión como marca significativa identificatoria.....	121
11.5. Autolesión como tratamiento del retorno en lo real en la psicosis.....	123
11.6. Autolesión erógena.....	130
11.7. Autolesión como significativo sustitutivo en el que retorna lo reprimido.....	133
11.8. Autolesión como <i>acting-out</i>	135
11.9. Autolesión como demanda.....	139
11.10. Autolesión por imitación o “contagio” psíquico.....	142
11.11. Autolesión como identificación imaginaria.....	145
11.12. Autolesión como alivio afectivo.....	147
11.13. Autolesión restitutiva del yo-cuerpo.....	171
12. La función de alivio afectivo: fundamentación conceptual.....	181
12.1. La concepción económica del dolor.....	181
12.2. Manifestaciones psicológicas derivadas de la herida y el dolor corporal.....	184
12.3. La distracción como recurso frente al dolor físico y al sufrimiento de la vida.....	186
12.4. La herida y el dolor físico como distractor del sufrimiento.....	187
12.5. Indicios en los campos descriptivo y psicoanalítico.....	189
13. La función restitutiva del yo-cuerpo: fundamentación conceptual.....	192
13.1. El yo-cuerpo: el yo como proyección psíquica de sensaciones corporales.....	192
13.2. Los límites del sentimiento yoico.....	193
13.3. Sentimiento yoico y libido narcisista.....	194
13.4. La noción freudiana de “restitución”.....	195
13.5. El yo y la identificación a la imagen especular.....	196
13.6. El yo como sentimiento de existir y ser uno.....	197
13.7. La restitución del yo-cuerpo mediante la autolesión.....	198
13.8. Indicios en los campos descriptivo y psicoanalítico.....	199
PARTE IV: LA FUNCIÓN DE ALIVIO SUBJETIVO Y DE RESTITUCIÓN DEL YO-CUERPO: RELACIONES CON LA ANGUSTIA Y LOS PROCESOS DE DUELO	
14. La relación con la angustia a partir de S. Freud.....	204
14.1. Las nociones freudianas acerca de la angustia.....	204
14.2. Hipótesis sustentadas en la teoría freudiana de la angustia.....	207

15. La relación con los procesos de duelo a partir de S. Freud.....	209
15.1. Las nociones freudianas sobre el duelo y sus vicisitudes.....	210
15.1.1. Pérdidas de seres queridos como eventos traumáticos.....	210
15.1.2. Melancolía: anestesia sexual y pérdida de libido.....	210
15.1.3. El duelo “normal” y la melancolía: similitudes y diferencias.....	211
15.1.4. Duelo como pérdida de componentes del yo. Herida narcisista.....	214
15.1.5. El duelo como fijación al trauma. Duelos petrificados.....	215
15.1.6. Duelo patológico en la neurosis obsesiva. Diferencias con la melancolía.....	215
15.1.7. Duelo y extrañamiento de la realidad: psicosis alucinatoria de deseo.....	216
15.1.8. Melancolía y afrenta del yo puramente narcisista.....	217
15.1.9. El carácter doliente del duelo.....	218
15.2. Hipótesis basadas en la teoría del duelo de S. Freud.....	219
16. La relación con la angustia a partir de J. Lacan.....	224
16.1. Referencias de la angustia en J. Lacan.....	224
16.1.1. La falta de la falta.....	224
16.1.2. La angustia no carece de objeto.....	225
16.1.3. La función angustiante del deseo del Otro. ¿Qué me quiere?.....	225
16.1.4. La angustia no engaña. Señal de lo real.....	226
16.1.5. Angustia - goce - dolor.....	226
16.1.6. Una respuesta a la angustia: cesión de objeto.....	227
16.2. Hipótesis sustentadas en los aportes lacanianos sobre la angustia.....	228
17. La relación con los procesos de duelo a partir de J. Lacan.....	229
17.1. Referencias lacanianas acerca del duelo.....	229
17.1.1. Caracterización del duelo en J. Lacan.....	229
17.1.2. El duelo: su relación con el fantasma y la constitución del objeto.....	231
17.2. Hipótesis basadas en las contribuciones de J. Lacan sobre el duelo.....	232
A MODO DE CONCLUSIÓN.....	235
A. Contribución al saber clínico.....	235
B. Limitaciones, sugerencias y relevancia.....	242

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	246
ANEXO	256
Testimonio I.....	257
Testimonio II.....	257
Testimonio III.....	258
Testimonio IV.....	260
Testimonio V.....	261
Testimonio VI.....	262
Testimonio VII.....	262
Testimonio VIII.....	265
Testimonio IX.....	266
Testimonio X.....	267
Testimonio XI.....	268
Testimonio XII.....	269

INTRODUCCIÓN

El interés por el fenómeno de autolesión se despertó en mí mientras participaba en el Proyecto de Investigación “*Psicopatología y actos delictivos bajo efectos de la droga*”¹. Los integrantes del Proyecto nos encontrábamos autorizados por la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Tucumán a realizar entrevistas psicológicas con fines de investigación a adolescentes reclusos transitoriamente en una dependencia policial. Estos adolescentes se encontraban bajo la tutela de un juez penal de menores y estaban reclusos debido a su vinculación con la comisión de actos transgresivos de la ley penal.

En esas circunstancias, llamó mi atención la frecuencia con que estos adolescentes realizaban actos que, en forma intencional y directa, conducían a la lesión de sus propios cuerpos. Estas autolesiones carecían de la intención manifiesta de realizarse un daño severo permanente o de quitarse la vida. Sus fundamentos eran otros. Por ejemplo, en algunos casos, se vinculaban con un mensaje de reclamo acerca del trato recibido por la institución policial o el juzgado; en otras circunstancias, parecían buscar obtener algún beneficio vinculado con la lesión (traslados, curaciones, etc.); otras veces, podían tener un valor estético o de una marca identificatoria personal; en otras oportunidades, adquirirían sentido en la dinámica grupal; en ciertas ocasiones, podían relacionarse con alguna situación afectiva privada; etc.

Los actos autolesivos no se realizaban exclusivamente en el contexto de la reclusión transitoria, sin embargo, esta circunstancia parecía potenciar esos comportamientos. Además, estos actos podían ser realizados en forma aislada por uno de los adolescentes, o bien, por su participación en alguna acción grupal, en cuyo caso el fenómeno podía aparecer, en más de uno de ellos, en forma concurrente. Las lesiones de las que tomaba noticia con mayor frecuencia, ya sea por mi propia observación o por mención de la policía u otros profesionales que se desempeñaban en la institución, consistían en cortes superficiales realizados con algún objeto y quemaduras en la piel. En las conversaciones informales que pudimos mantener con otros profesionales acerca

¹ El proyecto de investigación “*Psicopatología y actos delictivos bajo efectos de la droga*” se desarrolló durante los años 1999 a 2013. Fue financiado por el Consejo de Investigaciones de la UNT (CIUNT) y dirigido por la Psic. Estela Irene Rosig.

de algunos casos de estos fenómenos, se dejaba entrever cierto desconcierto acerca de las funciones y el posible abordaje psicológico de los mismos.

Fue toda esta situación descrita y el contacto directo con los fenómenos de autolesión, lo que motivó en mí el interés por los mismos y el deseo por mejorar la comprensión de las funciones psicológicas que podían encontrarse relacionadas con ellos. De esta manera, y más allá del tipo especial de población en la que se despertó mi atención, comenzó en mí la inquietud por indagar todos aquellos fenómenos en los cuales los sujetos se producían voluntariamente lesiones corporales sin intención suicida, en cualquier ámbito o circunstancia. Fue así que di inicio a la búsqueda del conocimiento existente y a la realización de investigaciones propias acerca del fenómeno.

Comenzamos por realizar una indagación bibliográfica en la literatura psicológica y psiquiátrica. Al consultar las bases de datos científicas, quedó en evidencia que el interés por el tema de la autolesión no suicida había crecido en los últimos años, pero el conocimiento formulado mantenía un carácter disperso, limitado, fragmentado y, fundamentalmente, descriptivo. Entre las falencias encontradas, se destacaba la acumulación de información con escasa consideración por un marco teórico claro y explícito que la contuviera. Debido a ello, resultaba difícil ponderar adecuadamente la significación psicológica del fenómeno.

En esa etapa de indagación, también pudimos advertir la creciente generación de noticias de divulgación general sobre este asunto y la existencia de sitios en internet conformados en torno a esta cuestión, en los cuales se difundía y compartía variada información, se participaba en foros, se daban a conocer testimonios, etc. Esto también funcionó como indicio de la relevancia que estaba cobrando este tópico en la población general, a pesar del carácter de ocultamiento que, muchas veces, conllevan estos fenómenos. En estos sitios virtuales era fácil advertir el grado de preocupación y malestar reinante en aquellos sujetos que llevaban adelante estos comportamientos, como así también por parte de aquellas personas cercanas a los mismos que, por algún motivo, tomaban noticia de ellos. Los sujetos que dejaban sus testimonios sobre sus experiencias con el fenómeno de autolesión frecuentemente manifestaban no ser comprendidos por los demás y estar disconformes con las ayudas recibidas, aun cuando la misma provenía de profesionales de la salud mental. La frecuente aparición de importantes niveles de angustia manifestados por los sujetos en las circunstancias previas a la realización de los actos autolesivos era algo que se repetía en un número

significativo de situaciones. En algunos sujetos, también aparecía con cierta insistencia un trasfondo teñido de una tonalidad anímica depresiva, o bien se podía sospechar la presencia de una dificultad para elaborar alguna situación dolorosa o de pérdida. Esto fue incidiendo en la configuración de la idea de la existencia de una posible relación significativa de ciertos fenómenos autolesivos no suicidas con la angustia y/o los procesos de duelos.

Dentro de la producción conceptual psicoanalítica, la cual conforma el marco teórico de esta indagación, encontramos que, tanto para S. Freud como para J. Lacan, estos fenómenos no parecen haberse constituido en un asunto central de sus indagaciones. Quizás las autolesiones no suicidas no se presentaron con frecuencia ante ellos y/o no eran relevantes en aquellos momentos históricos. Si bien en sus textos pueden hallarse referencias teóricas que son útiles para realizar el armado de un articulado conceptual sobre la autolesión no suicida, en verdad estos autores no efectuaron un trabajo que haga foco en este tema y que constituya un abordaje cabal del mismo. Tampoco encontramos en sus textos elaboraciones que den cuenta de una delimitación conceptual del fenómeno y de sus posibles variantes.

No obstante, en la actualidad, se observa un creciente interés por el fenómeno autolesivo no suicida. Ello se ve expresado en el aumento de la publicación de artículos y recortes clínicos sobre el tema que se viene produciendo en los últimos años. Hoy sí pueden encontrarse producciones teóricas y clínicas enfocadas en estos fenómenos por parte de psicoanalistas contemporáneos de orientación freudiana y lacaniana, quienes, por su parte, mencionan la novedad de los mismos y su importancia en la actualidad. De todas maneras, sus formulaciones sobre ellos aún no presentan suficiente solidez y muestran puntos oscuros y/o controversiales. Tales producciones pueden haberse visto impulsadas como consecuencia de que el fenómeno parece haber ganado cierto lugar en la clínica actual junto a otras manifestaciones contemporáneas de muy frecuente consulta como la anorexia, la bulimia, las adicciones, la violencia, el *bullying*, etc. Además, cabe acotar que, con frecuencia, encontramos afirmaciones o elaboraciones teóricas que no están acompañadas por el material de casos en cuya lectura se asientan, lo cual debilita el sustento de las mismas y dificulta su consideración crítica. Por todo ello, consideramos que el fenómeno de autolesión no suicida se constituye hoy como un necesario y prolífico campo para la indagación psicoanalítica.

En el terreno psiquiátrico también se observa, plasmado en la literatura especializada, una creciente consideración por los fenómenos de autolesión. Tal es así

que, en forma novedosa, se ha considerado en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) un cuadro clínico propuesto por primera vez para la futura investigación denominado “autolesión no suicida”, que refiere directamente a fenómenos que esta tesis se propone indagar.

En concordancia con las falencias enunciadas anteriormente acerca del conocimiento existente sobre el fenómeno de autolesión, pueden mencionarse los planteos de autores provenientes de distintas líneas teóricas. Chapman y col. (2006), desde una concepción conductual, consideran que la literatura científica actual sobre el tema carece de unidad y de un marco teórico dentro del cual comprender los factores que controlan esta conducta. Por su parte T. M. Yates (2004), desde la psicopatología del desarrollo, afirma que, a pesar de haber un significativo y creciente cuerpo de investigación empírica sobre la conducta de autolesión, la literatura sigue siendo predominantemente descriptiva, habiendo una necesidad urgente de un marco teórico unificador para organizar los datos existentes sobre esta conducta y guiar la investigación futura. Asimismo, J. Dartiguelongue (2012), desde una orientación psicoanalítica lacaniana, apunta que el fenómeno de sujetos que se realizan cortes en el cuerpo ha sido abordado conceptualmente desde recortes aislados, dejando solapada su riqueza clínica, y que la problemática presenta novedad, actualidad, repetición, especificidad, relevancia y opacidad teórica.

Otra de las características del conocimiento deficitario acerca de estos fenómenos de autolesión consiste en asimilarlos enteramente con el “intento de suicidio”, sin contemplar una diferenciación con respecto a ellos. También puede suceder que todos los fenómenos autolesivos no suicidas sean considerados conceptualmente de la misma manera sin formular ninguna separación y/o especificidad entre los mismos. Todo esto se relaciona con que no se ha producido un abordaje integral del campo de las autolesiones no suicidas que haya logrado una delimitación efectiva del mismo con respecto a otros fenómenos, como así tampoco un ordenamiento interno del mismo con base en criterios psicológicos significativos que permitan discriminar entre distintos fundamentos y/o funciones subjetivas para estos fenómenos autolesivos.

Por otro lado, la literatura científica de carácter internacional también señala que los profesionales de la salud presentan problemas para el abordaje de sujetos que se producen lesiones en forma intencional en su cuerpo sin la intención suicida (Reece, 2005; Willams, 2005). Lieberman y Poland (2006) refieren que los agentes de servicios

de salud mental de los establecimientos escolares pueden tener un conocimiento limitado en la intervención con estudiantes que se autolesionan. Por otro lado, muchos psicoterapeutas se rehúsan a atender a estos pacientes. Esto podría estar produciéndose debido a que, sumado a la falta de conocimiento sobre el problema, estos casos conllevan una fuerte implicancia ética y emocional, por lo cual, el psicoterapeuta puede requerir de una preparación especializada. Estas dificultades favorecen que, en muchos casos, estos pacientes, si es que llegan a una consulta, se sienten disconformes con la atención y las respuestas brindadas (Favazza y Conterio, 1988; 1989).

A partir del recorrido y las indagaciones mencionadas, se fue configurando el **problema** de investigación bajo el cual se inscribe este trabajo: ¿Qué distintas funciones subjetivas pueden presentar los fenómenos de autolesión sin intención suicida?

Esta indagación toma como **marco teórico** al psicoanálisis. Se asume que este marco teórico constituye una teoría de la subjetividad que permite conceptualizar las distintas funciones que los fenómenos de autolesión sin intención suicida pueden desempeñar para el sujeto que los realiza. Es así como, a partir de examinar a estos fenómenos dentro de la teoría psicoanalítica, los mismos podrán tomar distintos estatutos teóricos y serán superadas ciertas limitaciones propias de los enfoques meramente descriptivos. Aclaremos que, con la expresión “teoría psicoanalítica”, nos referimos a la teoría elaborada por S. Freud en conjunto con los aportes que J. Lacan realizó a la misma. Asumimos que es un marco teórico amplio, complejo, abierto y de mucha riqueza.

Por todo lo dicho, el **objetivo general** de este trabajo consiste en realizar una contribución al saber clínico referido a las distintas funciones subjetivas que pueden tomar los fenómenos de autolesión sin intención suicida. Este aporte al saber clínico se realizará a partir de poner a los fenómenos de autolesión no suicida en relación con los conceptos de la teoría psicoanalítica, de manera que con ello se produzca cierto ordenamiento que permita mejorar la comprensión de las diferentes funciones subjetivas que los mismos pueden cumplir.

La indagación psicoanalítica no sólo permite la formulación de conocimiento sobre entidades singulares y únicas, sino también la posibilidad de establecer regularidades, mostrando aspectos que puedan ser comunes a éstas. Cabe aclarar que, sostenemos aquí la existencia de una diferencia entre “el saber clínico” y “lo clínico”. El primero constituye un saber en el que pueden ser descriptas ciertas categorías generales, regularidades, conceptos, agrupación de casos, clasificaciones; por su parte, *lo clínico*,

“es lo que está ahí, perceptible en cierto modo de visu en el lecho del enfermo, según lo significa la etimología” (Assoun, 1994, p. 47). La práctica de *lo clínico* tiene que vérselas siempre con lo singular y está expuesta a la imponderabilidad y a la incertidumbre. El *saber clínico* puede plantearse como una reflexión sobre los hechos clínicos, haciendo la salvedad de que el acontecimiento clínico tendrá siempre algo que escapará a las posibilidades de generalización. El *saber clínico* está constituido por la tensión entre la referencia a la inmediatez de lo real clínico y el recurso al trabajo del concepto metapsicológico (Assoun, 1994).

La noción que asumimos acerca del saber clínico puede ser asemejada a lo que Kury y Pérez (1977) proponen para el enfoque psicopatológico, en la medida en que afirman que en él se presenta la permanente articulación entre los elementos derivados de la observación clínica y lo inherente a la inferencia teórica. De ello puede derivarse que “el lugar de lo psicopatológico concierne al hipotético pasaje del observable clínico a la conceptualización teórica y viceversa” (p. 12).

De todas maneras, es importante tener en cuenta la siguiente aclaración sobre un enfoque psicopatológico fundado en la teoría psicoanalítica, entendida como una teoría de la subjetividad o del psiquismo:

(...) permite calar profundamente en la comprensión de la enfermedad psíquica a la vez que, al mostrar la innegable continuidad de lo sano y lo enfermo, atenúa contrastes y difuma contornos, dificultando con ello la delimitación nosográfica, hasta entonces tan drástica en el recorte de lo enfermo respecto de lo sano”. (Kury y Pérez, 1977, p. 7)

Así es como, si asumimos esa concepción, dentro del marco psicoanalítico podemos hablar de “clínico” sin que necesariamente estemos remitiéndonos de manera tajante a lo enfermo.

En coherencia con lo anterior, formulamos los siguientes **objetivos específicos**:

1. Adoptar una definición de autolesión y delimitar el campo de los fenómenos autolesivos no suicidas con respecto a otros fenómenos que presentan elementos similares.
2. Realizar un ordenamiento interno del campo de los fenómenos de autolesión no suicida a partir de la diversidad de funciones subjetivas que los mismos pueden tomar.

3. Utilizar la presentación de casos como contribución al fundamento del ordenamiento interno del campo de los fenómenos de autolesión no suicida.
4. Elaborar los fundamentos teóricos correspondientes a las funciones subjetivas novedosas del ordenamiento presentado y establecer sus relaciones con la angustia y los procesos de duelo.

Tenemos la expectativa de que el aporte al problema que aborda esta tesis pueda ser de futura utilidad, no sólo para la comprensión de los fenómenos, sino que también sean relevantes para el diseño de las estrategias que los profesionales puedan requerir implementar en el abordaje clínico con sujetos que presenten estos fenómenos.

A continuación, enunciaremos una definición de autolesión y un conjunto de apreciaciones que permitirán delimitar el objeto de estudio con mayor precisión. Asimismo, mencionaremos ciertos elementos metodológicos que serán tenidos en cuenta para el abordaje de dicho objeto.

PARTE I

CUESTIONES PRELIMINARES

1. Objeto de estudio

1.1. Definición de “autolesión”. El tipo de autolesiones estudiado

Según el consenso de los metodólogos, es necesario establecer una definición que indique qué es lo que se estudia en una investigación. Se constituye como un requisito indispensable adoptar en forma manifiesta una o más definiciones que permitan delimitar con la mayor precisión posible de qué objeto se ocupa una tesis.

En el caso particular de esta investigación, el discernimiento conceptual preciso del objeto de estudio requiere de la realización de algunas aclaraciones.

Afirmamos estudiar las distintas funciones subjetivas que pueden tomar los fenómenos de autolesión sin intención suicida, como así también las relaciones que puedan tener algunas de estas funciones con la angustia y los procesos de duelo. Decimos, asimismo, que este estudio se realiza dentro del marco teórico psicoanalítico, refiriéndonos con ello a la teoría elaborada por S. Freud en conjunto con los aportes que J. Lacan realizó a la misma. Sin embargo, la expresión “fenómeno de autolesión” no es de uso corriente dentro de este marco. Por ende, no contamos a priori con una definición conceptual establecida sobre el fenómeno.

En nuestro caso el interés por investigar se ha engendrado a partir de fenómenos que nos interrogan y, de cierta forma, ponen en cuestión los conceptos y explicaciones existentes dentro de nuestro marco de referencia. Entonces, ¿cómo nombrarlos?, ¿cómo conceptualizarlos?, ¿qué definición adoptar para ellos?

Para presentar estos fenómenos debemos introducir términos y definiciones que provienen de fuera del psicoanálisis y que luego podrían ser resignificados dentro del mismo. Encontramos que la terminología que hace referencia a los fenómenos en los que alguien se lesiona o daña su propio cuerpo es múltiple. Por ejemplo: intentos de suicidio, autoagresiones, automutilaciones, autoincisiones, autodaño, autolesiones, daño o lesión autoinfligida, etc. Por su parte, cada uno de estos términos presenta diferentes definiciones y puede abarcar un campo mayor o menor con respecto a los fenómenos de interés para esta tesis. Debido a ello, no alcanza sólo con tomar, sin más, cualquiera de estos términos. Se requiere incorporar un término y establecer de forma manifiesta una delimitación semántica que nos sea útil.

Entonces, como paso importante para la delimitación del fenómeno de estudio, adoptamos el término “autolesión” y acudimos, en un primer acercamiento, a la definición que brinda el Diccionario de la Real Academia Española, ya que resulta una buena aproximación a nuestro fenómeno de interés y evita ciertos malos entendidos de otras definiciones. Allí, “autolesión” presenta el siguiente significado: “daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo” (Real Academia Española, 2014).

Otro paso significativo para esclarecer nuestro objeto de estudio corresponde a la aclaración que lo circunscribe sólo a cierto tipo de autolesiones: las *autolesiones no suicidas*. Esta indicación es importante ya que la definición adoptada de autolesión no excluye a aquellos daños físicos que alguien pudiera causarse con la intención de quitarse la vida, sin embargo, como ya fuera esbozado más arriba, los comportamientos que nos interesa investigar aquí no se constituyen como intentos suicidas.

Otro aspecto importante a aclarar corresponde al uso del término “voluntariamente”, que aparece en la definición de autolesión recién adoptada por nosotros. Esa definición refiere que, en la autolesión, el daño a sí mismo debe ser voluntario, por tanto, para que un determinado fenómeno quede o no incluido en esta definición debe poder establecerse previamente la voluntariedad del mismo. Este discernimiento no siempre es sencillo. Además, en gran parte depende del posicionamiento teórico que el investigador tome sobre esa noción y sobre la concepción de sujeto concomitante a la misma. Por nuestra parte, en vías de dejar aclarado este aspecto, entenderemos a la *voluntad* como un determinado posicionamiento subjetivo en relación al acto lesivo. Diremos que un acto lesivo del propio cuerpo es voluntario cuando el sujeto puede reconocerse internamente como el autor del comportamiento que conduce a la lesión y, además, asume la intención de haberse querido provocar la lesión mediante dicho comportamiento. Todo esto más allá de que el sujeto pueda reconocer o no el fundamento o la motivación de ese comportamiento. Cabe esa aclaración ya que el psicoanálisis sostiene, en su concepción subjetiva, la noción de sujeto del inconsciente.

La forma en que hemos definido la voluntad nos lleva a dar otro paso hacia una delimitación más precisa del objeto de estudio: descartar fenómenos donde el daño a sí mismo puede adjudicarse al propio comportamiento o proceso subjetivo del individuo, sin embargo, no corresponde conferirle la voluntad de tal lesión. De esta manera, descartamos fenómenos que, desde la definición y el posicionamiento que aquí adoptamos, no constituyen autolesiones: (1) lesión accidental, (2) lesión indirecta

involuntaria, (3) lesión psicosomática, (4) lesión no voluntaria asociada a trastorno motor estereotipado y (5) lesión no voluntaria asociada a comportamiento compulsivo. Todas estas categorías serán explicadas luego.

Una vez establecido y circunscripto el fenómeno que estudiaremos, cabe mencionar que nuestra indagación se centrará en las diferentes funciones subjetivas que el mismo puede tener. Es decir, asumimos que las autolesiones sin intención suicida pueden presentar distintas funciones para la subjetividad de quien las lleva a cabo. Por ello, luego de estudiar una gran variedad de casos de fenómenos de autolesión, como así también de enunciados formulados por distintos psicoanalistas contemporáneos sobre estos fenómenos, construiremos un ordenamiento de esas posibles funciones.

Para elaborar nuestra original propuesta de ordenamiento, recurriremos a diferentes conceptos psicoanalíticos, algunos de los cuales ya presentan cierto desarrollo dentro del marco teórico y, por tanto, no requieren de nuestra parte una mayor fundamentación y/o profundización. Sin embargo, también propondremos funciones que son mayormente novedosas y poco estudiadas. Por ello, pondremos más énfasis en ellas construyendo nuestra propia fundamentación teórica y ofreciendo un mayor número de casos para realizar un mejor entendimiento de las mismas. También, sobre estas peculiares funciones de la autolesión no suicida, se trabajará detenidamente su relación con la angustia y los procesos de duelo. Cabe aclarar que, a pesar de hacer mayor foco en estas funciones menos conocidas, es necesario disponer de la visión de conjunto brindada por el ordenamiento general, ya que ello permite identificarlas y poder notar sus diferencias con las demás.

Entonces, para concluir esta parte, afirmamos que nuestro objeto de estudio corresponde a las diferentes funciones subjetivas que presentan los fenómenos de autolesión no suicida, poniendo mayor énfasis en aquellas funciones que no han sido del todo identificadas y/o formuladas por otros investigadores.

1.2. El uso del término “fenómeno”. La autolesión como observable clínico

Como habrá podido advertirse, al tomar como punto de inicio la definición de “autolesión” provista por el diccionario, se está priorizando el carácter descriptivo del término por sobre el carácter explicativo o teórico. Desde cierto punto de vista epistemológico (p. ej., Klimowsky, 1997), podríamos decir que “autolesión” refiere a un

fenómeno que corresponde a un objeto o entidad de la “base empírica”, es decir, un objeto que potencialmente puede ser conocido directamente, sin la necesidad de estrategias indirectas y mediatizadoras proporcionadas por una teoría científica. En este sentido, “base empírica” se contrapone a “zona teórica”. Como ya dijimos, “autolesión” no presenta una definición teórica propia dentro de nuestro marco teórico y no forma parte de sus conceptos específicos. Por tanto, partimos de un uso del término “autolesión” que, en principio, no tiene asignada ninguna carga teórica explicativa, ni se encuentra asociado a ningún marco teórico específico. En este trabajo de tesis, partimos de considerar la “autolesión” como el nombre convencional para hacer alusión al fenómeno descrito en la definición mencionada; se lo usa como un término descriptivo de un determinado suceso que puede presentarse a la observación, sin la necesidad de recurrir a mayores herramientas que el lenguaje común.

Relacionado con lo anterior, corresponde explicitar la utilización del término “fenómeno” que mayormente acompaña la expresión “autolesión”. En ese caso, el sintagma “fenómeno” adquiere la significación que se le otorga en el campo de la ciencia. La siguiente cita, tomada de un libro del ámbito de la Metodología de la Investigación, ejemplifica el uso del término en dicho campo:

Una teoría es un conjunto de conceptos, proposiciones y leyes que se encuentran relacionados, y que configuran un sistema abstracto acerca de los **fenómenos** del mundo. Desde el punto de vista científico, las teorías son modelos conceptuales que describen y explican un **fenómeno** o conjunto de **fenómenos**. La teoría está conformada por conceptos que sirven para clasificar la realidad. También incluyen proposiciones mediante las cuales se intenta establecer relaciones causales que describen los **fenómenos**. A su vez, toda teoría brinda explicaciones, ya que establece relaciones causales que se dan entre diferentes **fenómenos**. (Yuni y Urbano, 2006, p. 29) (el destacado es nuestro)

En S. Freud también podemos encontrar el uso del término “fenómeno” en la misma línea de significación, según observamos en el siguiente ejemplo:

La cosa es así: Si el sueño es un **fenómeno** somático, nada nos importa de él; sólo puede interesarnos bajo la premisa de que es un **fenómeno** anímico. (...) ¿Qué queremos alcanzar en verdad, para qué trabajamos? Queremos aquello a

que se aspira en general en la ciencia: una comprensión de los **fenómenos**, el establecimiento de una concatenación entre ellos y, como objetivo último, en los casos en que sea posible, ampliar nuestro poder sobre ellos. (Freud, 1916-17/1984, p. 91) (el destacado es nuestro)

Siguiendo esta línea de significación, el término “fenómeno” puede utilizarse con el sentido de un evento, acontecimiento, hecho, suceso o manifestación perceptible que puede constituirse en objeto de investigación y acerca del cual se pueden construir teorías, intentar comprenderlo, generar explicaciones y/o relacionarlo con otros fenómenos.

Por lo tanto, en esta investigación se emplea la expresión “fenómeno” anteponiéndola al término “autolesión” para enfatizar el estatuto de *observable clínico* que le adjudicamos a esta última por sobre su condición como entidad teórica. Asimismo, por todo lo dicho, en la expresión “fenómeno de autolesión” queda destacado el carácter descriptivo por encima del explicativo.

De esto se deriva que sobre el fenómeno de autolesión -en cuanto observable clínico- pueda construirse un saber clínico o saber psicopatológico al ponerlo en relación con los conceptos de la teoría psicoanalítica.

1.3. La posición de S. Freud acerca de los aportes descriptivos

Dado que se ha asumido que en esta investigación la expresión “fenómeno de autolesión” presenta un destacado carácter descriptivo y refiere primordialmente a un observable clínico, se hace necesario formular la relación que puede establecer el psicoanálisis con respecto a esas modalidades. Para ello, consideramos pertinente repasar la posición de S. Freud con respecto a las relaciones entre psicoanálisis y psiquiatría, ya que le asigna a esta última un carácter descriptivo.

En la conferencia número 16 titulada “Psicoanálisis y psiquiatría”, S. Freud (1916-17/1984) muestra, en un ejemplo clínico, algunas diferencias entre el abordaje técnico de la psiquiatría y el del psicoanálisis con respecto a un fenómeno patológico. Sin embargo, allí S. Freud afirma que no hay contradicción entre las modalidades de estudio de ambas disciplinas, sino una continuidad. En sus palabras:

Lo hice con el fin de comparar la psiquiatría con el psicoanálisis. Pero hay algo que tengo derecho a preguntarles: ¿Han observado alguna contradicción entre ambos? La psiquiatría no aplica los métodos técnicos del psicoanálisis, omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante y, al remitirnos a la herencia, nos proporciona una etiología muy general y remota, en vez de poner de manifiesto primero la causación más particular y próxima. Pero, ¿hay ahí una contradicción, una oposición? ¿No es más bien un completamiento? ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? ¿No se conjugan ambos, más bien, de la manera más eficaz? Me concederán que en la naturaleza del trabajo psiquiátrico no hay nada que pudiera rebelarse contra la investigación psicoanalítica. Son entonces los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células. Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra. (pp. 233-234)

En el texto “¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?”, S. Freud (1919a/1986) menciona otro aporte para entender su postura en relación con la psiquiatría de su época. Le adjudica a esta última un carácter descriptivo en relación a la distinción de los diferentes cuadros clínicos, una concepción etiológica orgánica y la realización de comprobaciones anatomopatológicas. Mientras que para el psicoanálisis preserva la posibilidad de brindar una comprensión de los hechos observados. Tal comprensión le estaría vedada a la psiquiatría:

En su forma actual, ésta (la psiquiatría) tiene un carácter meramente descriptivo, pues sólo muestra al estudiante una serie de cuadros clínicos y lo faculta para distinguir, entre ellos, los que son incurables o los que revisten peligrosidad social. Su única vinculación con las demás ramas del saber médico reside en la etiología orgánica y en las comprobaciones anatomopatológicas, mientras que no facilita la menor comprensión acerca de los hechos observados. Sólo la psicología profunda puede suministrar tal comprensión. (pp. 170-171)

En “Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido”, S. Freud (1923a/1984) reafirma lo mencionado con anterioridad al escribir nuevamente sobre la relación del psicoanálisis con la psiquiatría:

La psiquiatría es en la actualidad una ciencia esencialmente descriptiva y clasificatoria cuya orientación sigue siendo más somática que psicológica, y que carece de posibilidades de explicar los fenómenos observados. Empero, el psicoanálisis no se encuentra en oposición a ella, como se creería por la conducta casi unánime de los psiquiatras. Antes bien, en su calidad de psicología de lo profundo -psicología de los procesos de la vida anímica sustraídos de la conciencia-, está llamado a ofrecerle la base indispensable y a remediar sus limitaciones presentes. El futuro creará, previsiblemente, una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción.” (p. 247)

Podemos observar que S. Freud, a través del psicoanálisis, no planteaba una oposición o desmerecimiento del enfoque clasificatorio y descriptivo que le adjudica a la psiquiatría, sino que le asignaba al psicoanálisis la posibilidad en cuanto a la comprensión psicológica de los cuadros patológicos.

En sintonía con estas observaciones, C. Soler (2009) afirma que tanto S. Freud como J. Lacan construyeron sus clínicas derivándolas de la clínica psiquiátrica. Ambos retomaron la nosología psiquiátrica, sus términos, el mapa de los trastornos aislados por la psiquiatría y procuraron construir una teoría psicoanalítica de esa nosografía. S. Freud toma el mapa de los síntomas y se pregunta cuál es la incidencia del inconsciente descubierto por él en cada uno de esos síntomas. Por su parte, J. Lacan va a repensar todos los fenómenos de la neurosis, de la psicosis y de la perversión a partir de la estructura del significante y del discurso y, recién a partir de 1973, basándose en la introducción de una clínica borromeana, aparecerán en forma incipiente nuevas designaciones de los síntomas y nuevas construcciones teóricas para tratar de dar cuenta de eso.

De esta manera, tomando apoyo en la posición de S. Freud frente a los aportes provenientes del campo descriptivo y su relación con el psicoanálisis, sostenemos que, en principio, no se presenta inconveniente alguno en intentar la comprensión del fenómeno de autolesión tal como lo hemos definido aquí mediante su abordaje a través de la teoría psicoanalítica.

2. Método

2.1. Diseño emergente y flexible

Esta investigación, comprendida en el marco teórico del psicoanálisis, se llevó a cabo mediante lo que en el campo metodológico llaman un diseño emergente y flexible. No tuvo un diseño previo en el que cada paso dado por el investigador ya se encontraba minuciosamente estructurado y detallado. Un diseño emergente es aquel que se estructura a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación, es decir, sobre la plena marcha de ésta. El diseño es flexible en cuanto se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas de las cuales no se pueda salir. Cada avance puede producir una resignificación y reajuste de lo anterior. En estos diseños el proceso metodológico apunta a la resolución del problema general de investigación y no se ciñe necesariamente al contraste de hipótesis o supuestos iniciales, ya que los mismos -si los hubiere- son sólo orientadores y pueden ser reformulados y/o desechados a medida que se avanza en la producción del conocimiento.

De esta forma, a partir de lo que fuimos encontrando y elaborando, desplegamos ideas cuyo valor heurístico fuimos poniendo a prueba en el marco de la teoría y los casos. Muchas de ellas se descartaron o se reformularon a medida que avanzábamos, en un tránsito que se sucedía a diferentes velocidades y nunca de manera lineal, sino en un proceso espiralado con permanente revisión de lo anterior.

Asumimos los hallazgos de C. Azaretto y col. (2014), quienes, refiriéndose a la cuestión del método que en la actualidad se utiliza en las investigaciones psicoanalíticas desde la perspectiva lacaniana, afirman que:

Lo particular del psicoanálisis parece ubicarse en el tratamiento preciso y riguroso de los fenómenos de su campo, en el sentido de alcanzar el mayor grado de formalización posible por vía de la lógica y la matemática no reducida a la cantidad. (p. 23)

Además, estas autoras destacan la supremacía de la clínica en cuanto base empírica de esas investigaciones psicoanalíticas. Reconocemos en S. Freud la

insistencia en las observaciones clínicas, en el diseño y la construcción de casos. De esta forma, el término “observación” se aplica al “establecimiento de un texto, base material del análisis y la elaboración teórica” (p. 24).

2.2. Estudio de casos

Pretendemos que las propuestas a las que arribe esta tesis se fundamenten en la coherencia conceptual dentro del marco teórico psicoanalítico y en el análisis del material correspondiente al estudio de casos.

Como ya fuera mencionado previamente, el *saber clínico*, al cual esta tesis aspira contribuir, está constituido por la constante tensión entre la referencia a la inmediatez de lo real clínico y el recurso al trabajo conceptual.

El estudio de casos es una estrategia de investigación adecuada para comprender las dinámicas presentes en situaciones singulares, permite investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren. No reduce los fenómenos a un pequeño número de variables, sino que permite considerarlos desde múltiples enfoques. Facilita la exploración en forma profunda y la obtención de un conocimiento amplio dando lugar a la aparición de nuevos fenómenos e hipótesis.

Bajo esta estrategia, los casos estudiados son considerados como entidades complejas. No se establecen situaciones de tipo experimental. El saber no se legitima por la cantidad de sujetos o de casos estudiados, sino por las cualidades de los mismos en cuanto a su aporte valioso a la comprensión de lo estudiado.

Siguiendo la conceptualización de Robert E. Stake (2010), podemos decir que en esta investigación realizamos un *estudio colectivo de casos*. Dicho autor sostiene que este tipo de estudio considera más de un caso con el propósito de obtener un conocimiento más general, y el uso de cada caso es de tipo *instrumental*, es decir, se utiliza con la finalidad de conseguir la comprensión de algo distinto del caso concreto en sí mismo.

Por su parte, consideramos que, para el psicoanálisis, el relato de un caso clínico no constituye una memoria objetiva de lo vivido o sucedido al sujeto. El caso clínico no es una presentación de hechos de la vida del analizante, tampoco es una historia clínica o sucesión cronológica de síntomas. Lo que interesa son los dichos del sujeto respecto a lo que le sucede, la subjetividad manifestada en esos dichos. En psicoanálisis, la

presentación y/o el análisis de un caso clínico no tiene un formato estándar ni es protocolarizable.

Al decir de J-D. Nasio (2001), un caso es una ficción y el mismo puede tener una función heurística. Esto se produce cuando el caso excede su rol de ilustración y de metáfora para llegar a ser en sí mismo generador de conceptos. La fecundidad demostrativa de un ejemplo clínico es a veces tan fructífera que vemos proliferar nuevas hipótesis que enriquecen y consolidan la trama de la teoría.

Asimismo, cabe recordar que la elaboración teórica en psicoanálisis no se nutre sólo de la elaboración de casos clínicos bajo tratamiento psicoanalítico. También es valioso el material literario -considérese p. ej. las teorizaciones que se originan en los numerosos estudios psicoanalíticos de Hamlet, el personaje de W. Shakespeare-, el material autobiográfico -p. ej. el análisis realizado por S. Freud (1911/1986) de las "Memorias de un neurópata" de D. P. Schreber-, u otro material textual que pueda dar cuenta de la subjetividad y echar luz sobre sus procesos y funcionamiento. Estos materiales pueden ser considerados al modo de casos, ya que son pasibles de recibir el mismo análisis que la presentación de un caso clínico.

Para esta tesis, preferimos no incluir casos de la propia clínica del tesista. Tomamos esta decisión con el propósito de evitar construir y presentar los casos bajo la incidencia involuntaria de las expectativas de aquello que se quiere encontrar o demostrar. Por ende, nos parece de sumo valor heurístico que los aportes teóricos propuestos por nosotros puedan ser sostenidos en el análisis de casos presentados por otros autores que fueron ajenos al interés de esta tesis.

También es conveniente aclarar que un mismo material clínico expuesto en un caso puede ser sometido a diferentes lecturas desde el mismo marco teórico psicoanalítico, dando lugar a comprensiones nuevas y/o diferentes a la del propio autor.

En esta tesis, los casos son presentados mayormente al modo de viñetas, es decir, no en lo correspondiente a toda su extensión ni en forma necesariamente exhaustiva, sino atendiendo a aquellos elementos significativos en relación a lo que se quiere transmitir o trabajar a partir del mismo.

2.3. El trabajo con los textos

En cuanto al trabajo investigativo con los textos de casos y referencias bibliográficas, es difícil explicitar el proceso que se lleva adelante para el análisis y la producción conceptual dentro del psicoanálisis. Sin embargo, mencionaremos elementos formulados por algunos autores y que han sido tenidos en cuenta a lo largo de este trabajo.

P. H. Cancina (2008), como así también H. Gallo y M. E. Ramírez (2012), realizan aportes metodológicos referidos al psicoanálisis y la investigación al considerar el denominado *paradigma indiciario*. Se considera a Carlo Ginzburg como el introductor de este paradigma en las ciencias conjeturales, especialmente en la historia; y se reconoce en S. Freud una importante afinidad con el mismo. Bajo este paradigma, se consideran las señales, los detalles, los indicios que a menudo son dejados de lado, no reconocidos o rechazados desde otras perspectivas. Aquí no se trata de lo cuantificable, como tampoco de algo del orden de lo repetible al modo experimental.

Hablar de un indicio consiste en establecer algo observable al modo de una señal a partir de la cual se puede realizar una inferencia o deducción de alguna otra cosa de la cual no se tiene conocimiento aún. Por nuestra parte, trabajaremos sobre los aportes realizados al tema por los distintos autores del campo psicoanalítico y descriptivo al modo de una cantera de indicios que nos servirán para el armado de nuestra contribución al saber clínico sobre el tema.

Si acercamos nuestra investigación a las búsquedas detectivescas, diremos que los indicios son marcas, huellas, señales que ofrecen pistas sobre lo que se investiga. Cuando se comienza una búsqueda investigativa, lo primero que aparecen son estos rastros y los mismos constituyen un punto de partida para elaborar las hipótesis sobre un caso.

Como otro aporte metodológico, en cuanto al modo de trabajo con las referencias a otros textos, tomamos lo referido por H. López (2003). Este autor explica que, si se pretende que las referencias de un texto “digan algo”, las mismas requieren de una lógica enunciativa donde el sentido de los enunciados no se sostenga de sí mismos, sino de la relación establecida entre ellos, lo cual requiere de un trabajo y ése es el trabajo del investigador, hacer hablar a la letra. Alcanzar un nivel conceptual va más allá del trabajo de yuxtaponer referencias para reducir su dispersión. La yuxtaposición no es organización ni tampoco serie.

Por ello, nuestro trabajo con las referencias implicó, más allá de su búsqueda, un esfuerzo por ordenarlas, relacionarlas, encontrar categorías organizadoras y puntos críticos, de manera que las mismas “hablen” y que también pudieran aparecer así aquellos indicios necesarios que ayudaron a la formulación de nuestra propuesta.

Por último, frente a la pregunta *¿Cómo leer?*, nos parecen pertinentes los aportes de H. Martínez (2006), quien recurre a los aportes de J. Allouch (1984), el cual nos remite a una técnica que denomina “leer con el escrito”. Ésta consiste en poner en relación lo escrito con el escrito, lo que se llama una transliteración. Se trata de una operación simbólica que pretende escribir ajustando lo escrito al escrito. La lectura se confía al escrito, se deja engañar por el escrito, acepta dejar que el escrito la maneje a su antojo. “De esta forma el escrito adquiere el estatuto de sujeto, y el analista investigador se coloca en la dimensión del que encuentra, dejándose sorprender por lo que el escrito tiene para decir(le)” (Martínez, 2006, p. 40).

PARTE II

ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

3. Indicios en el campo descriptivo

Se resumen y ordenan aquí los principales aspectos descriptivos concernientes al conocimiento del fenómeno de autolesión sin intención suicida que se encuentran en la literatura científica de carácter internacional. Como ya se explicó, tanto estos aportes descriptivos como los realizados por los autores del campo psicoanalítico, conformarán una cantera de indicios que servirán para el armado de nuestra contribución al saber clínico sobre el tema.

3.1. Dificultades terminológicas y semánticas

Una de las dificultades que surge al buscar el conocimiento psicológico existente acerca de los comportamientos en los cuales un individuo se realiza a sí mismo una lesión corporal voluntaria sin intención suicida, consiste en que los términos que hacen referencia a estos fenómenos son diversos. Entre ellos, se destacan los siguientes: autoagresión, autoinjuria, autodaño, automutilación, autodestrucción, daño o lesión autoinfligida, autolesión, autolesión no suicida, autoincisión y *cutting*. De esta manera, observamos que no se encuentra un consenso establecido entre los investigadores en cuanto al uso terminológico adecuado para circunscribir estos fenómenos. Además, cada uno de estos términos puede tener diferentes definiciones. Otras veces, no se encuentran definiciones explícitas y claras sobre el alcance que se les da a estos términos. Debido a todo esto, podemos afirmar que existe cierta dispersión terminológica y semántica en lo referente al tema.

Como se mencionó más arriba, en esta investigación hemos adoptado el término “autolesión” y el significado que le asigna la Real Academia Española (2014) al mismo, para nombrar a los fenómenos en los que nos encontramos con un “daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo”. Y hemos indicado explícitamente que nos interesan las autolesiones *no suicidas*, es decir, aquéllas en las cuales no se encuentra la intención de quitarse la vida.

Estas aclaraciones son importantes debido a que puede hallarse el uso del término “autolesión” con otros sentidos. Mencionaremos tres casos por ser los más destacados:

1.- Usos del término “autolesión” en los cuales no se tiene en cuenta lo *voluntario* del acto que conduce al daño físico de sí mismo. Esto amplía en forma excesiva el significado, que incluye una serie de fenómenos muy diversos, por ejemplo, enfermedades autoinmunes, lesiones psicosomáticas, lesiones accidentales, etc.

2.- Usos del término “autolesión” cuya definición ya implica necesariamente una intención no suicida específica, por ejemplo, liberar tensión emocional. Esto restringe severamente el sentido que nosotros hemos adoptado para el término y deja sin un nombre claro a algunos otros daños físicos voluntarios de sí mismo que presenten otra intención diferente a la indicada en la definición, por ejemplo, autolesiones que busquen un fin estético.

3.- Usos que circunscriben el término “autolesión” sólo a fenómenos psicopatológicos, excluyendo las conductas de autodaño voluntario no suicida que forman parte de prácticas sociales, culturales y/o religiosas, o bien, que impliquen finalidades estéticas como la realización de tatuajes, *piercing*, etc., o cualquier otra que no sea considerada patológica por el autor. Esto implica restringir los fenómenos de autolesión en función de aceptar cierta particular concepción de salud/enfermedad, imprimiéndole al concepto una carga valorativa por sobre lo descriptivo.

Otra denominación que merece nuestra atención, ya que se ha utilizado mucho en los inicios del estudio de los fenómenos de autodaño voluntario no suicida, es la de *automutilación*. Este término se ha usado por algún tiempo con significados similares a los que se le adjudican al término autolesión. Sin embargo, en la actualidad, se observa una mayor diferenciación entre ambos, ya que se asume la existencia de distinciones entre “lesionar” y “mutilar” el cuerpo. Toda mutilación implicaría necesariamente una lesión, pero no toda lesión conduce a una mutilación, ya que esta última supone una lesión que arranca una parte del cuerpo o que suprime una función fisiológica del mismo. Por tanto, es importante no confundir estos términos y mantener esta diferencia a nivel de los fenómenos lesivos, ya que puede conducir a concepciones distintas a nivel explicativo o teórico.

Otro de los términos bajo el cual pueden aparecer mencionados los comportamientos en los que alguien se lesiona voluntariamente el cuerpo sin intención suicida, puede ser el de “autoagresión”. Sin embargo, esta locución no suele presentar

una definición explícita y precisa. Por lo general, suele englobar mucho más que fenómenos autolesivos ya que, en principio, incluye agresiones contra sí mismo que no necesariamente conllevan una lesión física corporal, por ejemplo, agresiones verbales. Del mismo modo, tampoco se reduce a agresiones voluntarias. En todo caso, en términos descriptivos, la autolesión podría ser considerada como una de las formas posibles de la autoagresión.

Una expresión de más reciente aparición para aludir al daño voluntario a sí mismo sin la intención suicida es *cutting*, término tomado directamente del inglés². En algunos casos, esta locución suele usarse en forma indistinta e intercambiable con el de autolesión. Sin embargo, presenta un sentido más restringido que el que aquí le damos a “autolesión”, ya que lo más común es que se le asigne una significación patológica, no suicida, y una finalidad o intención ya especificada en la definición del mismo. Asimismo, a veces sólo hace referencia a un tipo específico de autolesiones consistentes en una clase especial de cortes superficiales en la piel, dejando excluidas otras formas de lesiones corporales, como, por ejemplo, las quemaduras o los golpes. De aquí que algunos autores traducen el término *cutting* como “autoincisión” cuando lo quieren expresar en español. De todas formas, la reciente utilización del término *cutting* para referirse a estos fenómenos no debe pasar desapercibida, ya que brinda evidencia en favor de considerar la novedad e importancia actual del tipo de fenómeno autolesivo al que hace referencia, el cual remite, en gran parte, a aquellas específicas funciones subjetivas menos estudiadas de los fenómenos de autolesión en las que nos enfocaremos más adelante.

Pensamos que todo lo dicho constituye un elemento más que alimenta la necesidad de que los investigadores construyan y adopten criterios que aporten mayor clarificación en lo referente al uso terminológico y conceptual que se da dentro del campo de la autolesión.

² Según el Diccionario Collins de consulta en línea, en cuanto sustantivo, el término *cutting* puede traducirse como “esqueje”, “recorte”, “montaje”, “desmonte” y “zanja”. Collins (s.f.). *Cutting*. *Diccionario de inglés-español*. Recuperado el 15 de septiembre de 2023, de <https://www.collinsdictionary.com/es/diccionario/ingles-espanol/cutting>

3.2. Autolesión no suicida, suicidio e intento de suicidio

Un comentario aparte merece la relación que se establece entre la autolesión no suicida y el suicidio. Por mucho tiempo, la distinción entre autolesión no suicida, suicidio e intento de suicidio no se estableció con claridad; sin embargo, gradualmente, muchos investigadores fueron reconociendo diferencias entre los mismos, precisando que la autolesión podría implicar una prevención o demora del suicidio; incluso se llegó a utilizar el término “anti-suicidio” para referirse al fenómeno autolesivo (Yates, 2004).

De todas formas, a pesar de esta distinción, la autolesión no suicida, el intento de suicidio y el suicidio están a veces relacionados: las personas que se autolesionan se encuentran significativamente próximas al suicidio y la ideación suicida se encontró en el 28-41% de casos de autolesión. De todas maneras, el 85% de los eventos de autolesión se realizan con la meta de aliviar tensión más que con la meta de finalizar la vida (Yates, 2004). En favor de esta distinción, encontramos, por ejemplo, que Fulwiler y col. (1997) concluyen que los prisioneros con autolesiones no suicidas y los prisioneros con intentos de suicidio presentan marcadas diferencias clínicas en cuanto a sus presentaciones e historias.

3.3. Invisibilidad de los fenómenos de autolesión no suicidas

En los últimos años, parece haber incrementado el interés científico por el fenómeno de las autolesiones no suicidas. Un indicador de ello es el aumento de las publicaciones sobre el tema en los últimos 10 a 15 años en las revistas internacionales. En esas publicaciones, se menciona que este fenómeno no se produce en forma exclusiva en individuos que comprenden poblaciones recluidas o privadas de libertad (Por ej.: penales, comisarías, correccionales, reformatorios), sino que también se observa tanto en sujetos internos en instituciones psiquiátricas y psicológicas, como en la población general. A pesar de ello, la autolesión no suicida presenta cierto carácter de invisibilidad a nivel social, ya que una parte importante de los casos la lesión no requiere de asistencia médica, de manera que no se establece ningún registro de ella en organismos públicos o privados. Por otro lado, también se sabe que, por diferentes motivos, muchas veces la autolesión no suicida es mantenida en secreto por su autor y pasa desapercibida incluso para las personas cercanas. Además, en los centros médicos

de atención (por ej.: guardias hospitalarias), a pesar de ser frecuente la realización de curaciones de heridas, la proporción de casos de autolesión no suicida es difícil de establecer dado que en general los registros de estos servicios no discriminan con la suficiente finura como para permitir la identificación de los mismos, pudiendo quedar asentados como una mera curación de una lesión sin clasificarse como autolesión no suicida, u otras veces puede quedar confundido con un intento de suicidio (Yaryura-Tobias y col., 1999).

3.4. Prevalencia del fenómeno de autolesión no suicida

A pesar de las dificultades mencionadas en el registro de estos fenómenos, diferentes investigadores trataron de establecer tasas de la autolesión no suicida. Sin embargo, su valoración general no es fácil de establecer debido a que los estudios pueden variar en cuanto al concepto mismo de autolesión, pudiendo presentar conceptos más o menos restringidos, con su consecuente aumento o disminución de la estimación de la tasa.

Favazza y Conterio (1988) calcularon la prevalencia de la autolesión en la población general de Estados Unidos en 750 cada 100 000 personas (0,75%), aunque notaron que es mucho mayor en personas de 15 a 35 años, aproximadamente 1800 cada 100 000 (1,8%). Briere y Gil (1998) encontraron que, en una muestra de encuestados de la población general de Estados Unidos, el 4% reportó autolesiones, mientras que en una muestra de población clínica (internos y no internos), lo hizo el 21%, sin marcar diferencias entre varones y mujeres. Zoroglu y col. (2003) informan que, en una muestra de 862 estudiantes de una escuela turca, se encontró una tasa de autolesión del 21,4%. Akyus y col. (2005) estudiaron una muestra representativa de mujeres de la población general de una ciudad en Turquía central, encontrando que el 2,2% reportó autolesión. Doshi y col. (2005) afirman que, durante 5 años (1997 a 2001), el Departamento de Emergencias (EEUU) recibió aproximadamente 412 000 visitas anuales por intentos de suicidio y autolesión -el 4% de las visitas-, siendo la tasa anual 1,5 por cada 1000 ciudadanos estadounidenses. Además, informan que el promedio de las edades fue 31 años, siendo más común la visita de pacientes de 15 a 19 años, con una tasa del 3,3%. Kaplan y Sadock (2001) afirman que los estudios muestran que: (a) un 4% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos se lesionan cortándose, que (b) la

incidencia de autolesiones en los pacientes psiquiátricos supera más de 50 veces la población general, que (c) en los pacientes que ingresan en unidades de drogodependencia se encuentran autolesiones en el 30% de los consumidores de tóxicos por vía oral y en el 10% de quienes lo hacen por vía parenteral, y que estos pacientes suelen estar en la segunda década de la vida.

De lo anterior puede decirse que el fenómeno de la autolesión no suicida fue registrado con mayor preponderancia por esos investigadores en la etapa adolescente. Así mismo, Yates (2004) afirma que las tasas sobre la autolesión no suicida parecen incrementarse tanto en poblaciones clínicas como no clínicas; mientras que Richard (2005) sostiene que la autolesión no suicida es cada vez más frecuente entre adolescentes, y que en el futuro podría contribuir significativamente a la demanda de atención psiquiátrica.

3.5. Clasificaciones del fenómeno de autolesión no suicida

Favazza (1987/1996) fue uno de los primeros estudiosos en establecer una distinción significativa entre la automutilación (*self-mutilation*) producida en contextos grupales o ritualizados -llamada "modificación del cuerpo"- y la automutilación patológica (automutilación propiamente dicha); considerando que esta última debe ser clínicamente significativa y carecer de un significado culturalmente compartido, aunque sí puede tener un sustancial significado para el individuo (Favazza, 1998).

En 1979, Ross y McKay introducen una clasificación que distingue entre autodaño directo (por ej.: cortes, mordeduras, golpes, quemazones) y autodaño indirecto (por ej.: excesos de comida, abuso de sustancias, rehusarse a un tratamiento médico). Pattison y Kahan (1983) expanden esta clasificación considerando tres dimensiones del autodaño: (1) directo/indirecto, (2) letalidad: letal/no letal, (3) repetitividad: repetitivo/no repetitivo.

En 1990, Favazza y Rosenthal proponen una clasificación de la automutilación que ha sido ampliamente difundida. La más reciente edición de esta clasificación establece cuatro categorías (Simeon y Favazza, 2001): (a) *estereotipada*, se presenta comúnmente en individuos con severos trastornos del desarrollo y habilidades -por ej.: autismo, síndrome de Rett, síndrome de Lesch-Nyan, retardo mental, síndrome de Cornelia de Lange-, se ejecuta en forma independiente del contexto social y en forma

rítmica y repetitiva; (b) *Mayor*, automutilaciones dramáticas -por ej.: autocastración, enucleación- que conducen a un daño permanente y severo, usualmente ocurren como un evento aislado durante un episodio psicótico; (c) *compulsiva*, incluye conductas repetitivas o ritualistas que ocurren varias veces al día -por ej.: arrancarse los pelos, comerse las uñas, rascado o raspado- y son usualmente categorizadas en las nosografías psiquiátricas actuales como un trastorno del control de impulsos; (d) *impulsiva*, puede ser episódica o repetitiva. La episódica incluye eventos intermitentes de automutilación que típicamente producen liberación de tensión y elevan el humor. A veces, la automutilación impulsiva episódica puede convertirse en repetitiva, tomando una cualidad adictiva.

3.6. Características del acto autolesivo no suicida

Algunos estudios indican que la autolesión no suicida es frecuentemente precedida por una percepción o amenaza de pérdida que produce ansiedad o tensión que la persona es incapaz de verbalizar. Las experiencias de disociación y/o despersonalización a menudo preceden la urgencia de la autolesión no suicida. También algunos autores afirman que la autolesión no suicida es llevada a cabo típicamente en ausencia de dolor, y le sigue un alivio de tensión y un retorno temporario a la normalidad hasta que el ciclo comience nuevamente (Winchel y Stanley, 1991; Walsh y Rosen, 1988; Favazza y Conterio, 1989).

Aunque los individuos adoptan algún método preferido para realizar la lesión, muchos emplean varias modalidades. Favazza y Conterio (1988) informan que, en un estudio en el que participaron 250 sujetos que practicaban la autolesión no suicida (96% mujeres), el 78% dijo usar varios métodos. Los métodos más frecuentes reportados por ese estudio fueron: el corte de la piel (72%), seguido por la quemadura (35%), el golpe (30%), y la interferencia en la sanación de una herida (22%).

Se considera que la autolesión impulsiva es rara antes de la pubertad. Típicamente, los episodios de autolesión no suicida se inician en la adolescencia, tornándose recurrentes -en diversos grados- durante un periodo de años hasta que disminuyen en la adultez media (Favazza y Conterio, 1988).

3.7. Motivaciones

Hay pocos estudios empíricos que exploran las motivaciones individuales para la autolesión no suicida. Los sujetos informan varias razones, incluyendo liberación de tensión, descargar el enojo con uno mismo y/u otros, disminuir síntomas disociativos (por ej.: despersonalización y/o entumecimiento/anestesiamiento), calmarse, establecer límites con respecto a los otros, comunicar estrés, manipular el ambiente interpersonal, aliviar sentimientos de alienación, aislamiento y angustia (Yates, 2004). Cabe mencionar que en la literatura se encuentra apoyo empírico que evidencia el “contagio social” de la autolesión no suicida, ya que se observan patrones epidémicos en ambientes institucionales como escuelas, hospitales y prisiones (Rosen y Walsh, 1989; Andrews y col., 1997; Richard, 2005; Lieberman y Poland, 2006).

Así también, la literatura menciona casos de individuos que se producen lesiones para simular accidentes o enfermedades que les provean de un beneficio vinculado con aspectos legales -por ej.: cobrar seguros, no ser reclutados por el ejército, ingresar a un determinado país- (Dotzauer e Iffland, 1976; Andrews y col., 1997), como así también por el mero hecho de asumir el papel de enfermo sin ningún incentivo externo (algo propio del “trastorno facticio”).

3.8. Relación con la infancia

Se investigó la relación entre traumas infantiles y autolesión no suicida y se encontraron resultados que muestran asociaciones positivas entre ambos. Las experiencias infantiles que más se consideraron con relación a la autolesión no suicida fueron: la pérdida o carencia de padres, enfermedades crónicas, cirugías mayores, abuso sexual y físico y carencias emocionales. Sin embargo, los procesos que median estas asociaciones aún restan ser establecidos (Yates, 2004).

3.9. Discusión psicopatológica

Se estudió la asociación entre la autolesión no suicida y diferentes cuadros psicopatológicos. Como resultado de esto, se encontró que la autolesión no suicida está

vinculada a distintos trastornos mentales, tales como aquellos relacionados con el consumo de alcohol o drogas, los trastornos de la alimentación, los trastornos de personalidad –principalmente el trastorno límite de la personalidad en el cual la autolesión es un criterio diagnóstico–, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos disociativos, trastornos del control de impulsos, como así también con síntomas de ansiedad y depresión (Favazza y col., 1989; Favazza y Conterio, 1989; Favazza, 1998; Zlotnick y col., 1999; Fulwiler y col., 1997; Penn y col., 2003; Richard, 2005; Kumar y col., 2004; Matsumoto y col., 2004, 2005). Esta asociación no específica de la autolesión no suicida con otros diagnósticos mentales condujo a algunos clínicos e investigadores a sugerir una categoría diagnóstica propia para la misma. Por ejemplo, Favazza y Rosenthal (Favazza y Rosenthal, 1993; Favazza, 1998) establecieron el síndrome de automutilación reiterada o repetitiva, considerándolo un trastorno específico del control de impulsos dentro del eje I del DSM-IV. Otra manera de considerar esta asociación no específica es argumentar a favor de que la autolesión no suicida es un síntoma no específico de estrés, más que un trastorno específico; los investigadores afirman que resolver esta controversia requiere de una mayor investigación aún.

3.10. DSM-5: *Autolesión no suicida* como entidad autónoma

En relación con la discusión recién mencionada, la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) plantea, por primera vez, como una posible entidad autónoma a la denominada “autolesión no suicida”. La misma está incluida como una “afección que requiere mayor estudio”, es decir, que no constituye aún oficialmente un trastorno mental. En cuanto a las características diagnósticas de esta afección, el Manual indica que lo esencial es que:

El individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y ansias,

ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y numerosas.

Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja u otro objeto afilado. Entre las zonas de lesión frecuentes están la región frontal de los muslos y la cara dorsal del antebrazo. Una sola sesión de lesiones puede conllevar una serie de cortes superficiales paralelos -separados por 1 o 2 centímetros- en una localización visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y finalmente dejarán un patrón de cicatrices característico.

Otros métodos utilizados incluyen clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado en una determinada zona, más habitualmente la parte alta del brazo, realizar una quemadura superficial con una colilla encendida, o quemar la piel frotándola de manera repetida con una goma de borrar.

La gran mayoría de los individuos que se producen autolesiones no suicidas no busca asistencia clínica. No se sabe si esto es así porque se considera estigmatizante referir los síntomas con precisión o porque el individuo que realiza estos comportamientos los vive de una manera positiva y carece de motivación para ser tratado.

Lo más habitual es que la autolesión no suicida comience en la adolescencia temprana, y puede continuar durante muchos años. (p. 804)

Con respecto a las tasas de prevalencia, el Manual dice:

Las tasas de prevalencia de la autolesión no suicida en los varones y las mujeres están más próximas que en el trastorno de comportamiento suicida, en el que el ratio mujeres-hombres es de alrededor de 3:1 o 4:1. (p. 804)

Históricamente la autolesión no suicida se consideraba patognomónica del trastorno de la personalidad límite. Ambas afecciones se asocian con varios otros diagnósticos. Aunque se asocian con frecuencia, los sujetos con autolesiones no suicidas no siempre presentan un trastorno de la personalidad límite (...). Los individuos con trastorno de la personalidad límite a menudo presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se asocia más a menudo con las fases de cercanía, con los comportamientos colaboradores y con las relaciones positivas. (p. 805)

Entonces, con el nacimiento de esta entidad (autolesión no suicida), podemos observar, en el campo de los aportes descriptivos, la individualización del fenómeno de autolesión y su ya no asociación necesaria con el trastorno límite de la personalidad; por ende, ya no queda indefectiblemente vinculado con las determinadas características de personalidad propias de ese trastorno. Por otro lado, el Manual aporta características y aspectos descriptivos del fenómeno totalmente ausentes en la descripción del fenómeno autolesivo correspondiente al Trastorno límite de la personalidad.

5.11. Fenómeno de autolesión no suicida y trastorno límite de la personalidad

Si bien, como acabamos de mencionar, en la nosografía descriptiva actual no todos los individuos que presentan el fenómeno de autolesión tienen un trastorno límite de la personalidad, ni tampoco todos los individuos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad presentan el fenómeno de autolesión, sigue siendo relevante considerar la descripción del Trastorno Límite (borderline) de la Personalidad, ya que es la categoría diagnóstica del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), que contempla al fenómeno de autolesión no suicida como un criterio diagnóstico de un trastorno específico. Cabe aclarar que el Manual, incluso en su última versión, conserva el uso del término “automutilación” para referirse a estos fenómenos.

Dicho Manual refiere que la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

La lectura pormenorizada de este trastorno es importante, porque permite establecer algunas características descriptivas relevantes del fenómeno de autolesión, tal como se presenta en este cuadro clínico. También permite inferir características subjetivas (o de la personalidad) y de la historia de vida con las cuales el fenómeno de autolesión puede encontrarse asociado. A continuación, sintetizamos estos tres tipos de características.

A.- Características del fenómeno de autolesión tal como se presenta en el cuadro de trastorno límite de la personalidad:

- El fenómeno de autolesión puede aparecer como un esfuerzo frenético para evitar un abandono (separación, rechazo o pérdida) y tener características impulsivas. Tal abandono puede ser real o imaginado. Los sujetos experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada, incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes.

- El fenómeno de autolesión puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

B.- Características subjetivas (o de la personalidad) con las cuales el fenómeno de autolesión puede encontrarse asociado:

- Cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna persona cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

- Intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas.

- Alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo.

- Impulsividad en áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos: pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente.

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes.

- Inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo al estrés interpersonal (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas): estado de ánimo básico de tipo disfórico que suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación.

- Sentimientos crónicos de vacío.

- Ira inapropiada e intensa o problemas para controlar la ira.

- Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización).

- Patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo (p. ej., dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener continuidad).

C.- Historia de vida con las cuales el fenómeno de autolesión puede encontrarse asociado: en las historias de la infancia son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental.

4. Indicios en la obra de S. Freud

4.1. El término “autolesión” en la obra de S. Freud. Relación con la pulsión de muerte

Se analizará en este apartado la aparición del término “autolesión” -o sus similares- en la obra de S. Freud, sus posibles significados y los aportes que pudieran tomarse en relación con el campo de las diferentes funciones subjetivas que pueden tener las autolesiones no suicidas.

En “Psicopatología de la vida cotidiana”, S. Freud (1901/1986) sostiene que “en casos graves de psiconeurosis suelen aparecer, como síntomas patológicos, unas lesiones autoinferidas, y nunca se puede excluir que un suicidio sea el desenlace del conflicto psíquico” (pp. 175-176).

S. Freud no da mayores precisiones descriptivas sobre esas “**lesiones autoinferidas**”³, sin embargo, el texto no deja dudas que se está refiriendo a lesiones realizadas en forma voluntaria o deliberada por el sujeto. Sobre las mismas podemos destacar:

- 1.- Aparecen en casos graves de psiconeurosis.
- 2.- Las sitúa como síntomas patológicos.
- 3.- Responden a un conflicto psíquico.
- 4.- Están emparentadas al suicidio a través de constituirse como efectos fenoménicos distintos surgidos del mismo conflicto psíquico subyacente. El suicidio sólo sería el desenlace final de ese mismo conflicto.

Si bien podríamos pensar que esta referencia freudiana remite al fenómeno de autolesión no suicida, está claro que alude a un tipo de autolesión cuyo vínculo con el suicidio y/o el intento suicida es muy estrecho. De esta forma, consideramos que la referencia no tiene alcance para la gran mayoría de las demás funciones subjetivas que pueden presentar los fenómenos autolesivos no suicidas que nos interesan, pero sí para

³ En la traducción al español de la obra freudiana correspondiente a la Colección de Biblioteca Nueva aparece como “automutilaciones”. [Freud, S. (2011). Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Tomo I. El Ateneo. p. 867].

un tipo específico de ellas: una función que, como más adelante se propondrá, sin ser suicida en sí, comparte con el suicidio y el intento suicida cierto trasfondo psíquico común.

En ese mismo texto, S. Freud hace mención a **“autolesiones semideliberadas”**⁴; con ello alude a daños en apariencia casuales o accidentales, pero que en verdad son lesiones que los mismos pacientes se infligieron con un propósito inconsciente. Estas autolesiones semideliberadas son explicadas por S. Freud a partir de proponer, en estos sujetos, una tendencia a la autopunición en permanente acecho, que ordinariamente se exterioriza como autorreproches o presta su aporte a la formación de síntoma. S. Freud sostiene que esta tendencia autopunitiva saca hábil partido de una situación externa que, por casualidad, se le ofrece, o aun ayuda a crearla hasta alcanzar el efecto dañino deseado.

Las autolesiones semideliberadas mencionadas por S. Freud no conforman el fenómeno de interés de esta investigación, ya que hemos aclarado que nos ocuparemos del comportamiento que produce daños en el propio cuerpo de manera voluntaria, intencional y/o deliberada. De todas formas, retenemos la idea freudiana de una tendencia a la autopunición -que hoy adjudicaríamos a la pulsión de muerte- como un concepto que puede ser considerado a la hora de comprender el fenómeno de la autolesión.

Acerca de estas autolesiones semideliberadas, S. Freud agrega a pie de página un comentario en el que aparece la expresión “autolesión”. Allí afirma que, en su contexto cultural, la **“autolesión que no apunte al total autoaniquilamiento”**⁵ (p. 176) -es decir, la autolesión no suicida- no tiene otra alternativa que esconderse tras la casualidad -es decir, aparecer como semideliberada- o abrirse paso mediante la simulación de una enfermedad espontánea. De esta forma es que S. Freud le otorga, en aquel entonces, pocas posibilidades a la aparición directa y franca de un fenómeno de autolesión no suicida. Sin embargo, considera que, en tiempos antiguos, tal clase de autolesión era uno de los signos usuales del duelo y, en otras épocas, pudo expresar tendencias piadosas y de retiro del mundo.

⁴ En la traducción al español de la obra freudiana correspondiente a la Colección de Biblioteca Nueva aparece como “automaltratos semiintencionados”. [Freud, S. (2011). Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Tomo I. El Ateneo. p. 869].

⁵ En la traducción al español de la obra freudiana correspondiente a la Colección de Biblioteca Nueva aparece como “automaltrato que no se propone una completa autodestrucción como su finalidad”. [Freud, S. (2011). Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Tomo I. El Ateneo. p. 868].

En estos comentarios, podemos observar la consideración freudiana acerca de los condicionamientos que pueden sufrir las presentaciones del fenómeno de autolesión no suicida según la época y/o la cultura en la que se produzcan. El aspecto de ocultamiento, destacado por S. Freud en aquel entonces, constituye un rasgo que también aparece con frecuencia en algunos de los fenómenos autolesivos no suicidas actuales. Sin embargo, en los casos contemporáneos que nos interesan, no se trata de esconderlos tras la casualidad, sino que usualmente se oculta todo el comportamiento en sí mismo y sus rasgos visibles.

Otra aparición del término “autolesión” en la obra de S. Freud se da en la conferencia número 34, llamada "Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones", donde menciona la “**autolesión neurótica**”⁶ (Freud, 1933/1986). La aparición del término se da en el contexto en que S. Freud enuncia una crítica hacia la llamada psicología individual de A. Adler. Allí, aducirá que esta psicología le adjudica a “la voluntad de imponerse a los demás, de sobrecompensar su inferioridad” el motivo impulsor de cualquier estado psicológico. En relación a esto S. Freud dirá:

Desde luego, algo tiene que haber de correcto en esta doctrina de los psicólogos individuales: una partícula que ellos confunden con el todo. La pulsión de autoafirmación intentará sacar partido de cada situación, el yo querrá sacar ventaja también de la condición de enfermo. En el psicoanálisis se llama a esto «ganancia secundaria de la enfermedad». No obstante, es seguro que si uno piensa en los hechos del masoquismo, de la necesidad inconsciente de castigo y de la autolesión neurótica pondrá en duda también la validez universal de esa verdad de perogrullo sobre la que ha levantado su edificio doctrinario la psicología individual. (p. 131)

Puede inferirse que, en este comentario freudiano, se está haciendo alusión al no reconocimiento, por parte de la psicología individual de A. Adler, de la pulsión de muerte propuesta por S. Freud y al conflicto que se produce entre ésta y las pulsiones de vida para dar lugar a todos los fenómenos psíquicos. S. Freud parece mencionar a “los

⁶ En la traducción al español de la obra freudiana correspondiente a la Colección de Biblioteca Nueva aparece como “neuróticos malos tratos infligidos a sí mismos”. [Freud, S. (2011). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Tomo III. El Ateneo. p. 3181].

hechos del masoquismo, de la necesidad inconsciente de castigo y de la autolesión neurótica” como fenómenos donde la incidencia de la pulsión de muerte sería ineludible.

Ahora bien, a pesar de esa nueva aparición del término “autolesión”, tampoco contamos aquí con mayores aclaraciones descriptivas que permitan una mejor especificación del tipo de fenómeno autolesivo al que alude. Sin embargo, todo hace pensar que, con la expresión “autolesión neurótica”, S. Freud estaría refiriéndose nuevamente a aquella autolesión cuya función subjetiva se encuentra relacionada estrechamente con el suicidio. En este momento de su producción, S. Freud no duda en recurrir al concepto de pulsión de muerte como elemento para la comprensión de dicha autolesión. Además, basándose en la pulsión de muerte, realiza una puesta en común de esa autolesión con otros fenómenos: los hechos correspondientes al masoquismo y a la necesidad inconsciente de castigo.

Luego de este recorrido, estamos en condiciones de afirmar que, si bien en la obra de S. Freud aparecen expresiones tales como “lesión autoinferida”, “autolesión” y “autolesión neurótica”, el padre del psicoanálisis no se detuvo a formular un concepto descriptivo ni psicoanalítico de “autolesión”, sino que, parece usar el término en un sentido corriente y sin densidad teórica. Sin embargo, las expresiones mencionadas, aparecen primordialmente relacionadas con la noción psicoanalítica de pulsión de muerte y algunas de sus diferentes manifestaciones y efectos: suicidio, autopunición, masoquismo. Por todo ello, como luego se propondrá, pensamos que estas elaboraciones freudianas son importantes para hacer referencia y caracterizar a solo un tipo de función subjetiva de los fenómenos autolesivos no suicidas.

4.2. El ataque de furia: ¿autolesión y vuelta hacia la propia persona?

Otra referencia freudiana que podríamos relacionar con el fenómeno de autolesión no suicida es la concepción del ataque de furia que se encuentra en “Esquema del psicoanálisis”. Allí, S. Freud (1938/1986) no utiliza el término “autolesión” sino que expresa una lectura acerca de dicho ataque. Lo describe como la situación en la que el sujeto se arranca los cabellos y se golpea el propio rostro con los puños. Explica que retener la agresión puede ser insano y producir un efecto patógeno. El ataque de furia es un ejemplo de esa situación, ya que ilustra el pasaje desde una agresión dirigida al exterior -pero que ha sido impedida- hacia la destrucción de sí mismo mediante la vuelta

de la agresión hacia la persona propia; tal hecho resulta claro para S. Freud, ya que para él es evidente que esa persona habría preferido infligir a otro el trato destructivo que ejerce sobre sí.

A partir de esta referencia sobre el ataque de furia, en el cual un sujeto ejerce un trato agresivo sobre su propio cuerpo, podríamos preguntarnos por el posible papel del mecanismo de la vuelta hacia la persona propia en la génesis del fenómeno de autolesión no suicida. Todo esto iría en línea con lo mencionado en el apartado anterior, ya que se reafirmaría la incidencia fundamental de la pulsión de muerte como trasfondo de cierta función subjetiva de los fenómenos de autolesión no suicidas.

5. Indicios en la obra de J. Lacan: “incisión” y “automutilación”

Al indagar la obra de J. Lacan en busca de referencias acerca del fenómeno de autolesión no suicida, encontramos pertinente hacer mención a lo trabajado por él acerca de la *incisión* y la *automutilación*.

En el Seminario 11 “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, J. Lacan (1999) realiza una referencia muy interesante acerca de las incisiones propias de los tatuajes y las escarificaciones. Allí, alude a la libido como “órgano irreal” y menciona que el tatuaje y la escarificación son formas antiguas de encarnar en el cuerpo aquel órgano irreal. J. Lacan les adjudica a estas “incisiones” la función de “ser para el Otro”, de situar en él al sujeto, señalando su puesto en el campo de las relaciones de grupo. A su vez indica que tienen una función erótica evidente.

Entendemos que este señalamiento lacaniano sobre la incisión corporal puede ser útil para la comprensión de cierta función subjetiva que algunas autolesiones no suicidas pudieran tener. En esta función, se destaca el valor que tiene la incisión para que el sujeto tome un determinado lugar en el Otro y se regulen las relaciones con los demás. La incisión está destinada a cumplir una función simbólica ordenadora dentro del marco de un grupo cultural, a la vez que tiene un rol erótico y libidinizador del cuerpo.

Por su parte, en “La agresividad en psicoanálisis”, J. Lacan (1984) se había referido a esta cuestión. En relación a la imago del cuerpo fragmentado, escribió:

Hay una relación específica del hombre con su propio cuerpo que se manifiesta igualmente en la generalidad de una serie de prácticas sociales- desde los ritos del tatuaje, de la incisión, de la circuncisión, en las sociedades primitivas, hasta en lo que podría llamarse lo arbitrario de la moda, en cuanto que desmiente en las sociedades avanzadas ese respeto de las formas naturales del cuerpo humano cuya idea es tardía en la cultura. (pp. 97-98)

En línea con la anterior referencia, esta cita nos alerta acerca de las relaciones entre las prácticas sociales y los vínculos que establece el ser humano con su cuerpo, haciendo caer la idea de un cuerpo puramente natural, ni siquiera en las culturas llamadas primitivas. De esta forma, el cuerpo y la relación que establecemos con él,

quedan atravesadas por la cultura y, así, ciertos fenómenos establecidos socialmente (p. ej. escarificaciones, incisiones, circuncisiones, tatuajes rituales, etc.) son entendidos como prácticas sociales que adquieren sentido sólo en dichos contextos culturales.

En cuanto al término “automutilación”, nos parece importante destacar el uso que realiza J. Lacan (1999) en el Seminario 11. Allí encontramos la siguiente referencia:

Aquí es donde yo afirmo que el interés del sujeto por su propia esquizia está ligado a lo que la determina –a saber, un objeto privilegiado, surgido de alguna separación primitiva, de alguna automutilación inducida por la aproximación misma de lo real, que en nuestra álgebra se llama objeto *a*. (p. 90)

Entendemos aquí que J. Lacan utiliza el término “automutilación” para referirse a una operación psíquica vinculada con la realización de una separación primitiva que hace surgir un objeto privilegiado, cuyo nombre es objeto *a*, y el cual determina la escisión del sujeto.

Esta referencia lacaniana a la automutilación es interesante y sugerente para pensar si podría establecerse alguna relación entre esa operación psíquica de separación, en la que surge el objeto *a*, y los fenómenos de autolesiones no suicidas que son de interés en esta tesis. Más adelante, se podrá constatar cómo algunos autores psicoanalíticos contemporáneos remiten ciertos fenómenos autolesivos a dificultades con respecto a esa operación.

6. Indicios en psicoanalistas contemporáneos

En los textos de psicoanalistas contemporáneos que inscriben sus producciones en el marco de las conceptualizaciones freudianas y lacanianas, fueron encontradas diversas referencias relacionadas con el fenómeno de autolesión no suicida. Al igual que en los aportes provenientes del campo descriptivo, además del término “autolesión”, los autores se refieren a estos comportamientos utilizando diferentes denominaciones: autocortes, autoincisiones, autoagresiones, automutilaciones, *self-injury* o *cutting* - términos tomados directamente de la lengua inglesa-, mutilaciones autoprovocadas, tajeamiento o, simplemente, cortes en el cuerpo.

Como quedará expuesto más adelante, los psicoanalistas usan mayormente esos términos con un sentido corriente y/o descriptivo. Mediante esas expresiones remiten al fenómeno que se les presenta en la clínica, sin que con ello quede implicado el establecimiento de un concepto teórico dentro del psicoanálisis. Como intento explicativo de estos fenómenos, recurren a conceptos ya existentes, ya sea vinculándolos a ellos, o bien incluyéndolos como un fenómeno más que puede ser abarcado por el concepto.

Encontramos algunas teorizaciones elaboradas a partir de la práctica clínica y otras surgidas de la consideración de fenómenos autolesivos realizados en prácticas adolescentes que han alcanzado divulgación social.

A continuación, exponemos las nociones relacionadas con el fenómeno de autolesión no suicida encontradas en los diferentes autores.

6.1. Bulacio: autolesión como actuación autoagresiva

B. J. Bulacio (1986) nos habla de “experiencias de autoagresión” y refiere que las mismas pueden asumir variadas manifestaciones: desde la ingesta de drogas u otras sustancias tóxicas, ya sea por vía oral o parenteral, pasando por mutilaciones autoprovocadas de la superficie corporal, hasta distintos grados de afección psicosomática. El fenómeno más específico sobre el cual teoriza es mencionado como “actuación autoagresiva, bajo la forma de lesión cortante en la superficie corporal” (p. 44). Tanto este fenómeno como las características subjetivas que le adjudica a los

individuos que lo realizan, refieren a un grupo particular de sujetos: varones que se encuentran en una situación de institucionalización terapéutica debido al consumo problemático de drogas. De aquí que el fenómeno de autoagresión que allí se observa pueda tener un fuerte vínculo con aspectos institucionales y grupales propios de esos ambientes.

Con respecto a las características subjetivas mencionadas para estos jóvenes encontramos: bajo nivel de tolerancia, dificultad en la postergación de impulsos, necesidad de alguien que se ocupe de ellos, profunda carencia afectiva, reclamo de atención y exigencia de puesta de límites permanente. En lo que podríamos pensar como características de la situación desencadenante de la actuación autoagresiva, B. J. Bulacio (1986) menciona: momentos límites de frustración; se manifiesta una tendencia a la descarga emocional -por vía motora- en forma inmediata sin capacidad de postergación o mediación simbólica (actuación); se produce un estado confusional de la conciencia y la presencia de incontrollables ansiedades de carácter psicótico; hay un colapso de la identidad, vivencia de indefensión y fantasías de muerte en torno a un estado de ausencia, falta o vacío (estar carenciado) de naturaleza muy primaria y regresiva. Esto se acompaña por un estado de exigencia sobre el otro por la satisfacción de una demanda o requerimiento; tal demanda oculta una demanda de amor. El autor refiere que la conducta autoagresiva surge en circunstancias clave del tratamiento, en particular cuando el asistido ha reiniciado los contactos con su grupo familiar en el medio institucional. La hipótesis que sostiene B. J. Bulacio (1986) establece una relación de equivalencia entre la experiencia toxicomanígena y la conducta de autoagresión.

A lo largo del texto de B. J. Bulacio (1986) irán apareciendo diferentes significaciones para este tipo de comportamiento autoagresivo, sin quedar explicitado si todas ellas estarían siempre presentes o no, o bien, cómo sería la articulación entre las mismas; de manera que deja el interrogante acerca de la compatibilidad entre ellas. Sintetizamos en cuatro las significaciones encontradas:

1.- La “actuación autoagresiva” busca despertar interés sobre las circunstancias por las que el joven está atravesando en personas significativas del medio exterior a la institución.

2.- El autor también le adjudica al fenómeno una significación vinculada a la “cultura grupal”, ya que la misma le brinda al sujeto una identidad y un estatus en su grupo.

3.- Otra significación consiste en entender este fenómeno a partir del concepto de identificación narcisista, a través de la cual el cuerpo es imaginario como el cuerpo de otro y, por tanto, la tendencia autoagresiva es en verdad dirigida a ese otro. En este sentido, el fenómeno se explica mediante el mecanismo de la vuelta contra sí mismo.

4.- Al igual que en la adicción, en el comportamiento autoagresivo se naufraga una pérdida y se expresa un intento de evocación del objeto (perdido). La autoagresión se vincula con un “fantasma de muerte”, caracterizado por el retorno del objeto de deseo: reconquistar la primitiva unión con el cuerpo materno, como evitación de la angustia, el sentimiento de indefensión o el displacer. Una restitución narcisista que suture la herida del sujeto. El fantasma de la muerte viene a obturar aquel primitivo abandono.

6.2. Santiere: duelo que no atraviesa el dolor por el terreno simbólico

A. Santiere (2003) escribe acerca de casos de “niños y púberes bajo tormento autoinfligido” (sic), haciendo referencia a un fenómeno colectivo en el cual se presentan cortes practicados con las uñas o con navajas en el contexto de un “juego” entre púberes. El fenómeno lesivo al que se refiere Santiere se produce en un contexto grupal, por lo que no queda claro si los cortes son siempre autoproducidos o realizados por algún otro.

Santiere realiza una lectura del fenómeno vinculándolo con distintos conceptos del psicoanálisis, muy relacionados entre sí. Podemos sintetizar sus ideas en base a 7 ejes conceptuales articulados:

1.- Dolor/duelo: las heridas y sus marcas duelen y son expresión de otro dolor desconocido -dominado por un goce mortífero- que no recorre el circuito simbólico; un duelo que no estaría atravesando el dolor por el terreno simbólico.

2.- Castración: el fenómeno como intento paradójico por dominar lo castratorio (la muerte).

3.- Marcas como estandartes: las heridas y el dolor consideradas como huellas y marcas del “valor” al modo de un “código de pandillas”.

4.- Mirada y goce masoquista del Otro: la letra “en-car-nada” funciona como anzuelo en busca de la mirada del Otro gozador. Las marcas mutilatorias son la punta del ovillo de un goce masoquista, sacrificial. Masoquismo entendido como sadismo vuelto hacia el yo propio. Y se afirma la presencia del goce en el dolor.

5.- Lo simbólico: los fenómenos indican un desbarranco, un desgarró de lo simbólico. La cicatriz en la carne grita lo que enmudece discursivamente.

6.- Otro Social: defeción/declinación de la función paterna. Desvanecidas las instancias básicas de la cultura reguladoras de goces e intercambios, la ley pierde entidad. Sin ley, la organización psíquica opera en base a otras marcas. Urgen mediatizaciones que reinstalen la terceridad, el corte.

7.- Alienación: lo no dicho consolida cadenas que alienan en el Otro desde el imperio de la imagen y de la mirada. Quién daña o se daña, vive –y muere– pegado al Otro; y no puede dejar de “pegarse”.

6.3. Recalcati: dificultad para integrar el cuerpo. Masoquismo y rechazo histérico

M. Recalcati (2003) brinda una explicación del “fenómeno actual de los *cutters*” (p. 85). Refiere que este fenómeno es un indicador de la dificultad de integración de los dos cuerpos -narcisista y pulsional-, que acusa la declinación histórico-social del Otro contemporáneo, es decir, de un Otro que no ofrece ya recursos de identificación suficientes para simbolizar el proceso puberal. Explica que la proliferación de los cortes reales en el cuerpo entre los jóvenes (grabados, tatuajes, *piercing*, mutilaciones de partes del cuerpo) parece ser un efecto de la ausencia de un corte simbólico socialmente reconocible y ritualizado colectivamente. La dificultad mencionada para el sujeto estriba en no lograr integrar entre sí el cuerpo como imagen narcisista [i(a)] y el cuerpo como ser pulsional, como lugar del sentimiento mismo de la vida (a).

Por otro lado, Recalcati (2003) también menciona “la exasperación contemporánea de comportamientos masoquistas que convierten el cuerpo femenino en blanco de autoagresiones continuas (pequeñas lesiones, pinchazos, cortes, quemaduras, etc.” (p. 87). Afirma que estos comportamientos indican una variante del rechazo histérico del cuerpo. Esta variante, en el ultraje a la forma estética, exhibe la existencia de una dificultad añadida en la declinación femenina del estadio del espejo. El autor pregunta: ¿cómo especularizar aquello que no existe? ¿Cómo especularizar una ausencia simbólica? ¿Con qué imagen recubrir la no-existencia de La mujer? Recalcati (2003) explica que aquí está concibiendo la histeria como efecto de la dificultad del sujeto femenino para “tomar cuerpo” en el momento de la constitución de la imagen narcisista;

la histeria pone de manifiesto la serie de perturbaciones que esta dificultad entraña, entre las cuales se incluye “el rechazo del cuerpo”.

6.4. Lauru: duelo no simbolizable del pasaje adolescente

D. Lauru (2004) menciona una viñeta clínica en la que una adolescente se produce fenómenos lesivos. El autor nos dice que su paciente no encuentra interlocutor válido para “hablar de sus sufrimientos, de su dolor de existir, de su piel, a la que tortura de distintas maneras: rascado por lesiones producto del acné, escarificaciones, heridas, cortes que se inflige” (p. 53). Si bien la intención del autor no parece ser la teorización específica sobre estos fenómenos, en lo que dice sobre el caso, se pueden encontrar indicios interesantes para pensar los mismos.

Sobre el caso agrega: 1.- En la transferencia, la paciente ubica al analista en la posición de Otro faltante que no puede colmar su apetencia de ser completada. 2.- En su discurso reaparecen insistentemente significados vinculados con la separación, el corte, la interrupción, la muerte. 3.- La muerte y la separación imposibles de simbolizar obstaculizaron la transferencia. 4.- La paciente, a su modo, marcaba la huella de un duelo no simbolizable del pasaje de su adolescencia hacia un devenir adulto demasiado improbable.

En lo presentado por este autor, destacamos la vinculación que puede realizarse entre los fenómenos de autolesión de la paciente y: (a) la presencia de sufrimiento y dolor de existir, (b) la dificultad para hablar de ellos, (c) las coordenadas subjetivas del pasaje adolescente, (d) las dificultades de simbolización del duelo del pasaje adolescente.

6.5. Storchi: autolesión como *acting-out* o pasaje al acto. Barrera frente al goce

A. Storchi (2005) centra su trabajo “en las heridas que, a través de cortes, muchos adolescentes se hacen en el cuerpo” (p. 94). No realiza más especificaciones descriptivas sobre el fenómeno. Sin embargo, cuestiona que estos fenómenos sean mencionados acriticamente como “intentos de suicidio” y enuncia una serie de interrogantes: “¿Cómo pueden leerse? ¿Son tatuajes? ¿Son vanos intentos de

inscripción significante? ¿Son llamados al Otro? ¿Son administraciones por sí mismos de una marca al modo de rituales iniciáticos? ¿Es una suerte de tramitación en el cuerpo de un corte que no funciona en el registro simbólico? ¿Es pura descarga? ¿Qué cuerpo soporta la herida realizada? ¿Por qué insisten una y otra vez?” (p. 94). Consideramos que la confusión -señalada por A. Storchi- de estos fenómenos con los intentos de suicidio y los interrogantes que plantea muestran la incertidumbre, desorientación y la dispersión de lecturas con que la autora se encuentra al abordar el campo de estos fenómenos.

Trabaja sobre dos viñetas clínicas de casos de adolescentes que se autolesionan y afirma que los mismos pueden pensarse, no sin dificultad, o bien del lado del *acting-out* o bien del lado del pasaje al acto, siendo los mismos contemporáneos a sus primeras escenas sexuales, a los primeros encuentros con el desencuentro, sin que un síntoma haga de soporte al *no hay relación sexual*. Relaciona estos fenómenos con la dificultad de conjugar la nueva embestida de lo real con la sexualidad. Explica que, en estos sujetos desamarrados de la función fálica, el goce aparece deslocalizado en el discurso, pero localizado -recortado- en una parte específica del cuerpo. Plantea la paradoja de que los cortes funcionan como una barrera frente a la muerte, frente a un goce mortífero, aunque hubiesen podido morir en el intento.

En estos pacientes, la autora dice que no escuchó enunciados ligados a la idea de matarse, sino al alivio o satisfacción que se traduce en las marcas en el cuerpo. Se detecta un exceso de energía y el corte (la herida) es una búsqueda para reducirla, para acotarla a una zona del cuerpo. Afirma que, en ambos casos, se escuchaba una tentación inexplicable por realizar estos daños en el cuerpo. Menciona que ellos “se” satisfacen, pero ¿qué categoría tiene ese “se” que queda ahí satisfecho? Afirma que responder a esto conlleva ahondar sobre los circuitos pulsionales en juego.

6.6. Žižek: asentamiento del yo en la realidad corporal y escape de lo Real

S. Žižek (2005), siguiendo a Alain Badiou, menciona a la pasión por lo Real como una característica clave del siglo XX. Afirma que este siglo se ha atrevido a enfrentarse con la cosa en sí. Expresa:

El momento verdadero y definitivo del siglo XX es la experiencia directa de lo Real como algo opuesto a la realidad social cotidiana, lo Real en su extrema violencia como precio que hay que pagar por pelar las decepcionantes capas de la realidad. (p. 11)

En este contexto, el autor esloveno presenta la práctica del *cutting* como ejemplo de cómo “la pasión «posmoderna» por la apariencia termina en un retorno violento a la pasión por lo Real” (p. 14). Caracteriza a los *cutters* como personas, en su mayoría mujeres, que experimentan una necesidad irresistible de cortarse a sí mismas con navajas o de hacerse daño a sí mismas de cualquier otra manera; y refiere que:

(...) este fenómeno es estrictamente paralelo a la virtualización de nuestro entorno: representa una estrategia desesperada de regresar a lo Real del cuerpo. Como práctica, el *cutting* debe contraponerse al tatuaje normal, que garantiza la inclusión del sujeto en el orden simbólico (virtual); el problema de los *cutters* es el opuesto, es decir, la afirmación de la propia realidad. Lejos de ser suicidas, lejos de expresar un deseo de autoaniquilación, el *cutting* es un intento radical de recuperar un asidero en la realidad o (y éste es otro aspecto del mismo fenómeno) de asentar de manera firme el yo en la realidad corporal, contra la ansiedad insoportable que produce el percibirse uno mismo como no existente. Los *cutters* dicen a menudo que, cuando ven la tibia sangre roja brotar de la herida autoinflingida [sic], se sienten de nuevo vivos, firmemente asentados en la realidad. De modo que, aunque, por supuesto, el *cutting* sea un fenómeno patológico, supone un intento patológico de recuperar cierta normalidad de evitar un hundimiento psicótico total. (Žižek, 2005, p. 14).

Luego de complejizar las nociones de realidad, Real, ficción y fantasía, teniendo en cuenta ideas lacanianas, dirá acerca de los *cutters*:

Si el verdadero contrario de lo Real es la realidad, ¿no podríamos considerar que de lo que están escapando cuando se cortan a sí mismos no es meramente de la sensación de irrealidad, de la virtualidad artificial de nuestro mundo vital, sino de lo Real mismo que explota bajo la forma de alucinaciones incontroladas que

comienzan a hechizarnos cuando perdemos nuestro anclaje en la realidad?
(Žižek, 2005, p. 21)

Así es como, en base a lo dicho por este autor, pueden plantearse distintos aspectos con los cuales asociar al fenómeno del *cutting*, como, por ejemplo, la virtualización del entorno, el asentar al yo en la realidad corporal, la recuperación de la normalidad, el escape de lo Real.

6.7. Tomasini y Rodríguez: pasaje al acto. Fracaso en la separación y el corte

A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) escriben acerca de relatos clínicos en los que encuentran daños que el mismo sujeto se inflige y en los que el sujeto del inconsciente no se encuentra implicado: cortes, cicatrices, marcas de distintas características. Mencionan que lo real del cuerpo se presenta sin mediación y consideran que los cortes producidos por el propio sujeto se sitúan fuera de las formaciones del inconsciente. No los consideran síntomas en su versión clásica. Refieren que, si bien estas prácticas no se categorizan como fenómenos psicósomáticos, al igual que en éstos, se conjetura que evidenciarían una falla en el intervalo entre significantes, quedando éstos holofraseados. En ambos casos, la eficacia de la función paterna estaría suspendida en su operatividad. Operó la función del Nombre del Padre a nivel estructural, pero la mediación simbólica que ésta ofrece sufrió un impasse. Acerca de los fenómenos de cortes corporales afirman que el sujeto desconoce los determinantes y no logra establecer conexiones significantes.

Estos fenómenos son pensados por las autoras en el marco de las llamadas patologías del acto (*acting-out* o pasaje al acto) como respuestas a manifestaciones desbordantes de angustia. Afirman que, mayormente, se trataría de una práctica más cercana al pasaje al acto, ya que es, frecuentemente, ejercida en soledad y careciendo de una escena con direccionalidad al Otro, característica propia del *acting-out*. Asimismo, los casos de formato colectivo obedecen más al contagio por identificación histérica que al *acting-out*. Aseveran que los autocortes responden a una práctica autoerótica y que la orientación al Otro podría aparecer *àpres-coup*.

Plantean dos hipótesis para relacionar las patologías del acto con la constitución subjetiva:

1.- Los cortes en el cuerpo parecen el efecto de una falla en la operación de separación. Ante lo fallido de la eficacia en el terreno de lo simbólico, el sujeto responde agujereándose en lo real del cuerpo. Paradójicamente, el sujeto intenta vaciar un exceso por vía de lo real, pero al mismo tiempo re-inscribe el goce en su cuerpo.

2.- Habría un fracaso en la función de corte que opera entre el individuo y sus envolturas (objetos *a*). Los autocortes intentan remediar ese fracaso mediante los cortes en lo real.

Las autoras escriben que, en las patologías del acto, el sujeto se habría precipitado en el tratamiento de lo real por lo real.

6.8. Goldstein: violencia contra sí. Desamparo. Salir del estado melancólico

M. Goldstein (2008) escribe sobre el fenómeno del *cutting* o jóvenes que tajan su cuerpo en el contexto de las tribus urbanas, que permiten que estos jóvenes alcancen alguna presencia en la escena del mundo, que se reincorporen a alguna escena desde la cual sentir el cuerpo como propio. Intentamos sintetizar sus ideas en la enumeración siguiente:

1.- El *cutting* es una práctica de nuestro tiempo. Nuestra cultura profundiza aspectos segregativos: rechaza al pobre, al discapacitado, al triste, al feo. El sujeto siente que no hay espacio social para él.

2.- El *cutting* constituye una violencia contra sí mismo. El dolor se vuelve contra sí mismo: cortarse, tajarse es una mutilación acotada, circunscripta a una parte del cuerpo.

3.- El *cutting* se vincula con el sentimiento de desamparo. Falla la intervención del adulto -límites y contención- necesaria en la infancia y la adolescencia. Los cortes delatan la ausencia de la palabra de amor y el respeto. Estos sujetos no logran sentir su cuerpo como perteneciente a los lazos de amor y solidaridad.

4.- Tajarse supone el deseo de marcar un corte con el sufrimiento, con el dolor de existir, con los conflictos y, por ello, ese tajo es una huella de la angustia.

5.- No basta una marca para que algo se escriba, por ello, deben reiterarse una tras otra, sin que puedan armar una serie que se nombre y que nombre al sujeto, sin que puedan limitar el padecer.

6.- El cuerpo se convierte en una superficie donde escribir lo que el sujeto no puede elaborar ni intelectualmente ni emocionalmente; se escribe como un texto sin lector. No hay alfabeto para expresar la angustia y el dolor psíquico. Las marcas en el cuerpo, las heridas, constituyen un testimonio del padecimiento y demandan que alguien lea este testimonio. Si el texto sintomático de un sujeto no es leído por alguien amoroso y protector, la acción se vuelve compulsiva.

7.- Los sujetos dejan de sentir el dolor que estos actos en sí mismos producen en cualquier individuo. Este déficit de la sensibilidad forma parte de la melancolización, el detrimento del deseo de vivir y, al mismo tiempo, los cortes son un intento de salir de ese estado melancólico.

8.- El *cutting* supone un deseo de cortar con el daño psíquico que causa sufrimiento, de mostrar ese daño al Otro indiferente; también es un intento de recuperarse del dolor.

6.9. Buchanan: *acting-out*. Rasgo unario. Reparación real sobre lo imaginario

V. Buchanan (2009) escribe acerca del fenómeno de los cortes en el cuerpo en pacientes que presentan los siguientes rasgos clínicos: no se anclan a la transferencia, el *acting-out* es su vía de dirección al Otro y el modo de hacerlo existir, son en su mayoría mujeres y llaman la atención por la violencia de sus presentaciones. Estos pacientes son nombrados por otros campos de la Salud Mental como “borders”. Propone abordarlos por dos vías diferentes, aunque articuladas. A continuación, se presentan esas dos vías elaboradas por la autora:

1- La relación de estos sujetos con el Otro:

A.- Creencia en el goce del Otro: los cortes pueden ser leídos como *acting-out*, ya que en ellos se puede corroborar la direccionalidad al Otro. Se tratan de operaciones reales en el cuerpo que producen un efecto de localización simbólico-imaginaria: efecto de localización de la imagen del cuerpo y “certificación” de su lugar en el Otro.

Los cortes son reparaciones que preservan al sujeto de su caída por fuera del Otro. De ese modo radical, dirige al Otro la queja por haberlo dejado sin espacio. No hay lugar en el Otro para el sujeto sino en tanto objeto de goce. Es el *acting-out* lo que arranca al sujeto de la “realización del fantasma”, es decir, de una vertiente de la angustia entendida como falta de la falta, como terror, relacionada con el lugar de objeto de goce

del Otro. Esta vertiente es distinta de la angustia, en tanto vacilación fantasmática ante el encuentro con el significante de la falta del Otro (castración que lo vuelve deseante).

B.- Incredencia en la garantía del Otro: la falta de fe en la garantía acerca de tener un lugar en el Otro deja al sujeto a la deriva y sin espacio. Postula una imposibilidad de creer en la garantía del Otro, a no ser por su presencia real. Esto hace que la demanda sea constante y reitere en cada instante la posibilidad de la pérdida absoluta. La incorporación del rasgo unario es la garantía del lugar en el Otro, pero es necesaria una segunda operación que consiste en la creencia del sujeto en la garantía de esa marca. Y esa creencia está sostenida en el amor.

2- Las identificaciones: en estas pacientes se habría producido la identificación primaria -incorporación/inscripción del rasgo unario en tanto soporte como tal de la diferencia-, de la que quedan sostenidas, pero no el pasaje a la identificación secundaria. No alcanza con que esa marca de la identificación primaria se constituya como garante, es necesario un segundo momento que es la fe, la creencia del sujeto en esa marca. Esa creencia produce el movimiento de la identificación primaria a la secundaria -formadora de síntomas. En otras palabras, lo que se presenta en estas pacientes es la reiteración como la insistencia del rasgo unario, en tanto soporte como tal de la diferencia, la reiteración de la identificación primaria al rasgo, sin producirse el desplazamiento al S2 que abre la posibilidad del movimiento y que permite leer en la repetición del automaton la insistencia del rasgo unario. No se da el paso de la reiteración a la repetición.

V. Buchanan (2009) afirma que las pacientes cuentan que, con la realización de los cortes en la superficie del cuerpo, intentan drenar la angustia o, más precisamente, el sentimiento de vacío e inconsistencia. Explica que los cortes vendrían a funcionar como reparaciones predominantemente reales sobre lo imaginario del cuerpo.

La autora indica que en estos fenómenos no encontramos que sea el registro simbólico aquél que mediatiza la constitución de la imagen del cuerpo, sino que es una intervención real la que cierra y localiza el cuerpo. Frente a la inconsistencia del cuerpo, es el corte real el que produce la superficie y sus bordes. Lo que funciona como cuarto que anuda no es lo simbólico sino lo real.

6.10. Joucla: reducción de goce. Identificación histérica. Significante de una demanda

J. Joucla (2010) realiza la presentación de un caso en el cual una paciente comenzó a realizarse incisiones en las muñecas durante el transcurso de su tratamiento psicoanalítico en un marco institucional. A continuación, se resumen las principales ideas enunciadas por la autora en relación a tales incisiones:

1.- Mediante las incisiones la paciente opera una reducción de goce y antepone - literalmente- su propia división subjetiva.

2.- La incisión es un rasgo tomado de otra paciente internada, bajo la forma de la identificación histérica; identificación con el otro en cuanto a lo que descubre como "insignia" de la enfermedad mental.

3.- Para establecer el estatuto de los cortes cita a J. Lacan diciendo que la incisión tiene la función de ser para el Otro, de situar en él al sujeto, señalando su puesto en el campo de las relaciones del grupo. Además, la incisión tiene una función erótica.

4.- Las incisiones tienen el valor de inscripciones significantes sobre el cuerpo; se articulan con otras representaciones; son señal de una demanda articulada y de un principio de historización.

5.- Las incisiones presentan dirección al Otro. Dirección de la que la paciente usa y abusa con los enfermeros. Toman la función de erotización. Las incisiones se presentan como el significante de la demanda: para denunciar se necesitan marcas.

6.- En tanto significantes, las incisiones representan al sujeto: se ubica allí la identificación masculina con el tío materno -padre ideal, muerto. En una puesta en escena, la paciente echa mano al lugar que podría tener en el deseo del Otro -lugar que tenía ese tío para su madre.

7.- La pulsión se articula con el aspecto de erotización de las incisiones: hacerse ver por el Otro, que se cruza con ser todo para el Otro.

6.11. Müller: apropiación del cuerpo. Dolor como prueba de la vida. Puro corte

E. Müller (2010) escribe sobre cómo trabaja un psicoanalista con las autoagresiones. Destaca lo ilusorio de lo "auto". Prefiere pensar "el tema de las auto-

agresiones o auto-lesiones” (p. 22) como situaciones en las que un sujeto se o le hace algo al propio cuerpo. A continuación, sintetizamos las ideas del autor sobre el tema:

1.- Los cortes intentan apropiarse del propio cuerpo. Cuerpo que cuesta vivirlo como propio. Hay una enajenación del cuerpo.

2.- No se trata de intentos de suicidio.

3.- No es masoquismo porque no busca el placer en el dolor.

4.- Busca la suspensión de la angustia.

5.- Busca el dolor al modo de una constancia de la propia vida en el propio cuerpo.

6.- Lastimarse es hacer algo con la lástima; dar lástima; darse lástima.

7.- La sangre tiene un papel decisivo: a.- la mala sangre; b.- el comprobar si se tiene sangre en las venas; c.- poder sentir el “sangre de mi sangre” con la propia sangre.

8.- Hay algo de la curiosidad en juego que reemplaza a la piedad y la compasión: un no poderse poner en el lugar del que sufre, aunque sea el propio sujeto.

9.- Es un modo de sacar al cuerpo de escena... haciendo una escena.

10.- Es más un “cortan un cuerpo”. Donde aparece la voz media reflexiva entre la activa y la pasiva. El masoquista se ubica en la voz pasiva.

11.- Es un modo cruento de arreglárselas solo. Casi siempre se trata de un acto solitario. No están pidiendo una ayuda sino un ayudador. Hay un llamado, pero no un mensaje. Uno llama para después dar un mensaje. Pero alguien tiene que atender. El otro le cortó la comunicación.

12.- Ese llamado testimonia las insuficiencias o ausencias de los que no pudieron cumplir con el papel de ayudador. Muestra la ausencia de alguien que le haya enseñado a recibir ayuda.

13.- Si bien hay algo de la época, de saber que otros lo hacen, que facilita decisiones, no se trata de imitaciones ni modas.

14.- Muchas veces se trata de un analfabetismo emocional previo a la escritura. Por eso, un corte no llega a ser escritura, ni una inscripción, sino ruptura. No es tatuaje ni *piercing*. Es puro corte. Da a leer que no hay nada que leer, porque no hay quien pueda escribir. Alguien que no sabe cómo hacerse leer.

6.12. Miller: automutilación psicótica. Falta del objeto perdido

J-A. Miller (2010), refiriéndose a la automutilación de partes del cuerpo por parte de psicóticos, enuncia:

(...) no es sin embargo un misterio en nuestra conceptualización, que tal vez sea ridícula pero finalmente es la nuestra. La historia freudiana de la castración pone en imagen, en mito, en escena, el resultado de la operación del lenguaje sobre el cuerpo, a saber, sacar de él una parte. Una vez desnudados del mito del Edipo y Tótem y tabú, queda que el padre es el lenguaje. Y el resultado de la captura del lenguaje sobre el cuerpo es hacerlo estallar, dividirlo, que se le sustraiga una parte. Solo que en el neurótico esta se realiza de manera invisible y simbólica (...). En la psicosis se puede ver que esta operación se encarna en lo real. (...). La automutilación está en esta línea. (pp. 375-376)

Para J-A. Miller (2010), la relación entre la automutilación psicótica y el objeto perdido se esclarece de la siguiente manera:

Si hay algo adecuado para representarnos la pulsión freudiana, por mítica que sea, es la automutilación psicótica, el horrible besar de la boca por sí misma. La pulsión (...) es la boca que se besa ella misma, empieza a morderse y desgarrarse, y tienen la automutilación. A falta de un objeto perdido, mutilémonos, si me permiten. (p. 376)

Entonces, siguiendo a J-A. Miller (2010), tenemos que, en la neurosis, el lenguaje/padre opera simbólicamente sustrayendo una parte del cuerpo produciendo el objeto perdido. Mientras que, en la psicosis, esta operación simbólica no se realiza y el objeto no se pierde, por tanto, la automutilación encarna en lo real esa pérdida a través de sustraer algo del cuerpo.

6.13. Nasio: crueldad contra uno mismo. Depresión enmascarada

J-D. Nasio (2011) hace referencia a los *piercings*, las automutilaciones y las escaras en adolescentes. Explica que esta crueldad contra uno mismo encubre una depresión que no se manifiesta por medio del abatimiento y la tristeza. Es una depresión enmascarada, mezcla de amargura y despecho, que también suele denominarse depresión hostil. Se trata de una decepción que, en lugar de ponerlo triste, generó su odio. En lugar de sufrir el dolor de una pérdida, conservó el rencor de una ofensa.

6.14. Dartiguelongue: heterogeneidad. Recurso simbólico que materializa el rasgo unario

J. Dartiguelongue (2012) publica un libro dedicado a un fenómeno que denomina indistintamente como “autoincisión”, “*cutting*”, o “sujetos que se infligen cortes en el cuerpo”. Caracteriza al fenómeno como sujetos que se autoinfligen incisiones de forma repetida. Precisa que se trata de pequeños y superficiales tajos en la piel, que se caracterizan por ser medidos y calculados, de modo que no requieren atención médica. En ningún caso se constituyen como intentos de suicidio.

Es la única autora que recorre antecedentes e intenta un ordenamiento del tema. Tiene el mérito de reconocer explícitamente -en el campo del psicoanálisis lacaniano- la diversidad de las descripciones y conceptualizaciones. Afirma que los casos de sujetos que se realizan cortes en el cuerpo presentan una heterogeneidad clínica, ya que pueden responder a diversos fundamentos y categorías clínicas.

La autora intenta un ordenamiento -que no pretende ser una clasificación exhaustiva- de las distintas funciones que el corte en el cuerpo puede adquirir. Las categorías que formula son las siguientes:

A- Cortes en función de la estructura clínica:

1- cortes como forma de extracción de goce en las psicosis.

2- cortes como instrumentos de una modalidad perversa.

3- cortes en la neurosis:

- cortes en la histeria como expresión del rechazo del cuerpo frente a la dificultad de asumir el semblante femenino.

- cortes con función de significante de la demanda.

- cortes como reparación real sobre lo imaginario del cuerpo.

B- Cortes como un modo de relación del sujeto al Otro:

- cortes como intento de situar su lugar en el Otro.
- cortes como intento de separación del Otro.
- cortes como *acting-out*.
- cortes como una modalidad de satisfacción de la pulsión escópica.

C- Cortes como efecto de la incidencia de lo social contemporáneo:

- cortes como una modalidad de búsqueda de lo real cuando el cuerpo ha devenido virtualidad.

- cortes como manifestación de la dificultad de la integración del cuerpo narcisista y pulsional.

- cortes como efecto de la actual segregación social.

La autora además enumera otros casos, que no se incluyeron en la clasificación anterior, “donde los cortes cumplen otras funciones y se basan en otros mecanismos psíquicos” (p. 45). Aduce que no fueron incluidos debido a que no hay publicaciones que los hayan considerado teóricamente. Esos casos son:

1- cortes para sentir dolor. Pueden vincularse a la función de castigo. La incidencia del Superyó sería lo determinante.

2- cortes para producirse dolor físico. Se trata del dolor físico al lugar del dolor anímico.

3- cortes compulsivos. Puede suponerse en la base un trastorno de la pulsión.

4- cortes cuyo objeto es el fluir de la sangre. Como objeto plus de gozar.

5- cortes como síntomas.

6- cortes como “prácticas masoquistas”, pero que se tratan no de una estructura perversa, sino más bien de una suplencia perversa en una psicosis.

7- cortes como pasajes al acto.

8- cortes como respuesta a la melancolía. Cortes como recurso para hacerse existir frente a la experiencia de la vida mortificada.

Por todo lo mencionado, J. Dartiguelongue (2012) afirma que es imposible hablar de los cortes en el cuerpo como un fenómeno unívoco. Refiere que esta práctica es apta para encarnar distintas funciones. Puede instalarse como distintos modos de respuesta e, incluso, presentarse del lado de cualquiera de los tres registros (R, S, I).

Además de todos los casos mencionados en el ordenamiento, la autora sitúa otro grupo particular de casos en la neurosis que, según afirma, no ha sido delimitado. Como aproximación descriptiva a este grupo señala:

1.- La autoincisión se constituye como una acción consciente y voluntaria.

2.- Incisiones superficiales en la piel. No es una acción brusca ni violenta. Para ellos cortarse no es hacerse daño, sino un recurso que alivia.

3.- Los cortes son medidos y calculados. La mayoría se trata de una sucesión de pequeños cortes verticales paralelos.

4.- El fluir de la sangre no cumple ningún papel determinante.

5.- El dolor físico no constituye un elemento determinante. Más aún, pareciera estar ausente.

6.- Es condición absoluta realizarlo en soledad. Los cortes no son para nadie, no convocan a nadie, no requieren de nadie, no se comparten con nadie. Lo mantienen en secreto.

7.- Los cortes no se ofrecen a la mirada. No hay mostración. No están direccionados a otro.

8.- Los cortes son precedidos por una situación desencadenante que incluye a un Otro. Pelea con un novio, separación de una pareja, discusión o gesto abandonico de los padres.

9.- Si bien queda una marca en la piel, los sujetos no apuntan a plasmar una marca.

10.- El fenómeno se instituye como un recurso habitual.

11.- Los sujetos no consultan por el tema de los cortes. Los cortes no se constituyen como problema sino como "solución".

J. Dartiguelongue (2012) referirá que, en estos casos, el desencadenante de las autoincisiones consiste en situaciones en que el Otro no da lugar, rechaza o ignora bruscamente al sujeto. No se trata de que el Otro se presenta como no faltante, sino del no-lugar en el sentido del lugar residual que ocupa el sujeto para ese Otro. El sujeto es arrojado por el Otro a su dimensión de resto "a-borrecido" perdiendo su condición de sujeto. La angustia es la respuesta frente a su lugar de despojo del Otro. La hipótesis es que la función del corte es la restitución del sujeto como tal. Esto se produciría a través de tres operaciones, siendo la primera de ellas la fundamental:

1- La diferencia propia de la estructura del significante: el corte consiste en un recurso simbólico no discursivo que implica la materialización corporal del rasgo unario

y que le permite recuperar su condición subjetiva. El corte reproduce algo de la esencia del significante y, con ello, algo del orden del soporte del sujeto.

2- La localización en el corte: los cortes tendrían la capacidad de hacer ceder la angustia en función de distintos aspectos en juego:

a- El corte se constituye como una acción. El actuar puede ser un abordaje inicial de la angustia.

b- El corte puede incidir sobre la vivencia de angustia porque apunta a su rasgo perturbador: la deslocalización. Cortarse se trata de una acción de localización en el cuerpo. El corte localiza, fuerza en lo imaginario un lugar y con ello un límite. Le permite al sujeto limitar -en un borde imaginario que afecta lo real- a un lugar aquello que invade el cuerpo indiscriminadamente. El corte acuña un lugar con una marca en la piel a falta de una marca del Otro.

3- La configuración de la superficie del cuerpo. El corte delimita, re-sitúa la superficie corporal misma. El corte, en tanto trazo que recorta, reorganiza rudimentariamente la dimensión de la superficie, los límites del cuerpo, cuando algo del borde de i(a) se desdibuja por la angustia. El corte logra recuperar la topología de la superficie y, así también, la posibilidad allí de localización-fijación de algo del exceso en el cuerpo.

Dartiguelongue (2012) afirma que hay aspectos de lo contemporáneo que podrían incidir en las coordenadas de este tipo de casos:

A- El declive de las referencias simbólicas: declinación del Otro simbólico en sus funciones, como la operatoria normativa del Nombre del Padre, del Ideal y del significante amo, en tanto instancias reguladoras y orientadoras del sujeto. Esta declinación propicia un declive de los recursos simbólicos del sujeto.

B- Preponderancia de lo imaginario: conduce a que el sujeto acuda al uso del cuerpo en su dimensión imaginaria para librar su batalla frente a lo real.

C- La abolición de la vivencia del tiempo como sucesión: se busca calmar o gozar inmediatamente.

En lo referente a la constitución subjetiva, la autora explica que, en estos sujetos, “no se encuentra una relación del Otro hacia el sujeto con el deseo en tanto falta en el lugar de causa, sino de falta de deseo hacia el sujeto” (p. 159). Estos sujetos, si bien han pasado por el campo del Otro -llegan a inscribirse en los significantes del Otro y llega a operar la nominación paterna y la extracción de goce- parece que no han tenido un lugar seguro en el Otro. Presentan una proclividad a la caída de su lugar de sujeto. J.

Dartiguelongue (2012) aventura, para estos sujetos, una operación constituyente endeble en relación al lugar en el Otro, es decir, no guiada por un deseo particular en el lugar de causa. Lugar residual del sujeto en su relación (primitiva) al Otro, en vez de causa del deseo. Supone para estos casos una subjetivación en la que se vivencia la pérdida en la experiencia -y no en la fantasía-; es decir, experimentan ser rechazados, perdidos por el Otro, verdaderamente, más que como instancia de presencia-ausencia.

6.15. Laurent: trazo con peso real. Relación floja con el significante

E. Laurent (2014) realiza comentarios acerca del caso clínico de una paciente adolescente presentado por la psicoanalista María Inés Iammatteo. La paciente presenta cortes superficiales en sus brazos. A continuación, se exponen ideas de E. Laurent referidas a los cortes de esta paciente:

1.- El fenómeno de los cortes se presenta como desabonado del inconsciente, inscribe algo que se puede comentar pero que no tiene un enganche sobre el inconsciente transferencial. Las marcas no se corresponden con una escena especial, sino a un alivio general que se inscribe en silencio.

2.- Los cortes implicarían la realización de un trazo en el orden imaginario (el cuerpo), pero un trazo con un peso real dado por la carga libidinal. Estas inscripciones en el orden imaginario darían la idea de una relación floja con el significante.

3.- En los cortes se trata menos del rasgo unario que del significante solo que contabiliza y no se engancha en la cadena significativa. Se trata del significante uno que repite goce opuesto al significante unario (corte simbólico).

4.- En relación al momento previo al corte, afirma la presencia de una angustia intensa, ya que se produce el peculiar bajón⁷ y la introducción masiva de los cortes. Las marcas en el cuerpo serían una faceta de la imposibilidad de simbolizar o engancharse en el inconsciente. El caso estaría en la categoría de los inclasificables (ni psicosis, ni neurosis, ni perversión) y los cortes van más allá de una provocación o una llamada de atención; son las marcas de un alivio.

⁷ Bajón: “*referido a persona, desalentada, deprimida, desanimada*”. Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). Bajón. *Diccionario de Americanismos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2023, de <https://www.asale.org/damer/>

6.16. López: ritualidad contemporánea. Límite al goce. Desfallecimiento del fantasma

G. López (2014) escribe acerca de distintos fenómenos actuales vinculados con el cuerpo de los adolescentes. A continuación, se resumen sus ideas relacionadas con el fenómeno de autolesión:

1.- En la adolescencia se produce un inédito y urgente empuje de la pulsión. Y cuando el fantasma desfallece, el adolescente angustiado de hoy, no recurre al Otro sino a su cuerpo para el tratamiento de la urgencia: sujetos inmovilizados y deprimidos, con cuerpos anoréxicos, cortados, golpeados, anestesiados por la tecnología, el tóxico o la adrenalina de los *actings*, sujetos con miedo a los golpes y a los vómitos.

2.- Fenómenos como los cortes en el cuerpo o el *bullying* a veces se sostienen durante cierto tiempo en forma solitaria (o solo en conexión con el grupo de pares o internet), sin adquirir la forma de un llamado al Otro (*acting-out*) y sin producir salidas de escena (pasaje al acto).

3.- En la sociedad posmoderna no hay ritos ni facilitadores sociales que permitan pasar el umbral de la adolescencia hacia la adultez. Los intentos de suicidio, cortes y escarificaciones, la toxicomanía, las picadas automovilísticas y el consumo de alcohol, entre otros, funcionarían como ritualidades contemporáneas. Constituyen el reverso de los ritos de pubertad en las tribus premodernas.

4.- Estas ritualidades contemporáneas intentan poner un límite al goce del cuerpo. Al no encontrar en el Otro de la tradición una marca simbólica que les permita vivir de un modo más pacificado su goce, los jóvenes recurren a su primer Otro, el cuerpo, como una superficie de inscripción para extraer goce, mediante letras corporales.

6.17. Arango-Álvarez: tratamiento de lo real por lo imaginario

I. Arango-Álvarez (2015) escribe acerca del *self-injury* o autolesión, entendida como cortes superficiales que alguien se realiza en su piel. Indica que las lesiones se producen con un objeto corto punzante, pero con el cuidado de no infligir cortes

profundos, y no están vinculadas con intentos de suicidio. Sintetizamos sus ideas en la siguiente enumeración:

1.- En la neurosis se presenta como una solución fallida a problemáticas típicas de la adolescencia, en la que el superyó en su imperativo feroz deja, literalmente, marcas en la piel.

2.- Autolesionarse sería un tratamiento posible de la angustia, de la no relación sexual y del enigma de la femineidad.

3.- Los cortes literales en el cuerpo funcionan para cortar la angustia que ha surgido a partir del “rompimiento con un novio” o “el sinsentido de la muerte del padre en un accidente de tránsito” (dichos de pacientes). Los mismos están anudados en un empalme real-imaginario, en el que vía lo imaginario del cuerpo se intenta tramitar un real insoportable (tratamiento de lo real por lo imaginario).

4.- El corte en el cuerpo opera como corte de la angustia que ha sido generada por la emergencia de lo real.

5.- Las chicas adolescentes que consultan por hacerse cortes en la piel (aún no tuvo casos de varones) no ofrecen esos cortes a la mirada del Otro, solo de algunas otras (amigas), evidenciando que algo de la identificación histórica está en juego.

6.- Se interroga: ¿Son estos cortes un intento fallido de establecer un límite al estrago materno?

7.- El cuerpo llega tomado por la impulsión de un corte literal en su superficie, corte que causa cierto monto de goce que estraga, pero que, en su sin-sentido literal, cortan y tramitan lo indecible de lo real, cortando literalmente con el monto de angustia insoportable que sobrepasa al sujeto.

8.- Antes de la invitación (del psicoanalista) a hablar estos cortes, no dicen nada, solo cortan y dejan su huella en el cuerpo, lo marcan.

9.- El *self-injury* es un síntoma contemporáneo. Puede ser tratado como síntoma porque es una solución fallida más.

10.- ¿Esa imagen de la piel donde yacen estos cortes puede funcionar como “imagen reina” en relación al falo, en la medida en la que los cortes en la piel se constituyen como el único medio para localizar un goce desbordado y enmarcar una angustia que no logra ser tramitada por vía de lo simbólico?

11.- Estas pacientes relatan una angustia insoportable o una irrupción de un goce hasta ahora desconocido, que solo pasa a ser tramitado por la palabra una vez que se encuentran con un psicoanalista. Antes de eso, lo único que apacigua es la sensación

de dolor y corte en la piel porque calma la angustia o porque inflige un dolor más llevadero.

6.18. Amadeo de Freda: cauce de la tensión y estigma de goce

D. Amadeo de Freda (2016,) en un artículo titulado “Pubertad, adolescencia y estructura”, afirma que, en la adolescencia, han aparecido manifestaciones nuevas que producen desconcierto. Entre ellas, menciona la práctica de la autolesión y dice que hoy no debemos considerarla como índice de psicosis. Refiere que el corte forma parte de una práctica ampliamente extendida en el campo de la pubertad y de la adolescencia femenina.

Caracteriza la situación de la siguiente manera: hay un problema de cantidad; los pacientes hablan de una angustia, a veces de una tensión o de una energía que no pueden dominar y el corte viene a funcionar como sangría, porque el sangrado y el dolor, producto de la herida, dan cauce a la cantidad y sentido a lo que es un punto de falta de significación.

Explica que la falta de significación es el correlato de una falta de significante. Pero no necesariamente concierne a la falta del significante del nombre del Padre. La práctica de la autolesión sería indicador del declive del nombre del padre, aunque no tanto en la estructura como en la civilización.

La autora, en otro texto (Amadeo de Freda, 2015), se refiere al corte como un fenómeno actual al que califica como “estigma de goce” en el cuerpo y afirma que tiene una fuerte impronta en la adolescencia. En relación con este fenómeno, resumimos las ideas de esta psicoanalista de la siguiente manera:

1.- No toda experiencia de goce deja un estigma en el cuerpo; el síntoma histérico lo demuestra. La condición de aparición de un estigma en el cuerpo es diferente a la condición de aparición del síntoma.

2.- La condición de aparición de un estigma en el cuerpo es el encuentro con una significación, sin historia. El síntoma tiene historia y el estigma es ahistórico, es un enigma. El síntoma está sometido a las leyes de la metáfora y el estigma, a las leyes de la metonimia.

3.- La práctica de cortarse fue observada en su experiencia clínica exclusivamente en mujeres y, en todos los casos, ellas indican que el cortarse calma la angustia; cortarse no encierra ningún misterio, es un remedio, una solución.

4.- En relación a una secuencia clínica que presenta, afirma que la paciente frente a la angustia (afecto sin nombre), le opone el corte como inscripción.

5.- La fenomenología del corte, en la secuencia clínica presentada, pone de relieve dos aspectos de la función del significante. El significante que nombra y el significante vacío de significación. El primero, reenvía a la función fálica, es decir, a aquello que limita el goce; el segundo, reproduce en acto la falta de dicha significación. La falta de significación fálica es uno de los nombres del declive del significante del Nombre del Padre y el corte es un estigma de dicho declive. Todo estigma tiene dos caras: lo que muestra y lo que hace presente.

6.- La conducta de cortarse, que no tiene mucho tiempo de existencia, pero se impone y continúa avanzando como un flagelo entre los comportamientos cotidianos de las jóvenes, sigue abriendo interrogantes: ¿Cómo ha nacido esta conducta? ¿Por qué es prácticamente patrimonio exclusivo de las mujeres jóvenes? ¿Qué quiere decir cortarse, más allá de lo que ellas dicen –“una solución para la angustia”? Y si se trata de una solución para la angustia, ¿por qué recurren a una práctica semejante? Entonces, surge otra pregunta: ¿Es que la angustia ya no incita más a las preguntas existenciales?, ya que, hasta no hace mucho tiempo, la pregunta por el ser surgía muchas veces a partir de dicho estado.

7.- Este “nuevo síntoma” presenta un impasse para el psicoanálisis. La práctica de cortarse, en tanto es una respuesta y no una pregunta, pone en cuestión el acto mismo del psicoanalista.

6.19. Ons: prueba de existencia del cuerpo. Evitación de la elaboración inconsciente

S. Ons (2016) plantea que, en la clínica actual, se presentan ciertos síntomas que no tienen la estructura de los síntomas clásicos. A continuación, resumimos los conceptos vertidos por esta autora acerca de los cortes en el cuerpo:

1.- En los cortes en el cuerpo, que ejecutan por lo general algunas mujeres, es difícil hallar una expresión metafórica, tampoco necesariamente un goce masoquista; sí

un alivio y una liberación de un sufrimiento aún mayor. Los cortes son buscados, los sujetos se reconocen como sus agentes y, a veces, no son objeto de padecimiento, sino que evitan padecimientos.

2.- Por lo general, la automutilación es sucedánea de una decepción amorosa que da lugar a un quantum de angustia que no cesa y la imposibilidad de desprenderse de ella lleva a trasladar esa operación al cuerpo. Las heridas confirman que hay un cuerpo, el dolor prueba su existencia, las marcas sellan que no se ha perdido. Se tratará de pensar de qué tipo de angustia se trata y de la manera en que los cortes funcionan como suplencias sintomáticas. Las incisiones tienen el valor de ser un comprobante de que hay un cuerpo, ya que éste parece perderse en las situaciones que lo desencadenan.

3.- Solo se tiene un cuerpo en la medida en que el significante está apresado, lugar libidinal en el que los significantes se localizan, y es ese tener el que está ausente y debe ser restituido.

4.- ¿Por qué su frecuencia en esta época? El *cutting* era prácticamente inexistente en otros tiempos. El atentado y el accidente en las ciudades desplazan hoy lo que antes eran las guerras, dando lugar a un estado de alarma permanente como matriz del pánico urbano; lo cual favorecería respuestas ante la angustia como la de los cortes en el cuerpo.

5.- Un trauma libera en el sujeto un quantum pulsional interno indomeñable. La repetición onírica obedece a la necesidad de elaborar lo que el trauma quiebra en el psiquismo y ella está ausente donde ya la lesión operó como marca. Hay una oposición entre la incisión y el trabajo inconsciente, así la primera evita el segundo.

6.- Los cortes en el cuerpo operan como límites; de ahí que produzcan alivio frente a la angustia desatada por el trauma. Tal angustia se opone a la angustia señal en la que existe un recurso simbólico. En los cortes en el cuerpo, en tanto que respuestas a situaciones traumáticas, falta el apronte angustiado.

7.- S. Ons (2016) menciona una razón por la que el corte se da fundamentalmente en mujeres: en las mujeres, la barrera de protección antiestímulo -que presenta relación con la castración- es mucho más laxa, quizás por tener ellas un goce más allá del falo que no las identifica, afín con el conjunto abierto, vecino a la apertura. La mujer debe construir recursos para no quedar tan expuesta a la ausencia del otro que la expone a la angustia. Mientras tales medios no se conformen, los excesos actuales, junto con los amores "líquidos" e inconstantes, dejan a muchas jóvenes expuestas.

7. Análisis de las producciones psicoanalíticas contemporáneas

A continuación, expondremos un análisis de las producciones psicoanalíticas contemporáneas sobre el fenómeno de autolesión no suicida arriba presentadas considerando: (a) el problema planteado en esta tesis, (b) los conceptos y nociones recurrentes, (c) las controversias o diferencias que se encuentran y (d) otras nociones valiosas para la comprensión del fenómeno.

7.1. Recurso ante la angustia traumática

La mayoría de los autores hace una referencia explícita a la angustia en relación con el fenómeno de autolesión no suicida. La noción compartida que podemos elaborar con respecto a esta relación, es que el afecto de angustia precede a la conducta autolesiva y/o que la conducta autolesiva tiene un efecto disuasorio sobre la angustia. Si buscamos más precisiones sobre esa angustia, encontramos que la mencionan como desbordante (Tomasini y Rodríguez, 2006), intensa (Laurent, 2014), insoportable que sobrepasa al sujeto (Arango-Álvarez, 2015), que no se puede dominar (Amadeo de Freda, 2016), una vertiente de la angustia entendida como terror (Buchanan, 2009), angustia traumática -en contraposición a angustia señal- (Ons, 2016). Es decir, se sitúa al fenómeno autolesivo como un recurso eficaz del sujeto para vérselas con una angustia intolerable -frente a la cual debe hacer algo- e indicadora del vencimiento o ausencia de otros recursos estabilizadores eficaces.

Cabe aclarar que, en algunos autores, la angustia -en cuanto afecto precedente al accionar autolesivo- no aparece discriminada de otras nociones como: sentimiento de indefensión, displacer, sufrimiento, dolor de existir, dolor psíquico, sentimiento de vacío e inconsistencia, tensión, energía o goce.

7.2. Dificultades con el duelo y la pérdida

Ya mencionamos más arriba la relación que puede establecerse entre el fenómeno de autolesión no suicida y el duelo a partir de la lectura de S. Freud. Recordemos que aquella “autolesión que no apunta al total autoaniquilamiento” podía constituirse como signo de duelo en épocas antiguas. Veremos en lo que sigue cómo puede plantearse la relación del fenómeno autolesivo no suicida actual con el duelo -y las pérdidas- a partir de los textos de los psicoanalistas contemporáneos.

Dos de los autores contemporáneos mencionados refieren el término “duelo” en relación con el fenómeno de autolesión no suicida. Por un lado, tomando a A. Santiere (2003), podemos afirmar que las autolesiones constituyen heridas que duelen y son expresión de otro dolor desconocido -dominado por un goce mortífero- que no recorre el circuito simbólico; un duelo que no estaría atravesando el dolor por el terreno simbólico. Por otro lado, D. Lauru (2004), en relación con su paciente que presentaba fenómenos autolesivos, dirá que marcaba, a su modo, la huella de un duelo no simbolizable del pasaje de su adolescencia hacia un devenir adulto.

Cada uno a su manera, estos dos autores, establecen una relación entre el fenómeno de autolesión no suicida y la dificultad en la realización de un proceso de duelo. Por su parte, el texto de D. Lauru (2004) remite expresamente a un duelo que estaría relacionado con procesos constitutivos de la subjetividad.

En el caso de B. J. Bulacio (1986), nos dice que en el comportamiento autoagresivo se naufraga una pérdida y se expresa un intento de evocación del objeto perdido. La autoagresión se vincula con la búsqueda de una restitución narcisista que suture la herida del sujeto; el fantasma de la muerte que acompaña la autoagresión viene a obturar aquel primitivo abandono.

V. Buchanan (2009) relaciona el fenómeno de autolesión con un problema con la pérdida, al afirmar que el sujeto muestra una imposibilidad de creer en la garantía del Otro, a no ser por su presencia real. Esto hace que la demanda sea constante y reitera en cada instante la posibilidad de la pérdida absoluta.

A partir del texto de J-D. Nasio (2011), podemos relacionar el fenómeno de autolesión con una forma alternativa de sufrir el dolor de una pérdida. Este autor refiere que estos fenómenos crueles contra uno mismo encubren una depresión que no se manifiesta por medio del abatimiento y la tristeza. Es una depresión enmascarada, mezcla de amargura y despecho, que también suele denominarse depresión hostil. Se

trata de una decepción que, en lugar de ponerlo triste, generó su odio. En lugar de sufrir el dolor de una pérdida, conservó el rencor de una ofensa.

J. Dartiguelongue (2012), al referirse a la constitución subjetiva del grupo de sujetos que se cortan y que ella circunscribe, afirma que hay en ellos una operación constituyente endeble en relación con el lugar en el Otro, es decir, no guiada por un deseo particular en el lugar de causa. Lugar residual del sujeto en su relación (primitiva) al Otro, en vez de causa del deseo. Supone para estos casos una subjetivación en la que se vivencia la pérdida en la experiencia -y no en la fantasía-; es decir, experimentan ser rechazados, perdidos por el Otro, verdaderamente, más que como instancia de presencia-ausencia.

Una consideración especial merece el caso de la pérdida en las situaciones de automutilación psicótica según es concebida por J-A. Miller (2010): en esta estructura subjetiva, el lenguaje no opera simbólicamente sustrayendo una parte del cuerpo produciendo el objeto perdido; sino que esa operación simbólica no se realiza, el objeto no se pierde, por tanto, la automutilación encarna en lo real esa pérdida.

En la concepción de A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006), también podemos pensar la relación entre los cortes corporales producidos por el propio sujeto y la dificultad con las pérdidas, ya que refieren que, en estos casos, la eficacia de la función paterna estaría suspendida en su operatividad. Indican que los cortes en el cuerpo parecen el efecto de una falla en la operación de separación y plantean que los autocortes intentan remediar, mediante los cortes en lo real, el fracaso en la función de corte que opera entre el individuo y sus envolturas (objetos *a*).

7.3. El Dolor: diversos roles posibles

Son varios los autores en los cuales podemos encontrar alguna referencia al dolor (físico o psíquico) con respecto al fenómeno de autolesión no suicida. Podemos sintetizar las ideas de la siguiente manera:

A.- El fenómeno de autolesión como algo que calma (Arango-Álvarez, 2015), recupera (Goldstein, 2008), expresa (Santiere, 2003) o enmascara (Nasio, 2011) el dolor psíquico.

B.- El dolor físico del fenómeno de autolesión cumple una función: función masoquista (Recalcati, 2003), salir del estado de melancolización (Goldstein, 2008),

constatar la propia vida en el cuerpo (Müller, 2010), calmar el dolor psíquico (Arango-Álvarez, 2015), dar cauce a la angustia (Amadeo de Freda, 2016), ser una prueba de la existencia del cuerpo (Ons, 2016).

C.- Casos del fenómeno de autolesión en los que el dolor físico no constituye un elemento determinante y pareciera estar ausente (Dartiguelongue, 2012).

Cabe mencionar que la referencia al dolor psíquico no siempre aparece discriminada de otras nociones como: sufrimiento, dolor de existir, angustia, tensión, energía, goce.

7.4. Identificación histérica y el fenómeno autolesivo

En tres textos se menciona a la identificación histérica y su posible papel en la configuración de algunos casos de fenómenos de autolesión no suicida:

1.- A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) afirman que los casos de formato colectivo obedecen más al contagio por identificación histérica que al *acting-out*.

2.- J. Joucla (2010), en relación con su caso clínico, dice que la incisión es un rasgo tomado de otra paciente internada, bajo la forma de la identificación histérica.

3.- I. Arango-Álvarez (2015) refiere que las adolescentes que consultan por hacerse cortes en la piel no ofrecen esos cortes a la mirada del Otro, solo de algunas otras (amigas), evidenciando que algo de la identificación histérica está en juego.

Puede decirse que los psicoanalistas recurren al concepto de identificación histérica en relación con el fenómeno de autolesión cuando el mismo puede vincularse con el comportamiento autolesivo de sus pares, o bien, cuando se realiza en un contexto en el cual los demás también lo hacen. En ninguno de los casos mencionados se cuenta con una mayor profundización de este tema.

7.5. Masoquismo: observaciones opuestas acerca de su papel

La lectura de S. Freud nos había advertido del posible vínculo entre la “autolesión neurótica” y los hechos del masoquismo. Al respecto, cuatro de los autores contemporáneos estudiados mencionan al masoquismo en relación con el fenómeno de autolesión no suicida. Dos de ellos para hacer referencia a que el fenómeno autolesivo

no implica al masoquismo (Müller, 2010), o bien, no se halla necesariamente en ellos un goce masoquista (Ons, 2016).

Por su parte, otros dos autores le atribuyen al masoquismo un papel significativo: M. Recalcati (2003) habla de “comportamientos masoquistas” que convierten el cuerpo femenino en blanco de autoagresiones continuas (pequeñas lesiones, pinchazos, cortes, quemaduras, etc.) y A. Santiere (2003) directamente ubica el fenómeno de niños y púberes bajo tormento autoinfligido, como la punta del ovillo de un goce masoquista.

7.6. Agresión hacia la propia persona

Destacaremos, en este punto, aquellas nociones sobre la autolesión no suicida que indican o suponen la presencia de una tendencia agresiva en la misma. Este punto se encuentra muy relacionado con las observaciones realizadas sobre el masoquismo, ya que una forma de entenderlo consiste en considerarlo como una agresión que se ha vuelto hacia la propia persona. Ya habíamos mencionado, a partir de la lectura del texto de S. Freud y su concepción sobre el ataque de furia, el interrogante acerca de la posible incidencia del mecanismo de la vuelta de la agresión hacia la persona propia en el fenómeno de autolesión. Como se verá en lo que sigue, hay autores que mencionan este mecanismo y otros en los que solo se alude a la agresión implicada en el fenómeno:

1.- B. J. Bulacio (1986) designa como “actuación autoagresiva” a la autolesión consistente en una lesión cortante en la superficie corporal. Recordemos que una de las significaciones que se encuentra en este autor consiste en entender a este fenómeno a partir del concepto de identificación narcisista. Este psicoanalista explica que, a través de esta identificación, el cuerpo se imaginariza como el cuerpo de otro y, por tanto, la tendencia autoagresiva es en verdad dirigida a ese otro.

2.- A. Santiere (2003) afirma que las marcas mutilatorias son la punta del ovillo de un goce masoquista, sacrificial. Aquí el autor entiende al masoquismo como sadismo vuelto hacia el yo propio.

3.- M. Recalcati (2003) menciona fenómenos autolesivos bajo el término “autoagresión” y los conceptualiza como “comportamientos masoquistas”. Recordemos que, en el caso clínico que M. Recalcati (2003) comenta, afirma que la adolescente convierte su cuerpo en un blanco masoquista -mediante cortes, golpes, quemaduras, depilaciones dolorosísimas- a partir del odio por su propia imagen.

4.- D. Lauru (2004) menciona que su paciente adolescente con fenómenos autolesivos “tortura” su piel de distintas maneras: rascado por lesiones producto del acné, escarificaciones, heridas, cortes que se inflige.

5.- M. Goldstein (2008) afirma que el *cutting* o el tajearse el cuerpo constituye una “violencia” contra sí mismo.

6.- J-D. Nasio (2011) explica el fenómeno de los *piercings*, las automutilaciones y las escaras en adolescentes como una “crueldad contra uno mismo” que encubre una depresión que no se manifiesta por medio del abatimiento y la tristeza. Aduce que se trata de una decepción que, en lugar de ponerlo triste, generó su odio.

7.7. El goce: diferentes propuestas

Otro concepto que adquiere relevancia en el entendimiento del fenómeno autolesivo no suicida es el de goce. Muchos autores lo mencionan, sin embargo las referencias son variadas. Puede aparecer calificado de distintas maneras: goce masoquista, sacrificial, mortífero, del Otro, del cuerpo, desbordado o como localizado/deslocalizado. Por otra parte, en cuanto a la relación específica del goce con los fenómenos autolesivos, las posiciones no son todas equivalentes. Aquí intentamos resumirlas en las siguientes dos ideas:

A.- En los fenómenos de autolesión estaría presente el goce al modo de una muestra, expresión o inscripción del mismo.

B.- Los fenómenos de autolesión son defensas u operaciones frente al goce al modo de una barrera, localización, reducción, limitación o extracción del mismo.

A continuación, sintetizamos lo mencionado por cada uno de los autores:

1.- Para A. Santiere (2003) las heridas y sus marcas son expresión de otro dolor desconocido -dominado por un goce mortífero. Funcionan como anzuelos en busca de la mirada del Otro gozador. Son la punta del ovillo de un goce masoquista, sacrificial.

2.- A. Storchi (2005) explica que, en los casos de sujetos que se autolesionan, el goce aparece deslocalizado en el discurso, pero localizado -recortado- en una parte específica del cuerpo. Los cortes funcionan como una barrera frente a un goce mortífero.

3.- A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) dicen que mediante los cortes el sujeto intenta, paradójicamente, vaciar un exceso por vía de lo real, pero al mismo tiempo re-inscribe el goce en su cuerpo.

4.- V. Buchanan (2009) aduce que en los sujetos que se cortan se constataría la creencia en el goce del Otro. Mediante los cortes el sujeto repara la situación en la cual no tiene lugar en el Otro sino en tanto objeto de goce.

5.- J. Joucla (2010) explica que mediante las incisiones su paciente opera una reducción de goce y antepone -literalmente- su propia división subjetiva.

6.- Para E. Laurent (2014), en los cortes de la paciente, se trata del significante uno que repite goce opuesto al significante unario (corte simbólico).

7.- G. López (2014) refiere que los fenómenos autolesivos, entendidos como ritualidades contemporáneas, intentan poner un límite al goce del cuerpo. Al no encontrar en el Otro de la tradición una marca simbólica que les permita vivir de un modo más pacificado su goce, los jóvenes recurren a su primer Otro, el cuerpo, como una superficie de inscripción para extraer goce, mediante letras corporales.

8.- I. Arango-Álvarez (2015) se pregunta: ¿esa imagen de la piel donde yacen estos cortes puede funcionar como “imagen reina” en relación al falo, en la medida en la que los cortes en la piel se constituyen como el único medio para localizar un goce desbordado y enmarcar una angustia que no logra ser tramitada por vía de lo simbólico?

9.- D. Amadeo de Freda (2015) califica al corte como “estigma de goce” en el cuerpo.

7.8. *Acting-out* y pasaje al acto

Se encuentran distintas referencias a las categorías teóricas de *acting-out* o pasaje al acto en relación con el fenómeno de autolesión en los textos de los psicoanalistas contemporáneos. Sin embargo, no hay unanimidad en cuanto a la conceptualización de este fenómeno bajo estas categorías.

A. Storchi (2005) afirma que los casos que estudió deben pensarse o bien del lado del *acting-out* o bien del lado del pasaje al acto. Para A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) el fenómeno de autolesión está más cercano al pasaje al acto; pero la orientación al Otro (*acting-out*) podría aparecer *àpres-coup*. V. Buchanan (2009) ubica tajantemente como *acting-out* los fenómenos de corte corporal que estudia. Por su parte, J. Dartiguelongue (2012) y G. López (2014) remiten a casos que no constituyen ni *acting-out*, ni pasajes al acto.

7.9. Automutilación y psicosis

De los autores psicoanalíticos contemporáneos previamente trabajados, es J-A. Miller (2010) el que presenta una referencia que vincula el fenómeno de autolesión no suicida con un aspecto característico de la estructura subjetiva psicótica. Tal fenómeno autolesivo es del tipo de una automutilación, ya que supone arrancar una parte del cuerpo con la consecuente pérdida de la misma. El autor plantea que, en la neurosis, el lenguaje/padre opera simbólicamente sustrayendo una parte del cuerpo produciendo el objeto perdido; mientras que, en la psicosis, esta operación simbólica no se realiza, el objeto no se pierde, por tanto, la automutilación encarna en lo real esa pérdida a través de sustraer algo del cuerpo.

De esta forma es que tendríamos una función de la autolesión no suicida que sería propia de la psicosis en cuanto se funda en una característica inherente a esa estructura subjetiva. La función de esta automutilación consiste en intentar quitar algo del cuerpo como modo de encarnar en lo real la pérdida estructural que no se ha producido, debido a que no se ha dado la operación simbólica ejercida por el padre/lenguaje.

Sin embargo, A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) plantean una hipótesis similar para los cortes corporales producidos por el propio sujeto, aunque no para la psicosis, sino para la neurosis. Refieren que, en estos casos, la eficacia de la función paterna estaría suspendida en su operatividad. Es decir, a nivel estructural sí operó la función del Nombre del Padre, pero la mediación simbólica que ésta ofrece sufrió un impasse. Indican que los cortes en el cuerpo parecen el efecto de una falla en la operación de separación. Ante lo fallido de la eficacia en lo simbólico, el sujeto responde agujereándose en lo real del cuerpo. De esta forma, plantean que los autocortes intentan remediar, mediante los cortes en lo real, el fracaso en la función de corte que opera entre el individuo y sus envolturas (objetos *a*).

Es decir, si seguimos a A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006), en las neurosis podría quedar suspendida operativamente la función paterna y producirse el fenómeno autolesivo (no necesariamente mutilatorio) con la misma función que fuera descrita por J-A. Miller (2010) para la psicosis: intentar quitar algo (en lo real) del cuerpo.

7.10. La novedad del fenómeno y la incidencia de la época

¿Es la autolesión no suicida un fenómeno nuevo? Como ya dejamos planteado a partir de la lectura de S. Freud, la forma en que pueden aparecer manifestados los fenómenos autolesivos no suicidas podría variar con la época o sufrir su incidencia. Por su parte, en algunos autores contemporáneos (Dartiguelongue, 2012; Recalcati, 2003; López, 2014; Amadeo de Freda, 2016; Ons, 2016) pueden hallarse expresiones que indican la novedad o la actualidad del fenómeno de autolesión no suicida.

Encontramos autores que mencionan características propias de nuestra época y le adjudican algún grado de incidencia en la aparición del fenómeno. A continuación, sintetizamos esas características e indicamos qué autores las comparten:

1.- Declinación de la función paterna o del Otro simbólico para la regulación del goce (Santiere, 2003; Dartiguelongue, 2012; Amadeo de Freda, 2016; López, 2014).

2.- Ausencia de ritos o marcas simbólicas provenientes del Otro social para identificar el pasaje de la adolescencia a la adultez (Recalcati, 2003; López, 2014).

3.- Cultura segregativa: el sujeto ejerce violencia contra sí mismo relacionado con que siente que no hay espacio social para él (Goldstein, 2008).

4.- Facilitación: si bien el comportamiento autolesivo se trata de un acto solitario, hay algo de la época, de saber que otros lo hacen, que facilita decisiones. No se trata de imitaciones ni modas (Müller, 2010).

5.- Preponderancia de lo imaginario: el sujeto recurre al terreno imaginario del cuerpo como soporte del carácter básico del significante para hacer frente a lo real (Dartiguelongue, 2012).

6.- Pánico urbano: en las ciudades actuales se vive un estado de alarma permanente, lo cual favorece la presencia de distintas respuestas contra la angustia (Ons, 2016).

7.- Virtualización: el *cutting* como fenómeno paralelo a la virtualización de nuestro entorno (Žižek, 2005).

7.11. Déficits en los recursos simbólicos

Un aspecto que podemos pesquisar con frecuencia en los textos de autores contemporáneos es la referencia a falencias simbólicas relacionadas con la aparición de

los fenómenos autolesivos no suicidas. En varios textos de los autores contemporáneos (Bulacio, 1986; Santiere, 2003; Storchi, 2005; Lauru, 2004; Tomasini y Rodríguez, 2006; Buchanan, 2009; Dartiguelongue, 2012; Laurent, 2014; López, 2014; Arango-Álvarez, 2015; Ons, 2016) encontramos alguna referencia que vincula la aparición del fenómeno de autolesión con una ausencia, falencia o declinación de los recursos simbólicos o procesos de simbolización del sujeto.

7.12. El interjuego de los registros R.S.I: disparidad de posturas

Otro elemento en el que también se pueden explicitar las distintas concepciones teóricas sobre el fenómeno autolesivo es en base a su formulación con relación a los tres registros (real, simbólico e imaginario) planteados por J. Lacan:

1.- A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) conciben a los fenómenos autolesivos como cortes en lo real del cuerpo; como un tratamiento de lo real por lo real ante lo fallido de lo simbólico.

2.- I. Arango-Álvarez (2015) refiere a la autolesión como un tratamiento de lo real por lo imaginario.

3.- J. Dartiguelongue (2012) afirma que en las autoincisiones se trata de una “solución simbólica frente al avance de lo real, que, a su vez, alcanza en su operación una reparación imaginaria” (p. 150).

4.- E. Laurent (2014), al referirse al caso clínico, sitúa los cortes como la realización de un trazo en el orden imaginario (el cuerpo), pero un trazo con un peso real, dado por la carga libidinal, y mostrando una relación floja con el significante.

5.- V. Buchanan (2009) habla de los cortes como operaciones reales en el cuerpo, que producen un efecto de localización simbólico-imaginaria (localización de la imagen del cuerpo y certificación de su lugar en el Otro).

7.13. El cuerpo: ¿algo a reparar mediante la autolesión?

¿Qué lugar toma el cuerpo en el fenómeno de autolesión? Luego de un análisis de las expresiones de los autores contemporáneos en relación con el papel que puede

tomar el cuerpo en los fenómenos autolesivos, ubicamos a las mismas en tres tipos distintos:

A.- El cuerpo como lugar de tramitación/expresión/localización/inscripción de una situación afectiva que puede aparecer mencionada como angustia, dolor, padecimiento, agresión, exceso energético, goce. Es decir, en este grupo de locuciones se trata de que el sujeto hace un uso del cuerpo sólo como vía o medio de expresión o descarga.

B.- El fenómeno autolesivo como indicador de una dificultad relativa a la constitución del cuerpo. Es el caso de M. Recalcati (2003), quien, refiriéndose al fenómeno de los *cutters*, dice que es un indicador de la dificultad de integración entre el cuerpo como imagen narcisista [i(a)] y el cuerpo como ser pulsional, como lugar del sentimiento mismo de la vida (a). Por otro lado, menciona “la exasperación contemporánea de comportamientos masoquistas que convierten el cuerpo femenino en blanco de autoagresiones continuas (pequeñas lesiones, pinchazos, cortes, quemaduras, etc.)” (p. 87). Afirma que estos comportamientos indican una variante del rechazo histórico del cuerpo. Recalcati (2003) está concibiendo la histeria como efecto de la dificultad del sujeto femenino para “tomar cuerpo” en el momento de la constitución de la imagen narcisista.

C.- El cuerpo como algo a reparar o recuperar mediante la autolesión. Aquí se trata de que el fenómeno autolesivo cumple una función con respecto a algo del cuerpo que no anda bien. Mencionamos las elaboraciones correspondientes a este grupo:

1.- S. Žižek (2005) entiende al *cutting* como un intento de recuperar el asiento firme del yo en la realidad corporal, contra la ansiedad de percibirse uno mismo como no existente. Supone un intento de recuperar cierta normalidad. Afirma que, cuando los *cutters* ven la tibia sangre roja brotar de la herida autoinfligida, se sienten de nuevo vivos, firmemente asentados en la realidad.

2.- M. Goldstein (2008) alude a que los cortes en el cuerpo son un intento de salir de un estado de melancolización. Tal estado conlleva un déficit de la sensibilidad corporal, incluido el propio dolor de los cortes.

3.- V. Buchanan (2009) explica que los cortes vendrían a funcionar como reparaciones predominantemente reales sobre lo imaginario del cuerpo. Esta autora indica que, en estos fenómenos, no encontramos que sea el registro simbólico aquél que mediatiza la constitución de la imagen del cuerpo, sino que es una intervención real la que cierne y localiza el cuerpo. Frente a la inconsistencia del cuerpo, es el corte real el

que produce la superficie y sus bordes. Lo que funciona como cuarto que anuda no es lo simbólico sino lo real.

4.- E. Müller (2010) refiere que los cortes intentan apropiarse del propio cuerpo; cuerpo que cuesta vivirlo como propio; los cortes responden a una enajenación del cuerpo.

5.- J. Dartiguelongue (2012) dice que los cortes restituyen al sujeto y hacen ceder la angustia, entre otras cosas, por la configuración de la superficie del cuerpo. El corte delimita, re-sitúa la superficie corporal misma. El corte, en tanto trazo que recorta, reorganiza rudimentariamente la dimensión de la superficie, los límites del cuerpo, cuando algo del borde de i(a) se desdibuja por la angustia.

6.- S. Ons (2016) afirma que las heridas confirman que hay un cuerpo, el dolor prueba su existencia, las marcas sellan que no se ha perdido. Las incisiones tienen el valor de ser un comprobante de que hay un cuerpo ya que éste parece perderse en las situaciones que las desencadenan.

7.14. Relación con el significante: abanico de posiciones

Algunos autores realizan afirmaciones en las cuales puede leerse una relación entre el fenómeno de autolesión -y su consecuente marca corporal- y el significante. Sin embargo, sus posiciones son distintas. Podemos ordenar las mismas desde un extremo que va desde concebir la marca corporal como una inscripción significativa de pleno derecho, hasta el otro extremo en el cual se considera que la marca no inscribe nada, es puro corte, pasando por posiciones más intermedias:

1.- J. Joucla (2010) les adjudica a las autolesiones del caso que presenta el valor de inscripciones significantes sobre el cuerpo y dice que las mismas se articulan con otras representaciones.

2.- D. Amadeo de Freda (2015), en relación con una secuencia clínica presentada, afirma que la paciente frente a la angustia le opone el corte como inscripción. Refiere que la fenomenología del corte pone de relieve dos aspectos de la función del significante. El significante que nombra y el significante vacío de significación. El primero, reenvía a la función fálica, es decir, a aquello que limita el goce; el segundo, reproduce en acto la falta de dicha significación.

3.- S. Ons (2016) refiere que la lesión puede operar como marca y, de esa forma, evitar el trabajo inconsciente para la elaboración del trauma.

4.- A. Storchi (2005), en relación con los cortes en el cuerpo, se pregunta si los mismos son vanos intentos de inscripción significativa.

5.- V. Buchanan (2009) afirma que lo que se presenta en las pacientes que se realizan cortes en el cuerpo es la insistencia del rasgo unario en tanto soporte de la diferencia; la reiteración de la identificación primaria al rasgo, sin producirse el desplazamiento al S2.

6.- J. Dartiguelongue (2012) afirma que, en el grupo de casos que ella selecciona y estudia, el corte consiste en un recurso simbólico no discursivo que implica la materialización corporal del rasgo unario. El corte reproduce la esencia del significante. Sin embargo, J. Dartiguelongue (2012) aclara que las autoincisiones no operan como inscripciones para el sujeto. Explica que, si bien queda una marca en la piel, los sujetos no apuntan a plasmar una marca. Tampoco se encuentra, más allá de su consciencia, la operación de una marca, de una insignia para el sujeto.

7.- E. Laurent (2014), al comentar el caso presentado por su colega, afirma que los cortes implicarían la realización de un trazo en el orden imaginario (el cuerpo), pero un trazo con un peso real. Estas inscripciones en el orden imaginario darían la idea de una relación floja con el significante. Explica que, en los cortes, se trata menos del rasgo unario que del significante solo que contabiliza y no se engancha en la cadena significativa. Se trata del significante uno que repite goce opuesto al significante unario (corte simbólico).

8.- M. Goldstein (2008) acerca de la práctica de tajearse el cuerpo nos dice que no basta una marca para que algo se escriba, por ello, deben reiterarse una tras otra, sin que puedan armar una serie que se nombre y que nombre al sujeto.

9.- E. Müller (2010) afirma que, en los casos de sujetos que realizan cortes en su propio cuerpo, muchas veces se trata de un analfabetismo emocional previo a la escritura. Por eso, un corte no llega a ser escritura, ni una inscripción, sino ruptura. Es puro corte.

7.15. Fenómeno de autolesión y síntoma neurótico

Otro elemento que presenta vital importancia, tanto para la formulación teórica como para el abordaje clínico del fenómeno autolesivo no suicida, es su relación con respecto a la concepción psicoanalítica del síntoma. La mayoría de los autores que realizan una referencia explícita a la noción de síntoma en sus textos sobre los fenómenos autolesivos, lo hacen para indicar la diferencia entre éstos y los mecanismos clásicos de la formación de los síntomas neuróticos (Storchi, 2005; Tomasini y Rodríguez, 2006; Buchanan, 2009; Dartiguelongue, 2012; Ons, 2016; Amadeo de Freda, 2015). Solo una autora (Arango-Álvarez, 2015) refiere que estos fenómenos pueden ser tratados como síntomas, ya que son una solución fallida más a las problemáticas adolescentes.

Como ejemplo del grupo mayoritario, podemos citar a S. Ons (2016), quien afirma que, a diferencia del síntoma, en los cortes autolesivos es difícil hallar una expresión metafórica, tampoco necesariamente un goce masoquista; sí un alivio y una liberación de un sufrimiento aún mayor; los cortes son buscados, los sujetos se reconocen como sus agentes y, a veces, no son objeto de padecimiento, sino que evitan padecimientos.

7.16. Preponderancia en la adolescencia

Un aspecto para destacar, a partir de la lectura de los autores psicoanalíticos, es la significativa relevancia que adquiere la adolescencia en relación con el fenómeno de autolesión. Tal importancia se deja observar por diferentes vías:

A.- Las viñetas clínicas que presentan los autores: casi en su totalidad refieren a adolescentes.

B.- Las teorizaciones que vinculan el fenómeno de autolesión no suicida con dificultades típicas de la adolescencia o del paso desde la adolescencia a la adultez (Véase, por ejemplo: Recalcati, 2003; Lauru, 2004; López, 2014; Arango-Álvarez, 2015).

C.- Las afirmaciones de autores que destacan la frecuencia de la aparición del fenómeno en los adolescentes (Véase, por ejemplo: Goldstein, 2008; Amadeo de Freda, 2016).

7.17. Predominio en las mujeres

Otra consideración que puede despuntarse en los autores psicoanalíticos es la relación preponderante que adquiere el fenómeno de autolesión con las mujeres. Tal situación se observa en:

A.- Las viñetas clínicas presentadas por los autores: la amplia mayoría corresponden a mujeres.

B.- Las afirmaciones de algunas autoras (por ejemplo, Arango-Álvarez, 2015; Amadeo de Freda, 2016; Ons, 2016) que, desde su experiencia clínica, afirman la exclusividad o mayor frecuencia del fenómeno de autolesión en la mujer.

Por su parte, S. Ons (2016) menciona una posible razón por la que el corte en el cuerpo se da fundamentalmente en mujeres: en ellas la barrera de protección antiestímulo -que presenta relación con la castración- es mucho más laxa. De allí que la mujer debe construir recursos para no quedar tan expuesta a la ausencia del otro que la expone a la angustia.

En relación con este predominio, también pueden pensarse los dichos de M. Recalcati (2003), quien explica que los comportamientos masoquistas, que convierten el cuerpo femenino en blanco de autoagresiones, indican una variante del rechazo histérico del cuerpo. El autor indica que esta variante exhibe la existencia de una dificultad añadida en la declinación femenina del estadio del espejo. Recalcati (2003) explica que aquí está concibiendo la histeria como efecto de la dificultad del sujeto femenino para “tomar cuerpo” en el momento de la constitución de la imagen narcisista.

7.18. El planteo acerca de la heterogeneidad

Un aspecto que merece ser destacado y puesto en consideración es la postulación realizada por J. Dartiguelongue (2012) acerca del fenómeno de “autoincisión” como un campo clínicamente heterogéneo. Con tal afirmación, la autora quiere expresar que se pueden ubicar distintos tipos de casos que, si bien comparten el común denominador de la autoincisión, responden a diversos fundamentos clínicos y son explicables por distintas categorías dentro del campo psicoanalítico lacaniano.

La autora fundamenta esta afirmación basándose en la realización de una revisión bibliográfica en la que encuentra diferentes formulaciones teóricas por parte de los

autores psicoanalíticos acerca del fenómeno de autoincisión. J. Dartiguelongue (2012) intenta un ordenamiento de esas formulaciones con la pretensión de aclarar y presentar esa heterogeneidad. También afirmará que, para un mismo sujeto, la autoincisión puede tomar distintas funciones sucesivas y simultáneas.

8. Consideraciones críticas acerca del estado actual del conocimiento

8.1. Dificultades en la delimitación del campo

Luego de estudiar el conocimiento relativo a los fenómenos de autolesión no suicida, consideramos que aún no se ha logrado un eficaz ordenamiento conceptual que: (a) defina y distinga los fenómenos de autolesión no suicida de otros fenómenos que presentan elementos similares; y (b) esclarezca la existencia de las distintas funciones subjetivas que presentan estos fenómenos. Ambos puntos de este ordenamiento son necesarios para delimitar y afianzar un incipiente campo de estudio en el cual se requiere disminuir el grado de confusión terminológica y conceptual.

En la presentación de los hallazgos sobre los fenómenos de autolesión no suicida realizados en el campo descriptivo se expusieron las dificultades terminológicas y semánticas que se encontraron. Allí quedó expuesta la existencia de una confusa diversidad de términos y definiciones para hacer referencia a estos fenómenos. Por su parte, en el campo psicoanalítico no se ha adoptado en forma unánime ningún término ni definición. Esto contribuye a la proliferación de textos mayormente aislados, dispersos, cada uno con sus propios criterios, que dificulta la delimitación de un campo de estudio específico que favorezca el avance del conocimiento.

Por nuestra parte, pensamos en la necesidad de un abordaje cabal del problema de la autolesión sin intención suicida y que su ordenamiento conceptual debe realizarse considerando criterios psicológicos significativos. Con esto queremos decir que la subjetividad debe encontrarse como aspecto rector de ese ordenamiento. Ciertos criterios descriptivos o clasificaciones objetivas de las autolesiones (p. ej.: profunda/superficial; aislada/repetitiva; grave/no grave; lugar corporal de la lesión; individual/grupal; forma de lesión; etc.) son importantes y deben ser tenidos en cuenta, pero, para el psicoanálisis, los mismos deben ser supeditados a criterios que involucren la subjetividad.

En lo que respecta al primer punto, el ordenamiento mencionado, aquel que remite a la necesidad de delimitar el fenómeno de autolesión no suicida con respecto a otros fenómenos, nosotros realizaremos una propuesta que partirá de la elección de una determinada definición del fenómeno autolesivo.

Basándonos en los criterios de la claridad, del uso compartido y del ajuste al fenómeno estudiado, decidimos adoptar la definición de “autolesión” brindada por la Real Academia Española (2014): “daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo”. Al utilizar esta definición ya desde el inicio de nuestro planteo estaremos teniendo presente un elemento importante de la subjetividad como criterio de discernimiento de la presencia o ausencia del fenómeno: la *voluntad* con respecto al daño físico o lesión. En esta definición, se entiende que la lesión a sí mismo debe ser deliberada o intencionada, lo cual implica determinado posicionamiento subjetivo con respecto a la misma.

8.2. Dificultades en el ordenamiento del campo

El segundo aspecto del ordenamiento conceptual mencionado más arriba refiere a que, dentro del campo de los fenómenos de autolesión no suicidas, puedan distinguirse las distintas funciones que los mismos desempeñan en la subjetividad. Sin embargo, como habrá quedado expuesto en la presentación del estado actual del conocimiento, este necesario ordenamiento aún se encuentra en penumbras. En la literatura analizada, se puede notar la dificultad de los investigadores para reconocer y distinguir las diferentes funciones subjetivas de los fenómenos autolesivos sin intención suicida. Pensamos que estas distinciones aún se encuentran en estado incipiente.

Consideramos que los aportes sobre el objeto de estudio provenientes del campo descriptivo son valiosos, pero sólo adquieren sentido y relevancia cuando encuentran alguna significación a partir de elementos fundados en teorías explicativas de la subjetividad. Siguiendo a S. Freud, hemos afirmado que no hay contradicción entre la modalidad descriptiva y el psicoanálisis y hemos adjudicado a este último la posibilidad de brindar la comprensión de los hechos que pueden presentarse a la observación. En el campo psicoanalítico, se pudo observar un actual crecimiento del interés acerca del fenómeno autolesivo no suicida. Sin embargo, tanto para S. Freud como para J. Lacan, estos fenómenos no parecen haber constituido un asunto central de sus indagaciones. Quizás las autolesiones no suicidas no se presentaron con frecuencia ante ellos y/o no eran relevantes en aquellos momentos históricos. En sus textos no puede hallarse la realización de un trabajo que haga foco en este tema y que constituya un abordaje cabal

del mismo. Tampoco encontramos en sus textos elaboraciones que den cuenta de una delimitación conceptual del fenómeno y de sus posibles variantes.

A pesar de ello, hemos rescatado en la obra de S. Freud algunos indicios referidos a los condicionamientos que pueden sufrir las presentaciones del fenómeno de autolesión no suicida según la época y/o la cultura, como así también, los vínculos que pueden tener los mismos con la pulsión de muerte y/o el mecanismo de la vuelta hacia la propia persona.

En la obra de J. Lacan, fueron halladas referencias sobre las “incisiones” entendidas como tatuajes o escarificaciones que formarían parte de las prácticas culturales y que tienen la función de situar al sujeto en el Otro. También se encuentra en J. Lacan la utilización del término “automutilación”, pero no alude a un fenómeno observable, sino que remite a una operación psíquica consistente en una separación que hace surgir el objeto *a* y que determina la división del sujeto. Al igual que los hallazgos en la obra de S. Freud, los indicios tomados de la obra de J. Lacan nos servirán para constituir el ordenamiento interno de las funciones subjetivas que cumplen las autolesiones no suicidas, ya que serán integrados en nuestra propuesta

En la actualidad, sí pueden encontrarse abordajes y elaboraciones más específicas con respecto a los fenómenos de autolesión no suicida en los textos de los psicoanalistas. Como pudo verse en el análisis previo, muchos de ellos destacan la actualidad y/o novedad de estos fenómenos y realizan significativos aportes para la comprensión de los mismos. Observamos en sus textos la recurrencia de ciertos conceptos o nociones, sin embargo, las mismas no aparecen en todos los autores y tampoco son siempre consideradas de la misma forma. Más aún, podrían plantearse ciertas oposiciones en algunos casos. En el análisis realizado ha quedado en evidencia la falta de unanimidad y de criterios compartidos a la hora de teorizar ciertos aspectos de estos fenómenos.

En el campo psicoanalítico, los fenómenos autolesivos sin intención suicida no aparecen como un campo específico y circunscrito de estudio. Tampoco se encuentra, por ende, una organización interna del mismo. Por ello, aparece como algo natural y justificado encontrar primordialmente abordajes parciales e incipientes en los autores trabajados. Por otro lado, del estudio bibliográfico parece derivarse que, el fenómeno autolesivo no suicida puede tomar distintos papeles en la subjetividad. Sin embargo, eso no está lo suficientemente aclarado ni trabajado. Si bien encontramos textos cuyo análisis nos permite deslindar la consideración de distintos conceptos, funciones y/o

mecanismos para estos fenómenos, cada uno de los psicoanalistas parece elaborar una única concepción para ellos sin la formulación explícita referida a la posible diversidad o heterogeneidad de los mismos. Además, con frecuencia, encontramos afirmaciones o elaboraciones teóricas que no están acompañadas por el material de casos en cuya lectura se asientan; lo cual debilita el sustento de las mismas y dificulta su consideración crítica. Por otro lado, quizás por no estar constituido como un campo propio de estudio, estos autores no consideran las producciones -sobre el fenómeno autolesivo- de los demás, de manera que cada elaboración aparece aislada, sin divisarse intercambios o diálogos entre autores.

La excepción a lo mencionado es el caso del texto de J. Dartiguelongue (2012). Esta autora toma en cuenta producciones previas sobre el fenómeno de los cortes corporales autoinfligidos no suicidas e intenta un ordenamiento de las distintas funciones que el mismo puede adquirir. Tiene el mérito de reconocer explícitamente -en el campo del psicoanálisis lacaniano- la diversidad de las descripciones y conceptualizaciones y de intentar llevar a cabo una diferenciación entre ellas. Si bien adherimos a su planteo sobre la heterogeneidad, el ordenamiento propuesto presenta limitaciones. Dando cuenta de la incertidumbre imperante en el campo y de la dificultad de realizar un efectivo esclarecimiento, la autora enumera, luego de presentar su propuesta de ordenamiento, otros casos más que no se incluyeron en la misma, “donde los cortes cumplen otras funciones y se basan en otros mecanismos psíquicos” (p. 45). Explica que no fueron incluidos debido a que no hay publicaciones que los hayan considerado teóricamente, alimentando la idea de la falta de exploración del campo de estos fenómenos y del requerimiento de un ordenamiento superador. La autora, luego, se centrará en un tipo específico de casos que, según afirma, se fundan en una particular operatoria psíquica y no han sido reconocidos aún por otros psicoanalistas. Realiza un significativo trabajo de fundamentación teórica y presenta su propuesta, en forma aislada, de su propio ordenamiento y los aportes de los demás autores.

Pensamos que la diversidad de fundamentos clínicos y las distintas categorías que aparecen en los autores para explicar los fenómenos autolesivos no suicidas merecen ser revisadas y ordenadas. Sostenemos que el ordenamiento y esclarecimiento del mismo no se encuentra satisfactoriamente dilucidado. De manera que esperamos realizar una contribución a ello. Vemos justificado afirmar que los fenómenos autolesivos no suicidas requieren -dentro de la teoría psicoanalítica- una lectura e indagación más abarcativa que los transforme en un campo próspero de estudio. Tal lectura debe permitir

la delimitación del campo, como así también aportar a una mayor comprensión de su heterogeneidad interna, considerando las diferentes funciones que los fenómenos de autolesión no suicida cumplen en la subjetividad. Este ordenamiento interno es el que permitirá dar lugar a la aparición más nítida de aquellas funciones subjetivas emergentes y poco exploradas que han adquirido protagonismo en la actualidad.

8.3. Funciones subjetivas poco exploradas

Si bien los diferentes autores psicoanalíticos contemporáneos realizan aportes que permiten pensar y formular distintas funciones subjetivas en los fenómenos de autolesión no suicida, por nuestra parte, pensamos que existen en la actualidad ciertas funciones que han tomado mayor relevancia y que, sin embargo, se encuentran poco exploradas y escasamente fundamentadas teórica y clínicamente. A pesar de que, en los autores, encontramos indicios referidos a estas funciones, las mismas aún no han sido plenamente formuladas y fundamentadas desde la teoría y los casos de la clínica.

La falta de exploración de dichas funciones puede relacionarse con varios factores: (a) su posible novedad en la época actual y/o la escasa significatividad de casos en el pasado, (b) la tendencia al ocultamiento del fenómeno por parte de sus autores cuando la autolesión cumple tales funciones, y (c) su dirección tan contraria al sentido común que hace obstáculo a su reconocimiento.

Si bien podría afirmarse que todos los actos en los que alguien se lesiona voluntariamente a sí mismo contradicen de alguna forma el sentido común -debido al dolor físico que acarrearán y a su aparente dirección opuesta a la propia vida-, las particulares funciones subjetivas que propondremos para ciertos fenómenos autolesivos lo hacen con más fuerza aún. Resulta que estas autolesiones no sólo no van en la dirección de la muerte, el padecimiento o la desorganización psíquica, sino que mediante ellas el sujeto parece conseguir un inmediato alivio afectivo y/o restituir su estabilidad psíquica. Al menos éstos son los efectos descritos por los propios sujetos y también mencionados por algunos investigadores del fenómeno.

A pesar de tal hallazgo -o como consecuencia del mismo-, se produce la apertura de interrogantes referidos a estas funciones poco exploradas. Como expusimos más arriba, ya hace algunos años que en el campo psicopatológico psiquiátrico se lleva a cabo el debate con respecto a adjudicar o no una entidad clínica propia para cierto grupo

de fenómenos autolesivos denominados recientemente “no suicidas”, y no considerarlos solamente como una manifestación meramente circunstancial de otro trastorno. En la actualidad, la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) ya ha esbozado dicha entidad y se la ha puesto a consideración para continuar su estudio.

Como ya hemos mencionado, a pesar del valor de los aportes descriptivos realizados al campo de fenómenos autolesivos, somos críticos de los mismos, ya que carecen de un marco explicativo que brinde comprensión al conjunto de los hechos, asignándoles significación dentro de una determinada concepción de la subjetividad. Por tanto, consideramos pertinente recurrir al psicoanálisis, en cuanto teoría de la subjetividad, para la comprensión de dichas funciones subjetivas.

Además, en base a los indicios encontrados en la revisión bibliográfica y la lectura de casos, pensamos que, para contribuir a una mayor comprensión del fenómeno, es importante realizar un aporte al esclarecimiento de las relaciones que presentan las autolesiones -que cumplen esas funciones poco exploradas- con respecto a dos conceptos psicoanalíticos de gran relevancia: la angustia y el duelo. Esto se fundamenta en que, tanto el afecto de angustia como los procesos subjetivos de pérdida, se encontrarían estrechamente vinculados con la configuración psíquica que da origen a estos fenómenos, sin embargo, la manera en que tal relación puede establecerse no presenta suficiente elucidación.

PARTE III

CONTRIBUCIONES AL SABER CLÍNICO SOBRE EL FENÓMENO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA

9. Delimitación del campo de los fenómenos de autolesión no suicida

Hemos fundamentado la necesidad de elaborar un ordenamiento conceptual que defina y permita distinguir a los fenómenos de autolesión no suicida de otros fenómenos que puedan presentar elementos similares, pero que, en rigor, no lo son. Tal ordenamiento no se ha logrado de manera clara y convincente, a pesar de que es fundamental para afianzar este campo de estudio actual e incipiente. El establecimiento de este campo nos permitirá luego discernir, dentro de él, las distintas funciones subjetivas que los fenómenos de autolesión no suicida pueden cumplir.

Hemos explicitado que, dentro del psicoanálisis, no se ha formulado una definición o concepto que nos provea tal delimitación. Mencionamos que, dentro del campo descriptivo, no se estableció una definición en forma unánime y se encontró una dispersión terminológica y semántica para referirse a los fenómenos en los que un individuo se lesiona intencionalmente a sí mismo. Todo esto alimenta la necesidad de que los investigadores construyan y adopten criterios que aporten mayor clarificación en lo referente al uso terminológico y conceptual que se da en este campo. Expresamos, también, la necesidad de que los criterios adoptados den lugar preponderante a aspectos subjetivos para que los mismos adquieran relevancia dentro del marco de una teoría de la subjetividad superando las limitaciones de lo meramente descriptivo.

Ya se anticipó que, como primer paso para la delimitación del fenómeno de estudio de esta tesis, se adoptó el término “autolesión” y la definición que brinda el Diccionario de la Real Academia Española, ya que es la que más se aproxima a nuestro fenómeno de interés y evita ciertos malos entendidos de otras definiciones. Allí, “autolesión” presenta el siguiente significado: “daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo” (Real Academia Española, 2014). Otro paso significativo corresponde a la aclaración que circunscribe el fenómeno de estudio sólo a cierto tipo de autolesiones: las *autolesiones no suicidas*. Esta indicación es importante, ya que la definición adoptada de autolesión no excluye a aquellos daños físicos que alguien pudiera causarse con la intención de quitarse la vida, ya sea que logre o no su cometido.

Un aspecto importante para lograr una mayor precisión del concepto de autolesión, y así conseguir una mejor delimitación del campo de estudio, corresponde al uso del término “voluntariamente”, que aparece en la definición adoptada. Esa definición

refiere que, en la autolesión, el daño a sí mismo debe ser voluntario. Ahora bien, el discernimiento de si un comportamiento es voluntario o no lo es, no siempre es sencillo. Por otro lado, requiere adoptar alguna concepción sobre la voluntad y la subjetividad. Por nuestra parte, en vías de dejar aclarado este aspecto, asumimos la noción de sujeto propia de nuestro marco teórico y entendemos a la *voluntad* como un determinado posicionamiento subjetivo en relación al acto lesivo. Consideramos que un acto lesivo del propio cuerpo es voluntario cuando el sujeto puede reconocerse internamente como el autor del comportamiento que conduce a la lesión y, además, asume la intención de haberse querido provocar la lesión mediante dicho comportamiento. Todo esto más allá de que el sujeto pueda reconocer o no el fundamento o la motivación de ese comportamiento.

Esta definición acerca de la voluntad nos permite dar otro paso en el camino hacia la delimitación del campo de los fenómenos de autolesión no suicida: descartar manifiestamente fenómenos donde el daño a sí mismo puede adjudicarse al propio comportamiento o proceso subjetivo del individuo, sin embargo, no puede establecerse con claridad la voluntad de tal lesión. Es decir, excluimos ciertos fenómenos que, desde la definición y el posicionamiento que aquí se adopta, no constituyen autolesiones.

Los fenómenos descartados del campo de las autolesiones son:

1.- Lesión accidental: lesiones físicas que resulten de la casualidad, accidentes o errores del propio comportamiento del sujeto. Más allá de que pudiera leerse o no una intencionalidad o motivación inconsciente en estas lesiones, el sujeto sitúa las mismas por fuera de su voluntad; no reconoce en él la intención de provocar el daño a su cuerpo. En este grupo pueden situarse los fenómenos -que ya hemos mencionado- denominados por S. Freud (1901/1986) como “autolesiones semideliberadas”, ya que el sujeto no reconoce su intencionalidad y presenta tales lesiones como casuales o accidentales, aunque pueda suponerseles un propósito inconsciente.

2.- Lesión indirecta involuntaria: lesiones físicas que son consecuencias no voluntarias e indirectas de otros comportamientos -voluntarios o no- como fumar, drogarse, llevar una alimentación inadecuada, llevar una vida sedentaria, realizar trabajos insalubres, etc. Al igual que en el caso anterior, aquí también, más allá de que pudiera leerse o no una intencionalidad o motivación inconsciente en estas lesiones, el sujeto sitúa las mismas por fuera de su voluntad y no reconoce el objetivo de causarse lesiones mediante esos comportamientos.

3.- Lesión psicósomática: lesiones físicas que se expliquen como fenómenos psicósomáticos. En estos casos las lesiones corporales serían la consecuencia de un proceso psicológico -involuntario e inconsciente- y no la consecuencia de un comportamiento voluntario. Aquí también cabe realizar una aclaración con respecto a los fenómenos corporales denominados *histéricos* -p. ej.: parálisis o ceguera histérica- y distinguirlos manifiestamente de las autolesiones: en estos casos, al igual que en el fenómeno psicósomático, la causalidad se relaciona con un proceso psicológico involuntario e inconsciente, pero además no se encuentra lesión física alguna.

4.- Lesión no voluntaria asociada a trastorno motor estereotipado: lesiones físicas como resultado de un trastorno motor. Se trata de casos con algún diagnóstico de trastorno del desarrollo neurológico que afecta clara y profundamente el comportamiento y el desarrollo subjetivo (p. ej., en el síndrome de Lesch-Nyhan o en el trastorno severo del desarrollo intelectual). En estos casos, a veces, se observan movimientos estereotipados, repetitivos y sin objetivo divisable (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo), que pueden conducir a lesiones del propio cuerpo. Si bien aquí las lesiones son una consecuencia del propio comportamiento del individuo, las mismas se explican a partir de un trastorno de ese comportamiento -frecuentemente fundado en hipótesis causales neurológicas- y sin que pueda adjudicárseles una voluntariedad, ya que no hay un reconocimiento de una intencionalidad lesiva por parte del individuo.

5.- Lesión no voluntaria asociada a comportamiento compulsivo: lesiones físicas como producto de ciertos comportamientos compulsivos y repetitivos en los que el sujeto puede reconocerse como el artífice de los mismos y como responsable de las lesiones que le provocan; sin embargo, no reconoce en él la intención de lesionarse mediante esos comportamientos. Por lo general, el sujeto no puede expresar claramente el motivo por el cual tiene esos comportamientos, refiere que trata de evitarlos, pero no lo logra y, de ninguna manera, asume el propósito o la intención de querer dañarse. Los ejemplos más conocidos de estos comportamientos son: (1) arrancarse cabellos (tricotilomanía), (2) comerse las uñas (onicofagia) generando lesiones, (3) raspado o rascado continuo de la piel produciendo escoriaciones.

En todo esto puede observarse la importancia de adoptar una definición precisa de autolesión y aceptar por definición la voluntad del acto autolesivo como algo intrínseco al mismo. Por el contrario, si se acepta una definición más amplia de autolesión -que no contemple la voluntariedad de la lesión- todos estos fenómenos mencionados, y otros

también, podrían quedar comprendidos dentro de la misma, corriendo el riesgo de volver estéril la noción al incluir una serie de fenómenos excesivamente diversos desde el punto de vista manifiesto, como así también desde el posicionamiento subjetivo.

De todas formas, para aquellos investigadores que deseen adoptar una definición más amplia y reñida con el uso de “autolesión” que aquí hemos asumido, les queda la posibilidad de subdividir a estos fenómenos en *voluntarios* e *involuntarios*, a fin de disminuir las confusiones. En tal caso, tendríamos que especificar que, esta tesis, aborda los fenómenos de autolesión voluntarios y no suicidas.

Con respecto al uso del término “autolesión” bajo otras significaciones, como así también al uso de los términos “autoagresión”, “automutilación” o “*cutting*”, ya hemos expuesto en el apartado referido a las dificultades semánticas y terminológicas halladas en el campo descriptivo.

10. Ordenamiento del campo. Funciones novedosas

Previamente hemos argumentado en favor del requerimiento de realizar un ordenamiento interno del campo de los fenómenos de autolesión no suicida. Como ya se habrá podido inferir de la lectura del estado del conocimiento y sus consideraciones críticas, no resulta fácil lograr una clasificación u ordenamiento significativo de estos fenómenos. Las clasificaciones elaboradas en el campo descriptivo muestran cierta pobreza, o bien, no se basan en criterios subjetivos claros y relevantes. Por otro lado, por los motivos ya expuestos, pensamos que la propuesta de ordenamiento encontrada en el campo psicoanalítico tampoco es satisfactoria.

Las clasificaciones referentes a cualquier campo de fenómenos pueden tomar distintos criterios de ordenamiento. Como ya mencionamos antes, pensamos que las distinciones deben realizarse considerando, primordialmente, criterios que tengan en cuenta la subjetividad de quien se autolesiona, ya que, de esa forma, se vuelven valiosas para el psicoanálisis. Ciertos criterios de descripción objetiva de las autolesiones (p. ej.: profunda/superficial; aislada/repetitiva; grave/no grave; etc.) son importantes y deben ser tenidos en cuenta, pero, para nuestra disciplina, los mismos deben ser supeditados a criterios que involucren la subjetividad.

En nuestro recorrido por los antecedentes del tema ha quedado plasmado que la autolesión -en cuanto fenómeno de observación- no presenta necesariamente un punto de equivalencia, a nivel de la subjetividad, para todos los individuos que llevan a cabo estos comportamientos. Por tanto, debemos pensar el campo de los fenómenos autolesivos como un espacio heterogéneo y considerar las diversas funciones subjetivas que pueden encontrarse en dichos fenómenos. Vale decir, los sujetos muestran algo en común -ya que sus comportamientos cumplen con la definición de autolesión-, pero no necesariamente esos comportamientos presentan una misma función subjetiva en ellos. En la medida en que profundizamos en los aspectos subjetivos de los fenómenos autolesivos no suicidas, aparece una diversidad de funciones que vuelven los fenómenos estudiados más interesantes, pero también más difíciles. Sin embargo, esta consideración es lo que podría contribuir a orientarnos hacia una clínica basada en la posición subjetiva.

Lo relevante para el psicoanálisis es la subjetividad, la posición subjetiva del hablante con respecto a lo que hace, a lo que le pasa, su propia explicación de las cosas. Nos interesa el lugar subjetivo que tienen los hechos o fenómenos que dice que le suceden. Dicha posición se infiere a partir de la escucha del texto subjetivo e implica una determinada lectura del mismo por parte del psicoanalista. Esta lectura le aportará elementos fundamentales para orientarse acerca de un posible accionar clínico.

Hemos adoptado una definición de autolesión que involucra un elemento de subjetividad: la voluntad con respecto a la lesión corporal. A partir de esa definición, pudimos delimitar el campo de los fenómenos de autolesión no suicida y distinguirlos de otros fenómenos parecidos. Ahora, avanzamos en un ordenamiento dentro del campo, considerando mayores sutilezas subjetivas. Sabemos de las falencias que encierra toda clasificación, aun así, arriesgamos una propuesta que intenta ser una contribución con respecto a lo encontrado hasta ahora. Huelga decir que, a pesar de la separación y las diferencias entre las variadas funciones que proponemos de las autolesiones no suicidas, se pueden encontrar muchos aspectos intrincados entre aquéllas y no se pretende eliminar la complejidad de los fenómenos. Además, cabe aclarar que el ordenamiento en estas categorías funcionales no pretende agotar absolutamente todas las posibilidades que se pudieran encontrar en estos fenómenos, pero sí, al menos, alcanzar las primordiales o más frecuentes.

En la construcción de este ordenamiento hemos considerado los aportes referidos a la comprensión del fenómeno de autolesión no suicida hallados en las elaboraciones de S. Freud, J. Lacan y otros autores psicoanalíticos contemporáneos analizados previamente. Esos aportes han quedado, en gran parte, integrados en la propuesta y hemos arribado a una formulación amplia, propia y original. Además, el ordenamiento constituye un paso lógico necesario para poder formular aquellas funciones subjetivas poco exploradas que presentan mayor novedad e interés actual.

El ordenamiento se realiza a partir de las siguientes categorías que corresponden a diferentes funciones subjetivas que pueden cumplir los fenómenos de autolesión no suicidas:

- 1.- Autolesión agresiva.
2. Autolesión por beneficio legal.
3. Autolesión como signo socio-cultural.
4. Autolesión como marca significativa identificatoria.
5. Autolesión como tratamiento del retorno en lo real en la psicosis.

6. Autolesión erógena.
7. Autolesión como significante sustitutivo en el que retorna lo reprimido.
8. Autolesión como *acting-out*.
9. Autolesión como demanda.
10. Autolesión por imitación o “contagio” psíquico.
11. Autolesión como identificación imaginaria.
12. Autolesión como alivio afectivo.
13. Autolesión restitutiva del yo-cuerpo.

En las secciones siguientes exponemos todas estas funciones y brindamos ejemplos de casos tomados de diferentes fuentes. Las últimas dos categorías allí aludidas (autolesión como alivio afectivo y autolesión restitutiva del yo-cuerpo) corresponden a formulaciones más novedosas para dar respuesta a las funciones subjetivas que presentan mayor interés en la actualidad. Exponemos estas funciones con mayor profundidad y ofrecemos los fundamentos teóricos que hemos elaborado para su propuesta.

En nuestra propuesta, la autolesión como alivio afectivo y la autolesión restitutiva del yo-cuerpo son funciones que pueden darse juntas, ya que presentan algunos elementos en común relativos a sus efectos en la redistribución libidinal. En ambas podemos hallar el registro inmediato -a nivel subjetivo consciente- de un alivio logrado a partir de la autolesión. Son funciones concordantes y compatibles entre sí.

Aunque pudieran quedar marcas provisionarias o permanentes en el cuerpo, el mencionado efecto de alivio que brindan estas autolesiones no se alcanza a partir de una función simbólica y/o identificatoria. La función de estas autolesiones tampoco se vincula con algún valor estético para el sujeto. Estos comportamientos no interrogan al sujeto que los realiza ni se les presentan como algo que esconde algún sentido desconocido. La función de estas autolesiones no suicidas tampoco se fundamenta en el establecimiento de un mensaje o una direccionalidad al Otro. Habitualmente, estos actos lesivos se realizan en soledad, en lugares como el baño o el dormitorio y es común que se pretenda hacer pasar desapercibidas sus marcas o registros corporales. Es así como el sujeto suele no mostrar ni comunicar a los demás estas lesiones, y puede suceder que nadie del entorno lo advierta, aún en casos en los que el sujeto reconozca haberse dañado durante largos períodos de tiempo.

En el cumplimiento de estas dos funciones subjetivas, el dolor correspondiente a la lesión corporal puede desempeñar un rol fundamental: aparece como aquello que funciona contrarrestando un intolerable sufrimiento psíquico provocando un alivio subjetivo con respecto al mismo (autolesión como alivio afectivo), o bien, aparece como aquello que consigue recuperar el sentir corporal, permitiendo al sujeto “sentirse vivo”, “sentir que existe”, “sentir su cuerpo como propio” y restituye, junto con ello, su sentimiento yoico (autolesión restitutiva del yo-cuerpo).

Lo más frecuente en las autolesiones no suicidas que cumplen estas funciones es que consistan en lesiones superficiales que no revisten gravedad o riesgo vital, ni requieren asistencia médica especializada. Los lugares del cuerpo donde se realizan estas lesiones suelen ser los antebrazos, los muslos, el abdomen, u otros lugares que intentan ser ocultados de las demás personas. Estas lesiones no suelen implicar al rostro, ni mutilaciones, ni la destrucción irreversible de algún órgano. Todo lo cual apoya, junto con los dichos del sujeto, la conjetura acerca de la no intencionalidad suicida ni destructiva.

Los sujetos que recurren a estos dos tipos de funciones de la autolesión son plenamente conscientes de que sus comportamientos serán incomprensidos por los demás. Lo común es el sentimiento de vergüenza ante los demás por esos actos, o bien, suponer que serán juzgados negativamente. A partir de esto es que justifican sus intentos de ocultamiento. Estas autolesiones son difíciles de comprender para los demás, ya que presentan un contenido paradójico muy marcado para el sentido común: a pesar de la crudeza de la lesión corporal, tienen una preponderante función subjetiva asociada a la recuperación homeostática.

11. Funciones de los fenómenos de autolesión no suicida: conceptualización y casos

A continuación, desarrollamos la propuesta ordenadora del campo de los fenómenos autolesivos no suicidas en base a las distintas funciones subjetivas que los mismos pueden cumplir. Esta exposición cuenta con una breve elaboración conceptual de cada una de dichas funciones, acompañada por los correspondientes casos (testimonios autobiográficos, casos clínicos, recortes periodísticos, textos de estudios antropológicos, etc.), en los cuales se encontraría presente en forma predominante la función definida.

En la medida de lo posible, rescatamos al máximo el texto del protagonista de la autolesión. Buscamos la textualidad y los enunciados de los artífices del comportamiento autolesivo, ya que allí se encuentran los elementos más importantes que permiten acercarnos a la lectura de la subjetividad.

Para cada categoría funcional formulada acerca del fenómeno de autolesión no suicida, intentamos mostrar distintos casos. Esto contribuye al fundamento de la elaboración conceptual al tornar presente una regularidad en los mismos, más allá de su singularidad propia.

Como hemos mencionado antes, en todo este trabajo de lectura clínica y conceptual hemos brindado espacio a la consideración a aquellos indicios que aparecen en los “textos” y que entendemos son fundamentales en la construcción de esta propuesta.

Con respecto a las funciones subjetivas más novedosas y poco estudiadas que hemos propuesto, presentamos un mayor número de casos que contribuya a su justificación clínica y, luego -en capítulos subsiguientes-, una fundamentación teórica profunda que les dé también un sólido sustento conceptual.

11.1. Autolesión agresiva

La autolesión agresiva es aquella autolesión cuya función es ejercer la agresión sobre sí mismo a través del daño corporal. Mediante la lesión deliberada sobre su propio

cuerpo el sujeto consigue ejecutar su tendencia agresiva-destructiva. Esta agresión puede quedar expresada bajo los afectos de la ira, el enojo, la rabia, la bronca, el odio, etc. que el sujeto manifiesta sobre sí. El elemento primordial está dado por la acción destacada de la pulsión de muerte volcada sobre el propio sujeto. Este ejercicio agresivo sobre sí podría quedar registrado subjetivamente como un autocastigo o autorreproche, a pesar de lo cual no manifestarse ni constatarse una intencionalidad suicida.

Esto es coherente con la utilización de nociones como “autoagresiones”, “violencia sobre sí” o “vuelta de la agresión sobre sí”, por parte de algunos autores psicoanalíticos contemporáneos para referirse a ciertos casos de comportamientos autolesivos.

Esta función de la autolesión puede ser comprendida en la línea de la concepción freudiana del masoquismo moral y la necesidad de castigo. Es decir, una condición en la que el masoquismo afloja su vínculo con la sexualidad y donde el propio padecimiento del sujeto es lo que importa.

Por esto es que se comprende el hecho de haber encontrado que algunos de los psicoanalistas contemporáneos previamente estudiados mencionan la presencia de un goce masoquista en el fenómeno autolesivo. Esta autolesión no suicida toma la función inconsciente agresiva, martirizadora, castigadora, masoquista y, en ello, radica el goce pulsional.

Recordemos que S. Freud menciona que, cuando la persona se abstiene de aplicar sus impulsos destructivos en la vida exterior, la parte relegada de esos componentes pulsionales agresivos acrecienta el masoquismo en el interior del yo, o también puede ser acogida por el superyó y aumentar su sadismo hacia el yo (Freud, 1924b/1984). Es en este sentido que queda integrado aquí el aporte freudiano antes mencionado acerca del ataque de furia expuesto en “Esquema del psicoanálisis” (Freud, 1938/1986). Como ya fuera explicado, este ataque consiste en la situación en la que el sujeto se arranca los cabellos y se golpea el propio rostro con los puños, lo cual ilustra el pasaje desde una agresión dirigida al exterior -pero que ha sido impedida- hacia la destrucción de sí mismo mediante la vuelta de la agresión hacia la persona propia.

Si bien estamos refiriéndonos a una función no suicida del fenómeno autolesivo, su vínculo con los comportamientos suicidas es estrecho. Pensamos que, bajo esta función agresiva de la autolesión, pueden registrarse los graves casos de “lesiones autoinferidas” de los que hablaba S. Freud (1901/1986, p. 175). Consideramos, entonces, que él advertía que, en estos casos, no se podía excluir al suicidio como el desenlace final del conflicto psíquico que subyace a estos comportamientos.

Caso 1

Caso clínico Elisa: odio por la propia imagen.

M. Recalcati (2003) realiza algunas puntuaciones sobre un caso clínico propio. Se trata de Elisa, una joven adolescente gravemente anoréxica. Al respecto cita a la paciente:

Cuando me miro al espejo, me odio. A veces el asco por mi cuerpo es tan fuerte que quisiera partirme en pedazos. Pero lo que veo en la grasa es siempre la mirada cargada de reproches de mi madre, cuando de niña me conducía ante el espejo y me regañaba porque había engordado, gritando: «¡Tú no eres mi hija!». (p. 89)

El autor expone que, en la anorexia, la deformación de la especularización narcisista consiste en que el espejo no ofrece al sujeto el soporte pacificador del ideal del yo, sino solo la mirada cargada de reproches del superyó materno.

De esta forma, expresa el autor:

(...) el odio por la propia imagen transforma así el cuerpo en un blanco masoquista. El único modo que parece encontrar Elisa para tratar lo real en exceso del cuerpo pulsional que la pubertad comporta es el de su martirización: cortes, golpes, privaciones de todo género, quemaduras, depilaciones dolorosísimas. (p. 89)

Recalcati (2003) sostiene que esas operaciones se anclaban en el encuentro traumático con el rechazo materno de su imagen y advierte que la expulsión del deseo del Otro se transformó en un empuje hacia la muerte.

Caso 2

Caso clínico Marisa Soledad: “nunca había gustado de la vida”.

Presentamos aquí algunos recortes del caso presentado por A. Storchi (2005):

Marisa Soledad lloraba desde chiquita sin que este llanto haya sido significado de un modo particular. Lloraba simplemente como si el llorar fuese algo cotidiano, como el dormir, el comer o el gatear. Se enfermaba a menudo y las enfermedades eran tratadas como los llantos: sin palabras, pero con un apresurado hacer en el cuerpo. (p. 99)

Según ella, nunca había gustado de la vida. Simulaba siempre estar contenta, pero no lo estaba. Cuando tenía 10 años, jugueteó con un revólver que tenía escondido el padre. Recuerda también que, ante la ruptura con un noviecito, le dijo al hermano que se quería tirar por la ventana. (pp. 99-100)

Después de la primera relación sexual, el novio le dice que la quería como amiga y no como novia. Aquel enigmático llanto infantil retorna con toda su fuerza, se golpea la cabeza con la pared y la crisis no cede. Dice que la vida no tiene sentido. Se pega en la cara y se hace agujeros en el lóbulo de la oreja. (p. 100)

Ya internada, dice que ella debe tener algo por lo cual, cada vez que quiere a alguien, ese alguien la deja: su abuela que murió, luego su tía, la perra, Rodrigo (el cantante) y, por último, su novio. Duelos interrumpidos, cadáveres no enterrados aún, que a veces la «llaman». (p. 100)

Caso 3

Testimonio virtual⁸: “odiaba mi cuerpo”.

Bueno creanme que no es facil hablar de esto... bueno tengo 16 años y soy de chile no recuerdo muy bien pero creo que la primera vez que me AL fue cuando tenia 14... solo fueron 1 que otro corte, pero la segunda vez fueron más y más y cada vez aumentaban. lo asia porque me sentia sola, odiaba mi cuerpo y jamas me e sentido querida.

Tambien en algun dia pense en suicidarme porque odiaba lo que estaba viviendo. Una vez mi prima (que es sicologa) me dijo que las personas se suicidaban para producirles daño a la gente que le rodeaban... pues yo jamas

⁸ Ver Testimonio IV, Anexo. En las citas referidas al Anexo, se reproducen los textos tal como fueron publicados en el sitio auto-lesion.com; con “AL” se refieren a autolesiones.

quise hacer eso, osea si me suicidaba era porque yo no queria seguir viviendo, jamas para causar daño...

Mientras pasaban los dias, mas me odiaba y me AL... incluso me encantaba las cicatrices que quedaban... pero con el tiempo les empese a tener miedo, nos e porque pero lo asia... depues los sapsos de tiempo de que me AL eran largos, solo en ocaciones me AL pero eran mas intensos... jamas fui al sicologo... no me dan confiansa.

Bueno actualmente no me AL ya casi 3 meses... pero tengo miedo de volverlo hacer....

Las marcas quedan pero le deseo de volverlo hacer tampoco se ira...

Caso 4

Testimonio virtual⁹: “estoy harta de mí”.

(...) Esto va cada vez peor, mi sentido de la vida cada vez se deteriora al grado de pensar en terminar con todo de una buena vez, cabe mencionar que desde comencé mi adolescencia, siempre he pensado en quitarme la vida, y en la actualidad tengo 23 años, y a nunca he dejado de considerarlo, es cobarde de mi parte querer morir, pero también es cobarde no decidirlo de una vez por todas, supongo que estoy esperando una buena excusa.

Me siento culpable por sentirme así, culpable por defraudar a mi familia y no confiar lo suficiente en ellos para contarles sobre esto, culpable de ser torpe, culpable de ser estúpida, culpable de no ser lo suficientemente hermosa, culpable de no ser buena hija, culpable de fracasar en una relación sentimental...así podría continuar, siento que soy culpable de todo y que los demás están hartos de mi, que los canso, que soy una molestia, que me ven por compromiso, que en realidad no quieren estar a mi lado, sólo lo hacen por mero compromiso, quisera dejar de estorbar, de respirar, de sentir, de llorar y de cortarme.

Un día de estos, me da miedo pensarlo, pero en vez de cortarme la piel, terminaré con mis venas un millón de veces lo he pensado, pero me detienen mis padres, el pensar en ellos, pero últimamente no me está importando mucho, estoy muy asustada, no puedo dormir pensando en eso, estoy muy triste, hace meses

⁹ Ver Testimonio II, Anexo.

que estoy así, llorosa, vulnerable, no puedo reír sin inmediatamente después recordar la basura que soy y que siento dentro de mí, son mis demonios que no me dejan en paz, me siguen a todas partes, ESTOY HARTA DE MÍ!!!

Siento mucho rendir testimonio pero es el único método que tengo de expresar casi como me siento, ya que con NADIE, puedo hacerlo, se me cierra la garganta y debo siempre aparentar que nada me pasa, que estoy bien, que soy feliz, bromista, etc...muriéndome por dentro.

Que Dios me perdone, pero algo he hecho que estoy siendo castigada, y soy culpable de TODO.

Caso 5

Testimonio de Aicha: “necesitaba que lo hiciera sufrir”.

Necesitaba que lo hiciera sufrir, este sucio cuerpo, dijo Aicha. Yo lo odiaba, sólo me traía problemas. No lo había elegido. No pedí nacer. Desde que tuve el coraje, lo ensucí realmente: me divertía quemándome con colillas de cigarrillos, o, cuando estaba en clase, agarraba mi cutter y me sangraba, muchas cosas así. Una verdadera sádica en realidad. (Le Breton, 2019, p. 44)

Caso 6

Caso clínico Ludmila: “mirá lo que le hago a tu hija, hija de p...”.

De lo presentado por E. Müller (2010), tomamos el siguiente recorte para mostrar una autolesión agresiva:

Ludmila de 12 años tenía ese aspecto que uno podría definir como «incapaz de matar una mosca». Enojada por no poder enojarse con sus padres y con «sus injusticias», una noche terminó de decidirse por cortar con el gancho filoso de una percha de tintorería su antebrazo. Esa primera vez duró muchísimo, «como si lo hiciera en cámara lenta». La lentitud fue interrumpida por la sangre que si bien poca, salió rápida. El comienzo del análisis también fue en cámara lenta, hasta que en una sesión, Ludmila, que estaba recordando ese momento del corte, recitó rápido: «mirá lo que le hago a tu hija, hija de p...» y no pudo terminar la frase. La

cortó. Conmovido se lo dije: «cortaste la frase». Y ella como saliendo de un trance dijo, nos dijo, llorando: «las frases a veces también tienen sangre». (p. 22)

11.2. Autolesión por beneficio legal

La autolesión por beneficio legal es aquella autolesión que se realiza con la intención de conseguir un beneficio que se deriva normativamente de la lesión corporal (ej.: cobrar un seguro o indemnización, conseguir una licencia, no ingresar al ejército, conseguir un traslado institucional, simular una categoría legal como la inimputabilidad, etc.). Por tanto, tiene la función de constituirse en un medio deliberado que va a permitir hacer usufructo de algo que el sujeto considera una ganancia para él. Cuando se trate de una situación fraudulenta, el sujeto esconderá su intencionalidad y/o responsabilidad en la lesión ante las instancias involucradas en el otorgamiento del beneficio, aduciendo causas accidentales, involuntarias o desconocidas.

Caso 1

Testimonio de Tomás: se autolesiona para que lo lleven al módulo de refugiados.

Casado Marin (2011), refiriéndose a la autolesión en el medio penitenciario, nos dice que la misma puede producirse por varias razones. Una de ellas es:

(...) para escabullirse de su módulo o como alternativa a solicitar la aplicación del artículo 71: normalmente son cortes superficiales en brazos y en el abdomen. Como consecuencia de deudas que se generan dentro del módulo y para evitar pedir desde su módulo el refugio (puesto que está mal visto) es posible que se autolesionen para, desde la enfermería, poder solicitarlo. (p. 41)

Tomás (interno en un centro penitenciario de los alrededores de Barcelona) expresa:

Si te autolesionas vas a la enfermería, en la enfermería pides el artículo este y ya te llevan al módulo este de refugios. Porque uno puede preferir ir al módulo este

a que le claven un puñal, que eso también se ha dado...si tú contraes deudas y no pagas ya sabes lo que te espera. (Tomás, 46 años). (p. 41)

Caso 2

Texto periodístico: “se sierra una pierna para cobrar el seguro” (sic)

El “Periódico de Aragón” publicó, el 8 de junio de 2014, un artículo titulado “Se sierra una pierna para cobrar del seguro” [sic]. El cuerpo del artículo reza lo siguiente:

Víctima y agresor al mismo tiempo. Un vecino de Rosselló (Lérida) decidió autolesionarse, cortándose completamente una pierna, para cobrar las indemnizaciones de dos seguros que había contratado anteriormente y según los cuales, en caso de sufrir una amputación, recibiría entre 150.000 y 200.000 euros de cada póliza. (...) Con premeditación y sangre fría, el detenido, de 46 años y de nacionalidad eslovaca, se seccionó totalmente una pierna por debajo de la rodilla con una sierra radial, una herramienta propiedad de la empresa donde trabajaba y de la que había sido despedido el día anterior. (...) Un día después de perder el empleo, el presunto estafador acudió a la empresa para recoger sus pertenencias, momento que aprovechó para llevar a cabo su doloroso plan. La policía sospechó de inmediato que este supuesto accidente laboral podía no ser tal, sino una autolesión. (Visa, 2014)

Caso 3

Texto periodístico: se autolesiona en su trabajo para cobrar el seguro.

El “Diario de avisos” de Canarias publicó el 5 de mayo de 2017 un artículo titulado “Una mujer se autolesiona en su trabajo para cobrar el seguro y le sale mal la jugada”, el cuerpo del artículo dice:

Sheyla Verónica White estaba trabajando como un día cualquiera cuando uno de los rociadores de agua contra los incendios instalado en el techo cayó sobre su mesa. Fue entonces donde sin dudarlo comenzó a golpearse con él en la cabeza, para simular que le cayó encima. La mujer lo denunció posteriormente a la compañía de seguros de la empresa sin saber que toda la secuencia había sido

grabada por las cámaras de seguridad, lo que hizo que la trabajadora fuera condenada por fraude de seguros a 18 meses de libertad condicional. (Diario de avisos, 2017)

11.3. Autolesión como signo socio-cultural

La autolesión como signo socio-cultural consiste en una autolesión que puede formar parte de un ritual o un comportamiento establecido por la cultura, sociedad y/o religión en la que participa el individuo. Tiene un fundamento histórico y presenta una determinada significación para un grupo humano específico. Puede constituir un rito de pasaje, un sacrificio, establecer una función social para el individuo, una comunicación con los dioses, una devoción, una expiación, un duelo, etc. Comúnmente, se trata de acciones que implican lesiones o mutilaciones corporales dolorosas que dejan marcas visibles que pueden relacionarse con la identidad social del individuo. La lesión, el dolor y/o la marca resultante funcionan como signos, portando un valor establecido para el grupo social, más allá de la significación personal que pueda implicar.

Puede pensarse que muchos casos de autolesiones implicadas en los ritos sociales de pasaje o de iniciación son una manera de inscribir en el cuerpo una marca que da cuenta de la inscripción del individuo en una nueva legalidad, la cual implica tanto las ganancias como las pérdidas correspondientes a ese nuevo estatus social. En otros ritos autolesivos puede tratarse del cumplimiento de una legalidad -establecida en las creencias de ese grupo humano- que le corresponde al individuo por ocupar una determinada función o lugar social.

Los sociólogos han observado que, en las actuales sociedades occidentales, los ritos de pasaje están ausentes o son casi inexistentes en comparación con las sociedades tradicionales.

Desde la perspectiva psicoanalítica, consideramos pertinente el abordaje de esta función de la autolesión no suicida teniendo en cuenta el aporte lacaniano, antes mencionado, referido a la "incisión" -al modo de tatuaje o escarificación- como una forma de encarnar la libido en el cuerpo y cumplir la función de situar al sujeto en el Otro, indicando su lugar en la configuración de las relaciones de grupo (Lacan, 1999).

También corresponde recordar aquí los dichos de S. Freud referidos a la existencia de autolesiones que no apuntan al total autoaniquilamiento, que, en culturas

antiguas, se establecían como uno de los signos posibles de un duelo o se configuraban como la expresión de tendencias piadosas y de retiro del mundo (Freud, 1901/1986).

Otro aporte del psicoanálisis relativo a la función de este tipo de autolesión puede ser lo referido por J-A. Miller (2010), quien afirma que:

Existen sistemas sociales en los que la pérdida simbólica (aquella pérdida que en el neurótico resulta de la operación del lenguaje sobre el cuerpo sacando de él una parte de manera invisible y simbólica) además debe estar representada por la escarificación o la mutilación. Se busca en el cuerpo qué pedacito puede sacarse que no sirva demasiado. El signo de la alianza judía con la divinidad es en este sentido una mutilación sagrada. La extirpación del clítoris tiene por objeto borrar el goce suplementario que es el privilegio femenino. (p. 376)

Caso 1

Autolesiones en los ritos aztecas: efusiones de sangre.

Entre los ritos sangrientos que practicaban los aztecas, relacionados con personas humanas, encontramos el “autosacrificio” o efusiones de sangre.

Como primer acto, cualquier ritual iniciaba con una penitencia que asociaba varias clases de mortificaciones: el ayuno, la abstinencia sexual, la reclusión, la vigilia y las efusiones de sangre. (...) El penitente practicaba autosacrificios sangrientos. Horadaba la piel de varias partes de su cuerpo –brazos, piernas, orejas, párpados, lengua y pene– con la ayuda de instrumentos puntiagudos –espinas de maguey, punzones de hueso o sangraderas de pedernal. Hacía brotar la sangre para untar con ella varias tiras de papel o introducía cañas o cuerdas a través de su carne. Las espinas de maguey ensangrentadas eran presentadas sobre ramas de pino (...). Un fuego alumbrado especialmente para la ocasión debía arder durante la totalidad del periodo de penitencia. (...) El rey de los aztecas aguantaba unas mortificaciones penosas al inicio de las ceremonias de su instalación en el poder. Luego, durante todo su reino, reiteraba muy a menudo las penitencias, en compañía de los guerreros y los sacerdotes, antes de salir a la guerra, en caso de desastre y hambruna y al principio de las principales fiestas anuales. (...) Las efusiones de sangre fueron una práctica común en Mesoamérica, desde los

olmecas cuando menos, y los arqueólogos han encontrado en el sitio de La Venta varios agujones de raya que tenían este uso. Entre los mayas, instrumentos de origen marino como los agujones de raya y las dientes (sic) de tiburón fueron encontrados al lado de sangraderas de pedernal y obsidiana. Así durante más de dos mil años el hombre mesoamericano no ha dejado de automutilarse. El autosacrificio era una práctica dura pero no llegaba nunca al punto de provocar la muerte del penitente. (Dehouve, 2010, pp. 24-25)

Caso 2

Autolesiones en el cristianismo e islamismo.

Tomamos lo referenciado por Casado Marin (2008):

Referencias a la autolesión corporal en el cristianismo hay muchas, por poner algún ejemplo en el *Nuevo Testamento* se hace referencia a la curación del endemoniado de Gerasa, que “Día y noche vagaba entre los sepulcros y por la montaña, dando alaridos e hiriéndose con piedras” (San Marcos, 5: 5). Otro ejemplo serían los monjes, eremitas y anacoretas que, en el siglo IV, se retiraban durante meses al desierto para probar así su resistencia a las tentaciones terrenales y mortificar sus carnes. Pero no únicamente en el cristianismo este tipo de prácticas han sido más o menos legitimadas. Durante la celebración de la fiesta del Ashura, los musulmanes chiíes salen a la calle para celebrar la muerte del imán Hussein, nieto de Mahoma. Esta celebración religiosa se caracteriza por la autolesión pública (tanto de niños como de mayores) y sus cánticos de dolor. En el barrio del Raval de Barcelona, hace un par de años se prohibió la exhibición pública de la autolesión durante la celebración de la Ashura y, como consecuencia de esta represión, la autolesión y la sangre se tradujeron en fuertes golpes en el pecho como señal de su dolor” (p. 56).

Caso 3

Autolesiones en Filipinas y el norte de España.

Las prácticas ritualizadas y públicas de las agresiones deliberadas al cuerpo son comunes en muchas sociedades humanas, más allá de los ritos de pasaje donde

son tradicionales. Así, todavía hoy en Filipinas, durante la semana santa, hay hombres que piden ser crucificados. Patrick Vandermeersch (2002) describe las flagelaciones que tienen lugar en el norte de España, en San Vicente de la Sonsierra, en especial el jueves y viernes de semana santa. Allí también hay hombres que se flagelan la espalda con largas trenzas de lino hasta producirse hematomas. «Cada penitente tiene un acompañante que lo monitorea, lo incita o calma según el caso, para que pueda entrar en trance, pero lo presiona a golpearse más fuerte si flaquea. De hecho se trata de evitar cualquier crueldad inútil. Hace falta golpearse rápido y fuerte, llegar rápidamente al estado donde la espalda esté suficientemente magullada para recibir los pinchazos que van a librar al penitente» (p. 18). (Le Breton, 2019, p. 13)

Caso 4

Autolesiones paganas como señal de duelo.

En el libro en el que R. Brown (2005) realiza comentarios sobre el *Antiguo Testamento*, quedan descritas “costumbres paganas y tradiciones impías” (p. 180) correspondientes al pueblo cananeo y sus naciones circundantes:

Una de ellas era cortarse el cuerpo con piedras afiladas o cuchillos, o raparse el cabello como señal de duelo o en momentos de gran angustia. Un texto Ugarítico describe vívidamente un ritual de duelo cananeo:

Corta sus mejillas y barbilla, lacera sus antebrazos.

Hace surcos en su pecho cual un jardín;

Lacera su espalda como un valle.

Las costumbres paganas de este tipo aún se practican en ciertas zonas de Nueva Guinea, donde la persona que ha perdido a un ser querido, como señal de duelo, puede amputarse la falange de un dedo. En el mundo antiguo, estas formas de automutilación formaban parte clara de la religión pagana, y se pensaba que tenían un efecto mágico. Dios prohíbe directamente esta forma de responder al duelo. (p. 181)

11.4. Autolesión como marca significativa identificatoria

La autolesión puede implicar la función de una marca corporal significativa identificatoria. La realización de tal marca responde a una decisión personal y tiene una significación singular para quien se la realiza. Puede jugar un papel en la configuración de la identidad ante los demás.

Esta función de la autolesión se encuentra, habitualmente, implicada en las prácticas personales del tatuaje, *piercing*, escaras, etc. Estas prácticas simbólicas se acompañan de una lesión corporal que permite el establecimiento de una marca que se relaciona con la producción de una insignia corporal personal. En estos casos, las lesiones pueden ser llevadas a cabo por el propio sujeto o bien hacérselas hacer por un especialista. Esto último suele primar cuando se quiere cuidar la seguridad personal y el diseño de la marca requiere la intervención de un experto.

La marca corporal de estas autolesiones conlleva una función simbólica reconocible, se vincula con la historia personal, funciona como una inscripción, tiene un uso vinculado a la palabra y, por tanto, al inconsciente.

Caso 1

Testimonio de Martín: homenaje a su padre.

Martín (21 años) refiriéndose a sus tatuajes dice:

(...) el primero me lo hice a los 16 años, una cruz en el brazo. Fue al año de morir mi papá, como un homenaje a él... Así me inicié, con un objetivo. No me voy a arrepentir nunca de lo que hice... Yo ya manejaba, era un tipo bastante maduro y mi vieja me dijo que ya era responsable de lo que hacía. Conocí a R., un chico que tatúa, y bueno, digamos que él me inició en esto, vimos juntos revistas... Yo traje a muchos amigos que recién cuando me vieron tatuado se animaron a hacerlo y ahora ya les agarró el gustito y van por seis o siete tatuajes. (Reisfeld, 2004, p. 78)

Caso 2

Testimonio de Joe: “una especie de limpieza”.

En el testimonio de Joe pueden ser pensadas distintas funciones de la autolesión, entre ellas su valor subjetivo como marca significativa.

Joe deseaba un piercing doloroso, pero en la tienda a la que concurre, le dicen que él ya tiene los que provocan más dolor. El artesano le comenta entonces del *branding* y del *cutting*. «Por una razón u otra, un *cutting* parecía una buena idea ese día». Decide hacerse grabar dos líneas que contienen un ojo sobre un brazo. «La primera cortadura fue la sensación más extraña que jamás tuve. Fue bastante malo. Pero había otra sensación difícil de describir, la sensación del escalpelo que pasaba suavemente por mi piel como un hilo. Pero poco después comencé a reír. Yo no sabía por qué me reía tanto, pero me aliviaba de todas las cosas que me molestaban, el dolor interior que estaba allí hacía mucho tiempo». Luego viene el momento doloroso donde la piel se quita para dejar una marca más sensible de la figura deseada. «Fue para mí el momento más simbólico. Cuando me mudé, me separé de una chica con la que había vivido dos años. Un mes antes de mi partida, ella me dejó. Eso me dolió como nunca antes me había dolido. Entonces la piel que desplegaba era un símbolo, una especie de limpieza. Era formidable pensar que había dos líneas de piel, una por cada año. Al salir, tenía un sentimiento maravilloso, la impresión de estar encima del mundo. Había superado otro de mis miedos. Me había hecho cortar también por esa razón. La sensación continuó mientras volvía a casa en auto y se mantuvo por días enteros». (Le Breton, 2019, pp. 51-52)

Caso 3

Testimonio de Vera: “te da carácter”.

En una entrevista (Reisfeld, 2004), Vera, de 20 años, relata:

(...) tengo un grupo de amigos muy unidos y todos tienen un tatuaje. Es una forma de identificación porque cuando ves una persona tatuada podés hablar de determinadas cosas, tienen más libertad, hay más gustos en común, como la

música... rock, heavy rock, como Guns n´Roses, Rolling Stones. Siempre quise tatuarme pero mis padres eran dominantes, se oponían y yo tampoco disponía de plata. Después de que me casé me siento más liberada de mis padres y de la sociedad en general. Ahora tengo el dinero para hacérmelo. Hace dos años murió una íntima amiga en un accidente. Engordé después unos 20 kilos. Ahora estoy bajándolos. Las dos planeábamos hacernos un tatuaje. Para mí es autoafirmación, algo propio, una marca registrada, te da más fuerza, como un talismán. Te da carácter (...). Tengo dos ideas en mente. Una, de una película *Asesinos por naturaleza*. Uno de los personajes tenía dos serpientes tatuadas y me encantó el diseño. Me gustan mucho las cobras. Mi papá me hablaba mucho de ello porque siendo soltero vivía en una granja y tenía una cobra. Me contaba cómo se la enroscaba por el cuello y el cuerpo. La otra idea es de la película *Drácula*, un crucifijo. Siempre me gustaron mucho los crucifijos. Para mí, crucifijo significa muerte. (Reisfeld, 2004, pp. 77-78)

Caso 4

Testimonio de André: verse como un “duro”.

André se tatuó tres puntos en triángulo sobre el hombro izquierdo en los baños de la escuela. Reproduce, sin conocer el significado, un signo que vio en algún otro. La intención de afirmarse está redoblada por el hecho que le gusta mostrar su tatuaje «para asustar», para verse como un «duro». (Le Breton, 2019, p. 57)

11.5. Autolesión como tratamiento del retorno en lo real en la psicosis

La autolesión como tratamiento del retorno en lo real en la psicosis es la autolesión que funciona como defensa frente al goce en exceso, que se produce en un sujeto como consecuencia de la ausencia de la operación de la castración simbólica sobre el cuerpo. Es decir, esta autolesión es considerada como una operatoria real, que intenta limitar el retorno de goce en el cuerpo que surge como efecto del mecanismo de forclusión, que funda la estructura de la psicosis. Por lo general, esta autolesión se produce dentro del conjunto de otras manifestaciones que suponen una estructuración psicótica. Por tanto, cuando el sujeto habla sobre tales autolesiones, usualmente, lo hace enunciando

pensamientos extravagantes, ideas delirantes y/o alucinaciones. En las situaciones más extremas -desde el punto de vista del riesgo físico-, no sorprende encontrarse con lesiones graves o mutilaciones de partes del cuerpo.

Para comprender esta función de la autolesión, tomamos los aportes de J-A. Miller (2010) antes mencionados. Este autor sostiene que el psicoanálisis tiene su propia conceptualización sobre la automutilación de partes del cuerpo realizada por psicóticos. Postula que la castración freudiana es el resultado de la operación del padre/lenguaje sobre el cuerpo. Tal operación consiste en dividir y sustraer una parte del mismo. Mientras que en el neurótico esto se produce de manera invisible y simbólica, en el psicótico esta operación se encarna en lo real mediante la automutilación. Siguiendo a J-A. Miller (2010), la automutilación psicótica es una consecuencia de la falta del objeto perdido. En otras palabras, la función de esta automutilación psicótica consiste en intentar sustraer algo del cuerpo como modo de encarnar en lo real la pérdida estructural que no se ha producido, debido a que no se ha dado la castración en cuanto operación simbólica sobre el cuerpo.

Lo postulado J-A. Miller (2010) encuentra articulación con las consideraciones de J. Lacan previamente mencionadas acerca de la “automutilación”, entendida como aquella operación psíquica primitiva de separación en la que se origina el objeto *a* y con ello la división subjetiva (Lacan, 1999). Entonces, como consecuencia de la falla de esta operación psíquica de constitución del objeto en la psicosis, tendríamos la automutilación real del cuerpo. J-A. Miller (2010) apunta que, en la automutilación psicótica, la pulsión va en búsqueda del objeto en el propio cuerpo, ya que éste no se ha constituido como separado de aquél. Ilustra esta noción mencionando la situación de la boca que se besa ella misma y se muerde hasta desgarrarse.

En la misma línea argumentativa, pueden ubicarse los aportes de C. Soler (1989), quien afirma que, en la psicosis, se pueden diferenciar los fenómenos primarios de las elaboraciones o soluciones que responden a esos fenómenos. La autora afirma que J. Lacan promovió a la forclusión como causa significativa de la psicosis y, por tanto, a los retornos en lo real como lo que abrumba al sujeto. La elaboración delirante no es la única forma de compensar los efectos de la forclusión. Hay otras soluciones que no recurren a lo simbólico, sino que proceden a una operación real sobre lo real del goce no apresado en las redes del lenguaje.

Así es que, para C. Soler, los pasajes al acto auto -y hétero- mutiladores se constituyen como un tratamiento de lo real por lo real.

Van Gogh (...) corta en carne viva su cuerpo y su imagen, que él disimetriza para convertirse en el hombre de la oreja cortada. Esta oreja en menos, como en muchos otros atentados de la psicosis (...) realiza en acto, a título casi de suplencia, el efecto capital de lo simbólico, esto es, su efecto de negativización del ser viviente. Del daño causado en acto al cuerpo propio o también a la imagen del semejante, de la agresión mutiladora hasta el suicidio o el asesinato, la mutilación real emerge en proporción a la falta de eficacia de la castración, y ello hasta el punto de adquirir a veces un alcance diagnóstico. (Soler, 1989, pp. 18-19)

Caso 1

Caso clínico Anna: las voces se apagaban.

M. Recalcati (2003) presenta un fragmento clínico de una paciente que llama Anna, a quien caracteriza como un sujeto psicótico, para ejemplificar cómo la función de la letra puede encarnarse. Tomamos fragmentos de esa presentación para mostrar la autolesión psicótica.

Anna es atendida por una anorexia restrictiva grave que la reducía a un “cadáver ambulante”. La anorexia había surgido después de su primer ciclo menstrual y tras la separación de su hermana gemela. Hechos que “sustraen al sujeto su prótesis imaginaria (la hermana gemela) y la exponen al encuentro -para ella no simbolizable- con lo real del cuerpo sexual” (p. 265). Anna evita absolutamente los “alimentos rojos”.

Cuando tuvo su primer contacto sexual estaba convencida de haber contraído una infección mortal. Vio su cuerpo muerto en la cama, como desdoblado. Fue en una de esas circunstancias cuando - según me confió tras un cierto periodo de tiempo- escuchó por vez primera unas voces metálicas que la insultaban. Una alucinación visual la perseguía desde entonces: los melocotones que su padre mojaba en el vino se transformaban en jirones de carne humana empapada en sangre... (p. 265)

Su cuerpo se le apareció como una «condena a muerte». Le gustaba purificarlo, liberarlo del pecado. [Utilizaba] una especie de sistema de escritura arcaico y terrible (...). Para conjurar la amenaza de las voces que la incitaban a

arrojarse contra los coches en movimiento o a defenestrarse, grababa su propio cuerpo como si fuera una «página en blanco» (p. 265).

Signos, letras, grafitis formaban parte de una especie de lengua perdida cuya clave de acceso ni ella misma conocía. “La operación a la que se sometía era similar a un tatuaje. Pero este auto-tatuaje sustituía al tatuaje simbólico fallido por parte del Otro” (p. 265).

El efecto de estas incisiones, de estos cortes en el cuerpo era el de producir una especie de apaciguamiento en el sujeto: las voces se apagaban, podía dormirse, podía quedarse más tranquila. (p. 266)

El cuerpo se convertía en un campo de batalla: por una parte, aparecía como poseído por el Goce del Otro, por otra, el sujeto parecía recurrir a la letra como función capaz de exorcizar la voz persecutoria y, por tanto, marcar el cuerpo para tratar de fijar el goce. (p. 266)

Esta excavación del cuerpo era también un modo para dotarle de alguna consistencia, para ofrecerle una especie de soporte imaginario. (p. 266)

En este caso, la función de la letra “trata de salvar el cuerpo frente al goce maligno del Otro, de crear un dique significativo al goce del Otro: marcar el cuerpo para vaciarlo de goce y para fijar el goce residual a la letra” (p. 266).

Este dique significativo responde, además, a la pura lógica psicótica de la confusión entre la palabra y la cosa. La letra corta literalmente -y no simbólicamente- el cuerpo del sujeto. El límite de esta operación de escritura era descrito por Anna en estos términos: «tengo que trazar en mi cuerpo cifras, símbolos, auténticos dibujos..., collares de signos que rodean mi pecho, relámpagos en ángulo agudo..., mi idea sería transformar el cuerpo en un libro, pero es la sangre, la existencia de la sangre la que siempre echa a perder esta transformación...». (p. 266)

En Anna el corte real -y la propia somatización anoréxica, que aparece más como un rechazo de la sangre que del alimento en sí- trata de suplir al corte simbólico. (p 267)

La letra (de la anorexia y del corte en el cuerpo) de esta joven mujer esquizofrénica excluye toda significación. Es pura marca, pura excavación. Es un signo sin significado que trata desesperadamente de realizar una compensación subjetiva de la ausencia forclusiva del Nombre del Padre. (p. 267)

Caso 2

Paciente psiquiátrico: “obediencia” a alucinaciones auditivas.

Gil Hernández y col. (2004) presentan el caso de un paciente varón de 33 años, que es llevado a urgencias luego de realizar una autolesión ocular con intento de enucleación de su ojo derecho con sus propias manos. Refieren que se trata de un paciente psiquiátrico en tratamiento desde hace diez años por un trastorno bipolar (episodio maníaco con síntomas psicóticos). “En la exploración oftalmológica se aprecia el globo ocular derecho fuera de su órbita, con importante laceración conjuntival y ausencia de motilidad” (p. 136).

El paciente admitía un período de algo más de un mes de duración consistente en hiperactividad, insomnio casi total, planes de futuro excesivos, locuacidad, vivencias subjetivas de aumento espectacular de sus habilidades musicales, ideas de grandeza, interés desusado por los temas religiosos y consumo abusivo de alcohol. (...). Admitió retrospectivamente los trastornos de conducta, que reconocía como patológicos, y haber presentado ideas erotomaníacas, ideas de referencia con tinte megalómano (sentía que la gente le prestaba una atención especial, le miraban por la calle) y de grandiosidad. (p. 136)

En cuanto al gesto autolesivo, ofreció varias interpretaciones de forma consecutiva: en un primer momento lo interpretó como «obediencia» a alucinaciones auditivas de tipo comandatorio. Más adelante el paciente refirió que trataba de ver «el más allá», o incluso verse a sí mismo desde fuera. Al final explicaba que no se había tratado de un acto premeditado, y lo inscribía dentro de sus ideas de grandeza (pensaba que sería capaz de ver perfectamente con un solo ojo). (p. 136)

Caso 3

Sujeto alojado en unidad penitenciaria: “evitar ver tantos pecados en el mundo”.

J. M. Arroyo-Cobo (2015) presenta un caso de un sujeto alojado en una unidad penitenciaria que inició comportamientos autolesivos. “La conducta autolesiva fue la primera manifestación de un cuadro delirante de contenido mesiánico que finalmente fue diagnosticado de psicosis esquizofrénica” (p. 33).

El enfermo de 24 años, sin antecedentes conocidos de patología psiquiátrica, fue atendido primero de una autolesión que consistió en una profunda herida incisa en abdomen. Obsérvese que dentro de la puesta en escena, apareció con ropas muy claras y cubierto de sangre, el contexto dramatizó lo que posteriormente se identificaría con un delirio mesiánico. (p. 34)

A los pocos días se cosió los labios, como medida de rechazo a la comunicación y finalmente un día después se cosió los ojos. A partir de las manifestaciones del enfermo se pudo averiguar que las autolesiones las realizó dentro de un entramado de pensamientos delirantes, dentro de cuya estructura, él mismo se consideraba el salvador del mundo para lo que debía realizar un sacrificio autoinmolador. (p. 34)

El autocosido de los ojos, según el enfermo fue «para evitar ver tantos pecados en el mundo». (p. 34)

Caso 4

Paciente atendido por emergencia: cortarse el “uñaero”.

Cortez-Vergara y col. (2012) reportan el caso de una mujer de 32 años -que fuera diagnosticada como un caso de esquizofrenia indiferenciada- que presentaba fugas del hogar, soliloquios y risas inmotivadas:

(...) refería tener un «uñaero» en la vulva que habría sido puesto en sus alimentos y de donde lo ingirió: deseaba corregir tal «defecto» cortándose los labios menores pese a las explicaciones de que sus genitales eran normales. También atribuía a dicho “uñaero” su apetito incrementado y la necesidad de respirar por la boca. (p. 102)

Acudió por emergencia tras cercenarse el pezón de la mama derecha con un cuchillo. Se sintió compelida porque el «uñero» la obligaba a respirar por la boca y «quería ver qué pasaba» al cortarse el pezón; el dolor que sintió no le pareció intolerable. Luego del acto arrojó el tejido residual y prorrumpió en risotadas: «me da risa la sangre», explicaba. En los días previos estaba inquieta, decía que un hombre entraba a espiar y robar su casa. (p. 102)

Al examen se encontró una mujer obesa, pueril, presentaba delusiones pobremente sistematizadas de tipo somático y paranoide. Admitió alucinaciones verbales esporádicas que le decían: «loca». Su lenguaje era pobre, disgregado, con pararrespuestas. Su acto mutilatorio le producía hilaridad y carecía de conciencia de enfermedad. Tenía propósitos de cortarse el “uñero” en la vulva aunque la limitaba «el no tener puntería». (p. 102)

Caso 5

Paciente psiquiátrico: “extraer a los fantasmitas de la muerte”.

El segundo caso de automutilaciones en pacientes psicóticos reportado por Cortez-Vergara y col. (2012) se refiere a un varón de 25 años de edad -con diagnóstico esquizofrenia paranoide- “se hacía cortes superficiales en los brazos «para extraer a los fantasmitas de la muerte que le picaban el cuerpo» aunque a veces decía que lo hacía para «parecerse a Bruce Lee»” (p. 103). También:

(...) se había cortado -no se pudo estipular la fecha- considerables segmentos de piel y cartílago en el borde superior de ambas orejas lo que justificaba alegando que ahora sus orejas sí eran simétricas y se alegraba pues ya no sería «orejón». (p. 103)

En los últimos meses su condición había empeorado. Refieren los autores:

(...) con mayor frecuencia se infería cortes en los antebrazos y se golpeaba la cabeza para no oír a «los fantasmitas», por lo que fue hospitalizado. Se le halló con varias cicatrices lineales y queloides en el antebrazo izquierdo y con los conductos auditivos taponados con algodón, además ocultaba bajo su larga melena sus orejas mutiladas. No tenía ánimo depresivo, ni ideas suicidas. Su

sintomatología psicótica era prominente (delusiones de daño, enajenación del pensamiento, alucinaciones auditivas -que no eran imperativas- y también alucinaciones táctiles). (p. 103)

11.6. Autolesión erógena

La autolesión erógena consiste en una autolesión que conduce a la obtención de placer. El placer alcanzado puede estar relacionado con el dolor correspondiente al daño corporal y/o la percepción del sangrado. En estos casos, podría tratarse de la presencia del masoquismo erógeno. S. Freud (1924b/1984) plantea para esta forma del masoquismo la presencia de una coexcitación libidinosa provocada por una tensión dolorosa y displacentera. Se trata de un sector de la pulsión destructora o de muerte que no se traslada hacia afuera, permanece en el interior del organismo y allí es ligado libidinosamente. El masoquismo erógeno acompaña a la libido en todas sus fases de desarrollo. S. Freud aclara que este masoquismo se encuentra en el fundamento de los otros dos tipos: el femenino y el moral.

Caso 1

Caso clínico Lukas: “es mejor que el sexo”.

“Lukas dice: «El sentimiento que obtengo cuando la sangre comienza a salir es mejor que cualquier cosa. Es mejor que tomar, es mejor que cualquier droga que alguna vez haya tomado, es mejor que el sexo»” (Dartiguelongue, 2012, p. 47).

Caso 2

Caso clínico L: “pienso en cortarme y me da placer”.

L., paciente adicta, de 17 años, refiere que se encierra en el baño y dice: «Pienso en cortarme y me da placer». En esta adolescente, se observa la presencia de distintas acciones tendientes a procurarse placer en forma inmediata a través de modificaciones en el cuerpo: ya sea por medio de la incorporación de sustancias a su organismo o provocándose un dolor que deviene placentero, una práctica que también puede llegar a ser adictiva. (Belçaguy, 2012, pp. 11-12)

Caso 3

Testimonio virtual¹⁰: “me atrevería a decir placentero”.

Comencé a cortarme cuando tenía 17 años. Fue extraño por que nadie te enseña a cortarte cuando estás mal. Ni siquiera sé por que acudí a ese mal método aquella primera vez en mi adolescencia. La cuestión es que, la depresión me ha llevado a recurrir al A.L. ininidad de veces.

Recuerdo muy bien las primeras épocas, me lastimaba y lo consideraba casi como un juego. Sin embargo no paraba de hacerlo. Debo reconocer además, que he atravesado y atravieso por períodos de confusión horrible con respecto a la Auto- lesión, ya que el acto de cortar y sangrar resulta liberador y en algún punto, hasta me atrevería a decir Placentero. Y esa es la razón por la cual se vuelve adictivo lastimarse y en consecuencia, se hace difícil abandonar este mal hábito.

Caso 4

Testimonio de Nicolás: “el placer de jugar con el cuchillo”.

“Nicolás (16 años) que declara no experimentar ninguna dificultad personal, usa la incisión como una manera de exploración de sí” (Le Breton, 2019, p. 46). Refiriéndose al comportamiento de realizarse cortes mediante un cuchillo, Nicolás expresa:

(...) estoy aburrido de la vida, no veo cómo podría estar conectado con la muerte. Es para divertirme. Paso el cuchillo por mi brazo. Eso corta un poco la piel. Eso es todo. El dolor es psicológico, tú puedes dominarlo. No se trata de sadismo, es sólo el placer de jugar con el cuchillo. Puede ser para ver el color de la sangre, no lo sé. Es la única parte bizarra de mi personalidad. Creo que está ligada a mi adolescencia. Cuando yo sea padre, no creo que continúe haciéndolo. Pero cuando comienzo a ir demasiado lejos, freno porque lo encuentro repugnante. Algunos saltan de los puentes, otros se cortan. Es la curiosidad, para ver el efecto.
(p. 46)

¹⁰ Ver Testimonio I, Anexo.

Caso 5

Testimonio virtual¹¹: “me produce un placer enorme”

La mayoría de las personas, se lastiman para aliviar su dolor interno, porque se odian a si mismos, o por sentimientos de frustración, impotencia y tristeza. Yo personalmente, no lo hago necesariamente por eso; quizás en un principio fue así, pero ya no.

La primera vez que me hice daño, fue hace unos 4 o 5 años. Ahora tengo 15, y en realidad hace poco tiempo que le di otro enfoque al AL.

En un comienzo, lo hacía cuando necesitaba descargar la ira o la pena urgentemente, y sentía una gran desesperación por ello, generalmente era luego de una pelea o algo por el estilo. (...)

Jamás he intentado suicidarme, porque siempre he pensado que los “intentos” no son nada, sólo sirven para llamar la atención. (...) pero, a mi parecer es un acto cobarde (...).

Si he tenido depresión por lo tanto, no ha sido por grandes problemas o desaires en mi vida, ya que de cierta forma no se me ha dado tan difícil, mi gran problema es que soy demasiado hipersensible, susceptible a todo, incluso a cambios de ánimo de cualquier persona que me rodea, y todo me afecta demasiado, pero he sabido reponerme sola siempre (...).

Yo me hacía daño (...) porque me produce un placer enorme, al principio sólo pensaba que así lograba canalizar mi dolor espiritual de otra manera (...). Siempre me ha hecho sentir muy bien, y sólo me he sentido culpable en contadas ocasiones; ya que cuando lo hago, estoy muy conciente y analizo muy bien lo que estoy haciendo, aunque al mismo tiempo entre en una especie de trance. Tampoco me avergüenza ni nada, quizás no me siento orgullosa.

Pero mis cicatrices son marcas no sólo físicas, puedo recordar cuando y como hice cada una de ellas y con que motivo fueron diseñadas, lo único que me hace sentir incómoda es la gente que juzga por ello. Que te dicen “estás loca o algo, necesitas ayuda!”, pero no es así, a veces si he pensado que estoy un poco trastornada, pero no necesariamente por AL. (...)

¹¹ Ver Testimonio VII, Anexo.

Ahora, cómo me di cuenta de que busco placer en esto, más que liberarme del dolor. Recuerdo muy bien, incluso la fecha, que fue este año.

Estaba teniendo una conversación por msn con mi actual novio, con webcam y todo, de repente surgió el tema de AL porque yo tenía muchas ganas de cortarme, y le pedí permiso para hacerlo, la conversación subió demasiado de tono, y terminé dándome cuenta de que cortarme me causaba incluso excitación sexual. Terminé desde ese día teniendo muchas fantasías sadomasoquistas, ya que mi novio es más sádico, y he cumplido varias con él.

En un momento mientras estaba con él comencé a cortarme demasiado, y él comenzó a ponerme límites, que me ayudaron demasiado, nunca me presionó en extremo, pero fue lo suficiente para que cuando de verdad necesitara cortarme, él siempre encontraba otras formas de descargarme, o bien me cortaba el mismo o me rasguñaba la espalda, que bueno; lo declaro aquí, es bastante mejor y más agradable hacerlo acompañada y encontrar esta forma mucho más divertida de dañarse. Cortarme en ese momento se había vuelto mi vicio, junto que al conocer a mi novio, también fumaba, tomaba y a veces hasta me drogaba, también hacerme piercings era como un vicio ya que el dolor y el placer que se siente es increíble. (...)

Si quieres disfrutar de AL, que no sea por un motivo triste o malo, hazlo porque de verdad te causa placer y te gusta, que después no te de culpabilidad, y no lo hagas para suicidarte, menos para llamar la atención, ya que los demás siempre se dan cuenta de eso, y siempre se alejan.

11.7. Autolesión como significante sustitutivo en el que retorna lo reprimido

La autolesión como significante sustitutivo en el que retorna lo reprimido es aquella autolesión consistente en una formación de lo inconsciente que implica una satisfacción encubierta de una moción pulsional prohibida. Aquí, el comportamiento autolesivo constituye un retorno de lo reprimido y, en su génesis, intervienen las reglas y mecanismos de las formaciones del inconsciente. El fenómeno autolesivo conforma un significante sustitutivo en el cual se juega un ciframiento inconsciente. En algunos casos, esta formación puede estar acompañada de malestar subjetivo e implicar una pregunta

por su causa o significado. Tal pregunta podría ser dirigida a Otro, a quien supone un saber, y constituirse así en un síntoma en transferencia, es decir, en un síntoma psicoanalítico propiamente dicho y someterse al tratamiento interpretativo.

Caso 1

Caso clínico Estela: sacar “la sangre mala”.

J. Dartiguelongue (2012) ubica el caso de Estela como “cortes que se constituyen como síntoma, como acción sintomática, que vale como retorno de lo reprimido comandado por un significante sustitutivo que implica el ciframiento del inconsciente” (p. 47).

Estela, de 39 años, llega a la internación por un intento de suicidio con psicofármacos. Viene de una provincia donde vive desde los 17 años y tiene cinco hijos de su primer matrimonio. En la entrevista de admisión comenta que ella tiene «depresión», que está allí por eso y no porque esté loca. Su diagnóstico psiquiátrico la avala nominando su cuadro bajo el rótulo de depresión mayor. Mostrando las marcas en sus brazos, relata: «En el baño, un día, me empecé a cortar, no sentía dolor, era esa adrenalina, veía la sangre que salía y era una descarga... No es lindo lo que voy a decir pero era como cuando se le corta el cuello a un animal y sale un chorro de sangre; era sacarme mochilas muy pesadas de la espalda». Dice que esos cortes en ningún caso eran para suicidarse, simplemente era la manera de sacar «la sangre mala», significante que la remitía a toda una historia de violencia que comienza en su infancia. «A los 8 años me abusaron: un tío de la casa, amigo de mi papá. Me tocó, me metió la mano... Cuando le dije a mi mamá, ella me pegó una cachetada y me rompió el labio. Me dijo que me callara la boca. Por eso nunca se lo dije a mi papá. Pienso que a lo mejor, antes que se muera se lo voy a decir pero él sufre del corazón, mirá si le pasa algo». La paciente cuenta que el padre de sus hijos, con quien se casó y se fue a vivir a la provincia para escapar de las constantes agresiones de su madre hacia ella, también era «violento». Dice que todo parecía color de rosa al llegar - ella tenía 17 años y estaba embarazada de E, su primer hijo- pero que a los quince días de estar allí, su marido le pegó una cachetada porque ella no le planchaba las camisas como lo hacía su madre. Esa fue la única vez que ella le devolvió el

golpe, diciéndole: «Te casaste conmigo, no con tu mamá». Él le volvió a pegar y le rompió el labio. (pp. 47-48)

Caso 2

Testimonio de Martine: “escribir con mi sangre”.

En el siguiente testimonio puede pensarse la hipótesis de que los cortes corporales se hallan involucrados en un conjunto de comportamientos al modo de un ritual con carácter obsesivo. En este ritual significativo, estaría en juego un ciframiento inconsciente.

D. Le Breton (2019), refiriéndose al testimonio de Martine, dice que ella:

(...) habla de la ritualización de sus cortes. Durante muchos años, los implementa con poca modificación. Busca primero la calma, esperando la tarde, con la certeza que dispondrá más horas por delante sin que nadie venga a molestarla. «No había urgencia, no me tiraba sobre el cutter. Había una preparación para no infectarme. Tenía miedo porque si había una infección debía hablar con un médico. No quería hablar de eso. Luego estaba preparando la pluma, necesitaba el papel. Era necesario que tomara la sangre directamente, ya sea para escribir, ya sea para masticar el papel. No era improvisado. Luego, había una parte de improvisación, porque no calculaba, ya no sabía cuándo iba a hacerlo. Pero había un momento en que tenía la necesidad de hacerlo. Debía tener aún más páginas en mi cuaderno donde escribir con mi sangre». (p. 38)

11.8. Autolesión como *acting-out*

Es la autolesión que puede caracterizarse como *acting-out*. Se toma este concepto de la formulación realizada por J. Lacan en su seminario sobre la angustia. Allí nos dice que el *acting-out* es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. Tiene un acento demostrativo y una orientación hacia el Otro. Afirma que un *acting-out* llama a la interpretación; su interpretación es posible, pero la misma plantea dudas tanto en la práctica como en la teoría psicoanalítica. Referido al análisis, el *acting-out* constituye un esbozo de la transferencia. Es transferencia salvaje. Transferencia sin

análisis. En similitud con el síntoma, J. Lacan expresa que lo que se muestra en el *acting-out*, se muestra como algo distinto de lo que es. Refiere que lo que es, nadie lo sabe, pero que es distinto, nadie lo duda. Por tanto, el *acting-out* constituye una mostración velada, pero no velada en sí. Velada para el sujeto del *acting-out*, en la medida en que eso habla, en la medida en que eso podría hacer verdad. Si no, por el contrario, es visible al máximo (Lacan, 2006).

Consideramos que el *acting-out* puede tratarse de una escenificación -incitada por el avance de la angustia- en la cual el sujeto realiza una acción para interpelar al Otro, conmoverlo y lograr su respuesta. En esa respuesta, espera una restitución simbólica - que se reconozca el deseo- a partir de poner en juego su causa (el objeto *a*). Si bien el sujeto del *acting-out* no se queja del mismo y habitualmente no se plantea la pregunta por el sentido, la mostración le está dirigida al Otro. Es una manifestación salvaje del inconsciente. En él una verdad se da a leer. El *acting-out* participa del descifrado significante.

Caso 1

Caso clínico Verónica: la onda *dark* y el corte-tatuaje.

De la presentación del caso realizada por J. Cernadas (2009) recortamos y presentamos algunas partes del texto que permiten pensar el fenómeno de autolesión - mencionado en el texto como "corte-tatuaje"- y otros comportamientos de su paciente bajo la concepción del *acting-out*. Cabe aclarar que el autor no utiliza el término *acting-out* para referirse al fenómeno mencionado, sin embargo, las coordenadas del caso, el carácter mostrativo del fenómeno y la lectura que hace del mismo como fenómeno dirigido a un Otro que exige un desciframiento, habilitan a proponer tal consideración.

A continuación, presentamos las partes mencionadas:

Verónica tiene 14 años, su madre la trae a consulta porque dice que se va a matar. (p. 37).

La madre dice: «Siempre fue muy consentida, muy caprichosa. A los 13 años conoció una compañerita y aprendió a fumar tabaco. Ahora está con la onda dark. Le gusta llamar la atención». (p. 39)

Verónica dice acerca de sus padres: «Desde que se separaron mis viejos dejé de jugar un año hasta que mi papá se juntó con su mujer Patricia. Le digo

“Guillote” (el segundo nombre es Guillermo), no le puedo decir a él que es mi papá porque no lo siento» (p. 39). Mamá es posesiva, rara, idiota. (p. 39)

El terapeuta refiere que el mundo de Verónica transcurre con Yamil, su novio, con el que mantiene continuos encuentros y separaciones, escucha una banda *dark*, sale con primos mayores que ella. Verónica “habla de sus rebeldías y una bronca que tiene con una compañera a la que quiere amenazar con una navaja y una manopla” (p. 39).

Al mes de tratamiento entra la madre diciendo: «Está muy mal Verónica, hay que llevarla al Consejo del Menor y la Familia para que le hagan un tratamiento». Luego Vero viene diciendo que se siente mal, «hay que ordenar la familia», dice. No quiere hablar, en realidad habla musitando en voz baja. Tiene una especie de «corte-tatuaje» -hecho con una navaja sobre el nacimiento de su pecho izquierdo- que parece reciente y dibuja una cruz invertida. (p. 40)

Refiriéndose a una entrevista con el padre de Verónica, el terapeuta dirá que el mismo “bascula entre darle una paliza a su hija cuando habla de «eso de matarse» y la dificultad e impotencia para entenderla y ayudarla” (p. 41).

La terapia transcurre:

Verónica, que había empezado sus sesiones vestida con algunas prendas de color negro, empieza a venir con brazaletes con tachas, un collar de cuero, trae la sombra de sus ojos pintadas de negro y empieza a hablar de su onda *dark*, de que Yamil también es de la misma onda, que le gusta andar de noche, «que es mejor que el día. La gente me mira como si fuera un bicho raro cuando me visto y me pinto como *dark*. Me gusta la rosa roja y todo lo que tiene que ver con sangre». Aquí pudimos hablar de su cortada-tatuaje que representaba una cruz invertida. Dice ella: «Para mí representa que no me asusta la muerte, es un símbolo demoníaco, me gusta jugar con esas cosas y ver cómo los demás se asustan. (p. 41)

En esta trama de acechanzas y conjuras, de confusiones y oscuridad, lo más claro o lo que permite detenerse y pensar acerca de algo, de un material que se presenta recortado y contundente a la percepción, es, paradójicamente, «la cruz

invertida». Allí Vero estaba presentando, para quien quisiera verlo, un núcleo de verdad que la atravesaba. (p. 42)

El terapeuta expone que “la cruz invertida es la llamada Cruz de San Pedro”, ya que éste fue crucificado cabeza abajo debido a que pidió a sus verdugos que no lo crucificaran como a su maestro Jesucristo porque no era digno de esa misma muerte; suceso que algunos autores toman como un acto demoníaco. “De esta versión parece tomar Verónica lo que da sentido a su «cortada-tatuaje»” (p. 42).

“Sin embargo, está muy lejos de ser un juego con la muerte, un querer asustar a los demás; más bien parece un grito primario dado en estado de angustia” (p. 42). Con el corte-tatuaje:

Verónica dice y expresa que el lugar que se le asigna -a ella- es el de la muerte de su subjetividad y que ella no quiere asistir a su crucifixión. De esa muerte abdica, esa muerte la avergüenza, la humilla, en ese sentido «se deja morir». En fin, dice “quiero morir a mi modo”. (p. 43)

El terapeuta explica que Vero se ha quedado sin palabras y “el «corte-tatuaje», como palabra hecha carne (...), exige un desciframiento particular, (...) porque se constituye como un lenguaje en sí mismo y como tal está dirigido a otro descifrador-traductor-interpretador que lo vea en su esencia” (p. 44).

Caso 2

Texto autobiográfico: “¿qué les hace falta, Néstor, para entenderme?”.

Cielo Latini (2006) escribe un libro autobiográfico aproximadamente a sus 21 años de edad en el que relata distintos sucesos de su vida adolescente y también intercala sus escritos, cartas, chats, e-mails, etc. de aquella época. En su relato, describirá síntomas anoréxicos y bulímicos -por los cuales realizaba tratamiento psicológico y psiquiátrico-, un intento de suicidio -seguido de una internación domiciliaria-, y comportamientos en los que realizaba cortes en su piel con algún instrumento filoso. En el texto, podemos encontrar la mención de comportamientos autolesivos que cumplen diferentes funciones subjetivas. Aquí recortaremos parte del texto en el que puede ubicarse un *acting-out* en el que utiliza -al modo de una demostración dirigida al Otro- las marcas corporales resultantes de sus autolesiones. Quizás sin saberlo, con esta

mostración, intenta conmovier la posición de su psicólogo con un comportamiento que ofrece a su desciframiento.

Refiriéndose a una sesión con Néstor, su psicólogo, Cielo escribe lo siguiente:

-Nadie sabe cómo me siento. (...). Néstor, no sabés lo que es sentirse muerta. Tengo que ver sangre para entender que aún estoy entre los vivos -entre lágrimas y ahogos intenté transmitirle mi indignación-. Como ya me están creciendo el pelo y las cejas, la gente piensa que estoy mejor. ¿Cómo puede alguien creer que soy feliz? ¿Cómo pueden decirme que me ven mejor y que pronto todo va a pasar? (p. 256-257)

Y continúa:

Néstor me miraba con tranquilidad, con ojos calmos que inspiraban ternura. Casi podía escucharlo diciéndome: «Te entiendo». Sabía que él sí me entendía, pero aquello también me llenaba de rabia: que sólo me entendiese porque era un diagnóstico más del DSMV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association). Entonces exploté. -¿Qué les hace falta, Néstor, para entenderme? ¿Tienen que verme sangrar? -y mientras terminaba esa frase, me arremangué la camisa. Néstor abrió los ojos como platos y me volvió a acomodar la ropa. -Cielo, tu mamá vio eso? -me preguntó. Llorando le contesté que no y volví a arremangarme para ver una vez más las marcas en mis brazos: sangre coagulada, decenas de tajos que de ser más profundos pudieron haberme quitado la vida. Le dije a Néstor que iba a intentar parar, le prometí que iba a encontrar otra forma de aliviar mi dolor. (p. 257)

11.9. Autolesión como demanda

El fenómeno de autolesión puede tomar la función subjetiva de conformar una demanda específica hacia el Otro. Por lo general, en esta demanda se encuentra de forma manifiesta un determinado pedido para que alguien satisfaga algún reclamo.

Cuando cumplen esta función, las autolesiones no suicidas forman parte de un mensaje orientado a alguien o a alguna instancia en el marco de un conflicto con la

misma. Puede pensarse que el mensaje apela a la modalidad autolesiva, ya que ese Otro no responde a otras formas de solicitud ya implementadas. Ese Otro puede estar encarnado en un familiar, amigo, pareja, policía, juez, etc. Muchas veces se caracteriza a estos casos como de “manipulación” o “manejo” de los demás, ya que las autolesiones podrían tomar el valor explícito de una amenaza para conseguir algún beneficio material o afectivo de parte de ellos.

A modo ilustrativo, recordemos que, en el campo psicopatológico, el Trastorno Límite (borderline) de la Personalidad descrito en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), contiene fenómenos autolesivos que podrían constituirse como intentos desesperados para evitar un abandono (separación, rechazo o pérdida) real o imaginado.

Estas autolesiones también son frecuentes en los contextos de encierro institucional, en aquellas situaciones en que el sujeto pretende hacer llegar su mensaje a los demás mediante la lesión autoprovocada. A propósito de esto, volvamos a considerar aquí lo antes mencionado por B. J. Bulacio (1986) acerca de jóvenes internos quienes realizaban actos autolesivos que se acompañaban por un estado de exigencia sobre el otro para conseguir la satisfacción de una demanda o requerimiento.

Caso 1

Texto periodístico: “protestar por la situación carcelaria”.

El diario español “El País” publica un artículo con el siguiente título: “Tras las numerosas autolesiones, normalidad en la cárcel Modelo de Barcelona” en 1978. En el cuerpo del artículo encontramos lo siguiente:

Entre 250 y trescientos presos de la cárcel Modelo, de Barcelona, se autolesionaron anteanoche, con el fin de protestar por la situación carcelaria y en apoyo de la Copel y la reforma penitenciaria. Los presos se produjeron diversos cortes en brazos y antebrazos, siendo necesario que ocho de ellos fueran trasladados al Hospital Clínico (...). La actitud de los presos autolesionados iba dirigida a llamar la atención de la opinión pública sobre su situación, y concretamente sobre las dificultades que encuentra la reforma penitenciaria propuesta (...). En un comunicado que los presos lograron sacar al exterior de la cárcel, manifiestan que apoyan al señor García Valdés y «rechazan toda

utilización que contra dicho director general se hace, a costa de nuestra sangrienta lucha reivindicativa por una justicia popular de nuestro movimiento carcelario». Los presos autolesionados señalaron (...) que, a partir de ayer, alrededor de cien miembros de la Copel iniciarían una huelga de hambre hasta que no se apliquen las nuevas normas penitenciarias remitidas por García Valdés a las cárceles. (Canals, 1978)

Caso 2

Caso clínico Nelly: “la señal de una demanda articulada”.

J. Joucla (2010) realiza la presentación de un caso en el cual una paciente comenzó a realizarse incisiones en las muñecas durante el transcurso de su tratamiento psicoanalítico en un marco institucional. La analista afirma que las incisiones se inician bajo la forma de la identificación histérica. Pero, luego, refiere que la paciente “articula entonces las incisiones, las inscripciones significantes sobre el cuerpo, con otras representaciones. Estos cortes con el goce serán la señal de una demanda articulada” (p. 309). La paciente no sólo se hace incisiones en cuanto identificación con el Otro, sino en “dirección al otro de la que usa y abusa con los enfermeros sobre un fondo de alianzas y enfrentamientos, hasta que el médico decide su salida” (p. 309). “En la serie de figuras que encarnan la autoridad -después del padre que la descuida, después del patrón que la desplaza como un peón-, el médico es denunciado como incompetente e injusto” (p. 309). Detrás de las acusaciones a estos personajes, Nelly denuncia “sobre todo la insuficiencia de amor para con ella” (p. 309). La analista dirá que las incisiones “se presentan como el significante de la demanda -para denunciar se necesitan marcas” (p. 310).

Caso 3

Testimonio de Adam: “para que ella se ocupe de mí”.

Adam tiene 24 años y, en su testimonio, dilucida el motivo por el cual se autolesiona dejando en claro cuál es su demanda. Manifiesta su pedido y lo que busca del otro a quien le dirige su acto.

Adam tiene una relación ambigua con su novia que quiere terminar con la relación. «Lo hice también con mi novia. Me corté antes de ir a verla para que ella se ocupe de mí. O también me golpeaba contra cualquier cosa. Una vez me rompí la nariz, y fui a verla ensangrentado, ella me curó, fue super. Yo me corto, me golpeo, para hacerle sentir hasta qué punto me hace sufrir. Es como si yo le escupiera a la cara todo el mal que me causa, y eso le hace sentir alguna cosa, me suplica que no lo vuelva a hacer. Eso restaura una situación de equilibrio más o menos periódica entre mi sufrimiento y el suyo». (Le Breton, 2019, pp. 225-226)

11.10. Autolesión por imitación o “contagio” psíquico

La autolesión por imitación o “contagio” psíquico es la autolesión que aparece al modo de una copia del comportamiento autolesivo realizado por otro individuo, permitiendo pensar en la presencia de un específico proceso de identificación como fundamento de las mismas. En “Psicología de las masas y análisis del yo”, S. Freud (1921/1984) afirmaba que hay casos en que la identificación prescinde por completo de la relación de objeto con la persona copiada. Aquí, el mecanismo de la identificación se da sobre la base de poder o querer ponerse en la misma situación. Uno de los “yo” percibe en el otro una analogía en algún punto -puede tratarse de un mismo afecto-, entonces, crea una identificación en ese punto y luego se desplaza -influida por una situación patógena- al “síntoma” que el primer “yo” ha producido. De esta forma, la equiparación a través del síntoma, es el indicio del punto inicial de coincidencia entre los dos “yo” que se mantiene reprimido.

Este tipo de identificación:

(...) puede nacer a raíz de cualquier comunidad que llegue a percibirse en una persona que no es objeto de las pulsiones sexuales. Mientras más significativa sea esa comunidad, tanto más exitosa podrá ser la identificación parcial y, así, corresponder al comienzo de una nueva ligazón. (Freud, 1921/1984, p. 101)

Algunos psicoanalistas recurren a este fundamento cuando el fenómeno de autolesión se presenta como un “patrón epidémico”, habitualmente en situaciones institucionales (internados, cárceles, escuelas, hospitales, etc.), y/o, más recientemente,

“transmitido” en el marco de las redes sociales virtuales. A su vez, como pudimos ver más arriba, suelen denominar “identificación histórica” a este fenómeno.

Caso 1

Textos periodísticos: el desmesurado amor por Justin Bieber.

En las tres noticias periodísticas presentadas a continuación puede inferirse este “patrón epidémico” favorecido por las redes sociales. La primera noticia corresponde a una publicación en un diario de Madrid (España), las dos siguientes a sucesos ocurridos en las ciudades argentinas de Salta y La Banda respectivamente.

El diario “El Boletín” de Madrid publica, en su versión electrónica del 09-01-2013, el siguiente título: “Fans de Justin Bieber se autolesionan para ‘castigar’ al cantante por fumarse un porro”. El cuerpo de la nota destaca que:

Las ‘beliebers’ están indignadas con su ídolo Justin Bieber después de que fuera fotografiado fumando un porro. Las más radicales han comenzado a subir fotos a Twitter en las que aparecen con los brazos ensangrentados, tras autolesionarse, para mostrar el daño que les ha causado. Cuenta Yahoo! que todo empezó como una broma de un grupo con el nombre de usuario ‘4Chan’ que, bajo el hashtag #Cut4Bieber (córtate por Bieber) empezó a subir fotos falsas de brazos cortados con cuchillas en señal de protesta. La iniciativa corrió como la espuma por la red social hasta convertirse en real. Seguidores del artista empezaron a mostrar sus propias muñecas con cortes junto a frases como «¿por qué lo hiciste Justin? Me has roto el corazón». (El Boletín, 2013)

El diario “El tribuno” de Salta, en su versión electrónica, publica el 04-06-14 el título siguiente: “Adolescentes salteños se produjeron autolesiones por Justin Bieber”. El Subtítulo indica que: “Padres del colegio Sara Lona contaron que al menos 16 chicos copiaron una movida que también es internacional”. El cuerpo de la nota reza lo siguiente:

La madre de un alumno de séptimo grado del colegio Sara Lona (de avenida Chile) contó que una moda impulsada por las redes sociales y que incita a autolesionarse por el cantante Justin Bieber también fue tomada por jóvenes salteños. La moda

habría alcanzado al menos a dicho establecimiento educativo, por lo que contó la señora a FM Profesional esta mañana, ya que varios padres habían sido citados para mostrarles las fotos que sus hijos difundían a través de sus usuarios en redes sociales. Habrían (sic) al menos 16 casos de adolescentes que se cortaron en brazos y piernas y todos son de séptimo grado. La intención es seguir el tema #CutForBieber (corte por Bieber) el cual es tendencia mundial y por el que entre ellos se comparten las fotos de esas autolesiones. (El Tribuno, 2014)

“La Banda Diario”, un diario electrónico de La Banda, localidad de la provincia argentina de Santiago del Estero, publica el 15-06-2014, un título que expresa: “Alumnas se autolesionan por reconocido cantante internacional”. En el texto de la nota se lee:

En las últimas semanas, varias adolescentes bandeñas tomaron una actitud que generó preocupación en la comunidad educativa: Autolesionarse. Fuentes consultadas, con suma preocupación señalaron, «tenemos entendido que se autolesionan con el objetivo de que su ídolo Justin Bieber se aleje de las adicciones a las sustancias prohibidas. En un primer momento, pensábamos que las jovencitas tenían algún problema en sus respectivas familias, pero cuando nos enteramos cuál era el motivo de su decisión nos sorprendimos mucho», argumentaron. Las alumnas concurren a una conocida escuela céntrica y esta actitud generó preocupación. (La Banda Diario, 2014)

Caso 2

Caso clínico Nelly: “insignia de la enfermedad mental”.

Como ya mencionamos anteriormente, J. Joucla (2010) realiza la presentación de un caso en el cual una paciente comenzó a realizarse incisiones en las muñecas durante el transcurso de su tratamiento psicoanalítico en un marco institucional. La analista afirma que las incisiones son:

(...) un rasgo tomado de otra paciente internada, bajo la forma de la identificación histérica. Así, en la primera sesión que siguió a este acontecimiento, Nelly presenta ostensiblemente los apósitos hechos por los enfermeros. Después de un largo silencio anuncia al fin: «me corté las venas» (p. 308). “Nelly se hace

incisiones en sus brazos en su relación con el otro: identificación con el otro en cuanto a lo que descubre como *insignia* de la enfermedad mental” (p. 309).

11.11. Autolesión como identificación imaginaria

La autolesión puede servir para conformar una identificación imaginaria que permite hacer lazo con los demás. Esta función se produce cuando la autolesión se utiliza subjetivamente como un elemento compartido que contribuye a conformar una comunidad de pares, dentro de la cual el sujeto se siente “comprendido”. La autolesión sirve como aquello a través de lo cual el sujeto se identifica imaginariamente con los demás. Así es como el sujeto logra la conformación de lazos que le brindan contención y la posibilidad de realizar intercambios a partir de participar en una entidad empática.

Como ejemplos de este uso, se puede citar el fenómeno de las tribus urbanas reunidas en función de distintos elementos, entre los que pueden incluirse las autolesiones. También, y acorde con los tiempos que corren, estas comunidades se constituyen utilizando los entornos virtuales como mediadores de las interacciones entre sus miembros. Así es como pueden encontrarse páginas web, blogs, foros, etc. que permiten la conformación de lazos a partir de la autolesión como elemento común que los identifica.

Por lo general, las personas que dañan voluntariamente su cuerpo de forma no aceptada por su grupo de pertenencia son propensas a sentirse marginadas por los demás. Su comportamiento las hace sentir rechazadas, raras, culpables o incomprendidas. Se inclinan a sentir vergüenza, a esconder sus autolesiones y a aislarse. Es así que, participar en estas comunidades basadas en el elemento común de la autolesión, puede cumplir la función de servir como un precario sostén subjetivo.

Recordemos el texto de M. Goldstein (2008), quien menciona que los jóvenes que realizan cortes en sus cuerpos en el contexto de las tribus urbanas, pueden alcanzar allí alguna presencia en la escena del mundo, dado que, de otra forma, estos jóvenes no logran sentir su cuerpo como perteneciente a los lazos de amor y solidaridad.

Caso 1

Testimonio de Laura: unirse a un grupo.

Para unirse simbólicamente a un grupo con el que ella deseaba relacionarse, Laura se hizo, ella sola, tatuajes rudimentarios: «Tenía 13 o 14 años y me la pasaba con una banda de amigos todos mayores que yo, todos habían pasado por tatuadores o se tatuaban ellos mismos. Les pregunté cómo habían hecho. Me explicaron que se hacía con una aguja y con tinta china, entonces empecé a hacérmelos con una aguja de coser. Es muy largo, muy doloroso, es un horror y da resultados asquerosos». (Le Breton, 2019, p. 57)

Caso 2

Texto autobiográfico: “compañía, apoyo y entendimiento”.

Me uní a un grupo de *self-injurers*, de gente que se cortaba. (...) Todos éramos suicidas sin éxito (incluso Rach y Ammar) y nos odiábamos a nosotros mismos. Con todo, encontrábamos en el grupo de automutilación algo de compañía, apoyo y entendimiento. Ojalá jamás se acaben esos grupos. Creo que la gente debería entender que no son perjudiciales. Es verdad que en varios se dan consejos acerca de cómo y dónde cortarse para provocarse la muerte, pero muchos de ellos, los más serios, sólo cuentan sus vivencias y las comparten. Es una especie de alcohólicos anónimos, pero muchísimo más anónimos. (Latini, 2006, pp. 257-258)

Caso 3

Testimonio de Eric: un acto de lealtad, por “mimetismo”, a otro grupo.

En el testimonio de Eric puede pesquisarse la función identificatoria mencionada. Además del valor identificatorio simbólico y del mensaje provocador a sus padres, las marcas de su tatuaje le permiten sentirse parte de “otro grupo” al cual le muestra lealtad. Así es como:

(...) en referencia al estilo de música que escuchaba en esa época, Eric, de 17 años, se tatuó la inscripción *Heavy Metal* sobre el brazo con una aguja empapada

en tinta. Quería romper con sus padres provocándolos. Ese acto de independencia es, igualmente en esas circunstancias, un acto de lealtad, por «mimetismo», dijo, a otro grupo: «Sólo quería impresionar a mis padres... La mayoría de las personas que en esa época escuchaban hard tenían un aire agresivo, los cabellos largos, chaquetas negras, todos los brazos tatuados. Hice lo mismo». (Le Breton, 2019, p. 57)

11.12. Autolesión como alivio afectivo

La autolesión como alivio afectivo se trata de una autolesión cuyo elemento principal radica en el efecto inmediato de alivio subjetivo que provoca sobre el sufrimiento psíquico. La herida y/o el dolor activa procesos psíquicos que modifican la economía libidinal, operando como "distractores" frente al sufrimiento que el yo quiere calmar.

Podemos pensar a esta distracción como alguna forma de desplazamiento redistributivo de interés y libido desde una representación y/o proceso psíquico hacia otro. Consiste en una desviación de la atención, desde aquello, por lo cual se está sufriendo, hacia algo que logra quitarle concentración libidinal e interés, de tal manera que se devalúe frente a esta nueva situación. La función de alivio afectivo de la autolesión busca generar un polo con la suficiente fuerza para atraer sobre sí el exceso energético y, de esa forma, menguar los efectos derivados de la sobre concentración que se encuentra vinculada con el origen del sufrimiento.

Esta es una función poco explorada del fenómeno de autolesión no suicida y que requiere una fundamentación teórica que la inserte en el entramado conceptual psicoanalítico.

Caso 1

Testimonio virtual¹²: "desviar mis emociones".

En este testimonio, que remite a cortes como forma de la autolesión no suicida, se expresa la preferencia por el daño físico antes que por el psicológico. Se menciona el efecto de desvío de las emociones dañinas en favor de una concentración en el dolor del

¹² Ver Testimonio III, Anexo.

corte. Es lo único que la logra tranquilizar por breves momentos. Por otra parte, quedan expuestos los intentos reiterados y fallidos del sujeto por lograr la estima y consideración de los demás, aspecto que podría tener directa vinculación con la fuente del daño psicológico que menciona.

Leí casi todos los testimonios de las personas que los han compartido en esta pagina, y de todos saque lo mismo “a penas se cortan sienten miedo... sienten que todos saben que han hecho”, pues para mi al principio fue así. Mi familia siempre ha querido un prototipo de mi, mi familia me ama, los lastimo cunado yo me lastimo, pero toda su vida se han cegado frente a mis comportamientos repentinos. Yo me corto no porque me de satisfacción, es solo que toda mi vida he dicho que prefiero el daño físico que psicológico... puedo soportarlo mas. Si, es verdad.. lo haces y luego te das cuenta de todo y como has quedado, pero al menos me ayuda a desviar mis emociones que me provocarian mas daño, que el que puedo detener con un poco de gaza y alcohol. Terminas totalmente concentrada en lo que estas haciendo en cómo corre la sangre, en el dolor que sientes cuando ese cuchillo separa tu piel de su forma actual y le da otros colores a los cuales esta acostumbrado a ver con ojos por dentro.

(...) llevo 7 años y medio en esto. ¿Varios años no?... toda una vida así, pero es lo único que me logra tranquilizar por breves momentos. Las noches me atormentan, las mañanas trato de sobrevivir... y es difícil cuando tienes a tanta gente que te quiere, pero que te pone al limite, que quiere mas y mas de ti....que te pone a prueba para ver qué mas puedes hacer “si puede hacer esto.. cómo no va a poder hacer esto”. (...)

Miles de veces he intentado de desaparecer, de atentar contra mi vida. Para ser exacta 6 veces. Y de esas 6, siempre ha llegado alguien a auxiliarme, este mes lo he pensado una vez mas, porque no logro vivir mi vida tranquila.

“Complacelos...y luego los culparás”... eso he pensado y no quiero que sea así, complazco a tanta gente con mi compañía pero sin embargo yo no gano nada de ello, y no es que lo haga con esa intención... de esperar algo de alguien.... si no que en ocasiones cunado realizas cosas... acciones de alguna manera te retro alimentas... consigues algo de ello sin haberlo pensando imaginado... ni menos esperado. (...)

Empecé a cortarme a los 14 años, y a esa misma edad comencé a vomitar... y ahora tengo: bulimia y depresión severa (entre otras cosas).

Quizás el que lea esto que escribí pensara (solo quizás...): “Si esta.. tan mal... que esperanza podría ver aquí de ayuda”... y es que no la quiero, nunca se la he pedido a nadie, creo que una sola vez pedí ayuda, pero fue por la bulimia..porque estaba vomitando sangre y ya no aguantaba... unos cortes no merecen pedir ayuda.

Caso 2

Caso clínico Ana: “marcas para recordar el alivio”.

Se muestran recortes del caso clínico presentado por M. I. Iammatteo (2014). Ana tiene 15 años y es traída a consulta por su madre “luego de haberse hecho cortes superficiales en sus brazos y por presentar un cuadro de anorexia” (p. 13). Se destaca, en la lectura del caso, el papel fundamental que juegan los cortes corporales autolesivos en la consecución del alivio subjetivo frente al avance de la angustia. Además, su angustia parece relacionarse con su imagen, la imposibilidad de socializar, de que le presten atención, con no ser importante para otros, con el abandono y la soledad. La angustia y los cortes muestran ceder en concomitancia con la modificación de su imagen y el logro de cierto reconocimiento.

Los cortes se relacionan con una pelea que tuvo con dos compañeros, un varón y una mujer, con quienes se vincula a través de facebook haciéndose pasar por varón. Cuando éstos descubren la mentira se produce la pelea, y aparecen los cortes en los brazos; uno de esos cortes forma la inicial del nombre de su compañera. (p. 13)

Aunque le señalan el exceso de delgadez:

Ana refiere que su propósito es terminar internada, pues de este modo sabría quiénes se preocupan por ella” (p. 13). “Su problema con la comida comenzó cuando era chica. Siempre se sintió fea. El cuadro de anorexia se inicia luego del

fallecimiento del abuelo materno, hace un año, con quien tenía una relación muy cercana: «Él sí se fijaba en mí, me hacía sentir querida». (p. 14)

Sobre el hacerse pasar por varón en facebook dice: «Me permite socializar mejor, estar más tranquila». (p. 14)

Cuenta que:

(...) está escribiendo una novela en la que el personaje principal es un chico de su edad que tiene una hermana melliza. La novela trata de los problemas que el personaje tuvo en su infancia, en especial que fue abandonado y luego adoptado por nuevos padres. (p. 14)

Ana tiene un hermano mellizo, sobre él dice: “es el centro de la familia, él logra llamar la atención de todos” (p. 13-14), “él sí sabe socializar”, “es muy comprador” con el entorno familiar (p. 14).

Refiere haber recibido un intento de abuso por parte de un amigo del padre hace unos meses atrás.

Esto antecede a la pelea con sus compañeros, y forma parte, a *près-coup*, de la coyuntura en la que se inician los cortes. Dice: «A partir de ese momento me quedó miedo a los hombres, a veces dudo de si soy lesbiana... ahí también dejé de comer». Se sorprende mucho por la reacción de enojo y preocupación de su padre: «No sabía que yo era tan importante para él». (p. 15)

Ana se hace amiga de un compañero que lleva el nombre de su abuelo. Hacen un pacto en relación a la comida y a no cortarse. Él le propone ser novios. Ana vuelve a sentir el miedo a los hombres ya que la situación le recuerda el intento de ser abordada por parte del amigo del padre.

Acepta salir con su compañero pero la relación se corta abruptamente. «Él se cansó de que le cuente siempre lo mismo, que estoy gorda y quiero adelgazar». En ese momento aparece la angustia. Ana dice no soportar que él no le preste atención, vuelve a cortarse como modo de descargar la angustia. Los cortes

comienzan a sucederse cada vez con mayor frecuencia, se corta en su casa y también en el colegio. (p. 15-16).

La analista ofrece la posibilidad de ser llamada por Ana cuando ésta advierta que empieza a sentirse mal “como un modo de introducir un tiempo anterior al corte” (p. 16).

La analista habla de una “repetición de la secuencia angustia/corte, sin nada que medie entre ambas” (p. 16). “Las intervenciones del analista apuntan a situar lo que causa la angustia y se recorta el «que no le presten atención»” (p. 16).

“La familia comienza a manifestar preocupación y a ocupar un lugar de constante presencia, sobre todo la madre, quien destaca estar «todo el tiempo encima» de Ana” (p. 16). En una entrevista familiar “se le propone al padre que hable de Ana y éste no puede decir nada, queda en silencio” (p. 16).

Ana dirá “no creer estar loca sino que lo que tiene es mucha angustia. Refiere no poder controlar el impulso a cortarse” (p. 16). “Comienza a escribirme mensajes de texto cuando está angustiada (...) por la vía de los mensajes empieza a decir más que en sesión” (p. 16).

Los cortes van cediendo. Quedan las marcas. Dice: «Veo las marcas y sé que cuando se vayan voy a querer cortarme de nuevo». Su madre le aplica una crema para borrar las cicatrices pero ella no quiere -«necesito las marcas para recordar el alivio»- (p. 17).

Hablando acerca de su novela, la analista le pregunta “qué piensa que haría el protagonista con las cicatrices. Se le ocurre que «si él escribiera qué le pasó con cada marca podría recordar cómo se sentía y el alivio de haberlo superado»” (p. 17).

La angustia, que persiste durante la noche, será “vinculada con el hecho de sentirse sola y «no tener en quien confiar»” (p. 17). Luego, mediante mensaje de texto “dice: «Estuve pensando que lo que me angustia es la imagen de mi propio cuerpo»” (p. 17).

Sobre el final del relato del caso, la analista dice:

(...) algo de la imagen de su cuerpo se ha modalizado en el transcurso del tratamiento; sostiene su estilo pero agrega algún detalle femenino. Ha finalizado

la escritura de la novela, que hace circular entre amigos, de quienes le retorna un reconocimiento. (p. 17)

Caso 3

Texto autobiográfico: “deshacerme del sentimiento que me agobiaba”.

Ya se hizo referencia a este caso para ejemplificar otra función del fenómeno de autolesión no suicida. Se dijo, en ese momento, que, en el testimonio autobiográfico de Cielo (Latini, 2006), podemos encontrar la mención de comportamientos autolesivos que cumplen diversas funciones para la subjetividad. Aquí recortaremos el texto en el que puede leerse la función de alivio afectivo implicada en algunas de sus autolesiones.

Pero antes, destacaremos que, en esta autobiografía, puede leerse la insistente aparición del posicionamiento de la autora en el lugar de abandono en que se siente con relación a los demás. Como muestra de eso, traeremos aquí una breve pero elocuente mención ilustrativa. En ocasión de su cumpleaños número dieciséis escribe:

(...) yo estaba feliz y aun así, no estaba conforme. Algo muy fuerte pasaba adentro de mí: ese estúpido sentimiento de desesperación, de abandono. Alejo no me estaba abandonando, pero en cada uno de sus e-mails yo lograba decodificar la misma frase: «Me estoy peleando con vos despacito, casi sin que te des cuenta, y cuando abras los ojos, ya no voy a estar». Miedo al abandono. Soy abandonada por todos: amigas, padres, novio, profesores. Todos me abandonan, ¿por qué Alejo no lo haría? Estaba esperando amargamente el día que no volviera jamás. (p. 71-72).

Además de esta posición, en la autobiografía se traslucen las fuerte dificultades que presenta Cielo para procesar las rupturas amorosas y la postura melancolizada con la que responde a ellas. Luego de una de las tantas veces en que una ruptura o posible ruptura se produjo entre ella y Alejo, dice:

¡Estoy tan desesperanzada, tan deprimida, tan sin identidad! (...) Algo me mantiene triste y enferma. No sé qué puede ser, con Alejo jamás volví a hablar y ni siquiera lo recuerdo. (p. 102)

Tengo ganas de llorar y estoy muy sensible, tan triste y deprimida como si hubiera vuelto a tener noticias de Alejo” (p. 102).

Soy una persona que desechó su pasado, que evita tener un presente y prohíbe cualquier futuro (sin vida no se puede estar). Tengo que encontrar una causa, una estrategia, un fin. Tengo que encontrar mi «para qué». Siempre viví por otros: Cocol, Alejo, Úrsula. No merezco vivir por mí, es un desperdicio. Me odio. No me tolero. (p.102)

Es importante también mencionar, antes de ir al relato de la autolesión, una observación que realiza y que nos deja una indicación precisa acerca del deseo de la madre, como ella misma lo advierte. “Es el momento de hablar de Rocío y más indirectamente de mi madre. Siempre tuve la creencia, equivocada o no, de que mi madre quiso que yo fuera un diez. Es decir, un palo y un cero al lado. Siempre fui un cero, bien redondo y gordo” (pp. 15-16). Relata que una pareja amiga de sus padres eran un perfecto 10 y, frente a ellos, era fácil sentirse como un miserable. “Tuve la maldita suerte de que la amiga perfecta de mamá tuviera una hija de mi misma edad pero abismalmente diferente: Rocío” (p. 16).

El panorama se me complicó un poco cuando empecé a escuchar a mamá diciendo a cada rato que algún hijo perfecto de su amiga había recibido un estúpido premio. Me empezó a molestar la repetición en serie de comentarios edulcorados. Como ella estudiaba inglés, mi mamá me mandó a estudiar inglés. Como ella bailaba danzas contemporáneas, yo empecé a hacerlo. Y así seguía como un detective frustrado tras las huellas de Rocío. (p. 16)

Sobra esta cita para mostrar la vivencia de frustración de Cielo con respecto a no poder alcanzar y posicionarse en el lugar del objeto idealizado por el deseo materno.

Luego de la recuperación de un intento suicida, Cielo comenzará a escribir acerca de su comportamiento consistente en la realización de cortes a su propio cuerpo, pero que ya no implicaban un propósito mortal. A pesar de la mención del odio a sí misma, y de la función agresiva que también aparece en estas autolesiones, la autora deja explicitada la finalidad inmediata que se les superpone: quitarse el sentimiento que la agobiaba en ese momento; mediante los cortes conseguía alivio, calma, sentirse de

nuevo persona. Y en esto jugaban un papel las sensaciones de dolor corporal y del fluir de la sangre.

En palabras de Cielo:

Tenía que expresar mi odio hacia mí misma (no como persona, sino por estar simplemente viva) y encontré un método muy eficaz y dañino: cortarme. Al principio utilizaba cualquier cosa filosa que encontrase (...) pero más tarde me hice especialista en filos y navajas. Después de una crisis de llanto o en medio de ella, cuando sentía que no iba a parar, me llevaba un cuchillo al baño o a la cama y me cortaba primero despacio hasta que me acostumbraba al dolor y después lascivamente hasta que la sangre fluía sin nada que la parase. No lo hacía para quitarme la vida, sólo quería deshacerme del sentimiento que me agobiaba en el momento: aquello podía ser angustia, tristeza, melancolía, odio desmedido por Alejo o por mí, por estar respirando. Una vez que veía caer la sangre, respiraba profundo, aliviada, y me ataba los brazos con papel higiénico que pronto mutaba en color carmín. Empezaba a hacer frío en aquella época, así que usaba siempre camisas o remeras de mangas largas. Mi plan era perfecto, nadie iba a darse cuenta. Me calmaba, me hacía sentir de nuevo persona y no tanto esqueleto o zombie vuelto de la muerte para quedarse a mitad de camino. Estaba dañándome otra vez, casi sin pensarlo. Lo que me ayudaba me destruía, una vez más. (pp. 253-254)

Más adelante en su libro, podemos encontrar el relato singular de una autolesión que conduce al inmediato alivio. En esta anécdota queda plasmada la fuerte vivencia de una afrenta narcisista sufrida por Cielo, que desencadena un imponente sufrimiento que la conduce a realizar el comportamiento autolesivo que logra calmarla: luego de terminar con la internación por su intento suicida, Cielo consigue establecer una cita de reencuentro con Alejo. Recalquemos que, hasta entonces, llevaba con él una relación amorosa muy tormentosa y su intento suicida estaba vinculado a ciertos desplantes que ella le adjudicaba. Cielo mantenía viva la ilusión de sostener dicho vínculo. Respecto al encuentro relata:

-Sí. y vos Ale, ¿estás de novio? -Sí. -¿Cómo se llama? ¿Quién es? -Se llama Claudia. -Ah... ¿Y qué hace? ¿Hace mucho que están juntos? -Hace dos meses...

Pero, ¿por qué no le preguntás a ella mejor? -¿Cómo? -Mirá, ahí viene. Lo miré a Alejo, azorada, y después vi venir a una mujer rubia, que caminaba como una bailarina y se acercaba cada vez más a nuestra mesa. Vi que él le sonreía mientras la desvestía con la mirada. Volví a mirarla a ella. Alejo se levantó. - Claudia, ella es Cielo. ¿Viste? Acá está, tanto que querías conocerla. Ahora te podés quedar tranquila. Sí. Fue todo una trampa. Alejo me citó para que su novia no me celara. (...) Claudia me saludó con un beso. Yo me quedé mirando atónita. Él le dio un beso en la boca. Mis ojos se abrían a la vez que mi garganta se cerraba. (...) Estaba sentada a la mesa con Alejo, el hombre por el que me quité la vida, y su nueva novia, mi reemplazo. ¡Y me estaba reemplazando delante de mis narices! Pedí disculpas y fui al baño del bar con mi cartera. Me temblaban las manos. Se me caían las lágrimas de odio, de pasión desenfrenada, de celos, de impotencia, de no poder creer lo que me estaba pasando. No quería darles el gusto de que me vieran llorar. Busqué desesperada con mis manos temblorosas dentro de mi cartera. ¡Maldición! No estaba. Seguí buscando. (...) Lo encontré finalmente: un sacapuntas recién comprado (...). Ya suspirando por el alivio que iba a sentir a continuación, extraje con las uñas los pequeños tornillos. Y me corté los brazos una veintena de veces con dolor (no el del metal en mi piel, sino el del reemplazo) y placer. (...) Terminé de cortarme y me sentí mucho más calmada. Volví a ponerme el saco, no sin antes retocarme la cara con rubor y rímel. (pp. 267-268)

Luego de esto Cielo retornará a la mesa con Claudia y Alejo.

Caso 4

Caso clínico Sol: “algo que se saca de encima, furia, dolor”.

Se transcriben aquí algunos recortes de la viñeta clínica del caso Sol, presentado por Tomasini y Rodríguez (2006). En el caso se leerá que los cortes autolesivos que realiza en soledad la liberan del sufrimiento. A su vez, es importante destacar, a partir de la identificación ruinososa que se menciona, el lugar que parece ocupar Sol para el deseo materno.

Sol consulta dos años después de la muerte de un hermano. Durante los primeros tiempos de entrevistas despliega el dolor por esta pérdida y al cabo de unos meses, confiesa que desde dicho suceso, se inflige cortes con una gillette en el antebrazo y en los muslos. Dice: «llegué a pensar que lo que hacía estaba bien». Al indagar sobre las características de esta práctica, Sol relata que ésta acontecía a puertas cerradas, precisamente, en el baño. Nunca nadie supo sobre lo que ella denomina «su costumbre». Luego agrega: «me ponía mal porque nadie lo notó». (...) Dirá: «Cuando uno lo cuenta pierde valor» (...). Los cortes solían acontecer a posteriori de discusiones con su madre. Durante las mismas permanecía callada: «si hablara lastimaría a los demás, yo sé muchas cosas». La herida venía al lugar de lo silenciado discursivamente. Describe que los cortes propician una liberación del sufrimiento, «algo que se saca de encima, furia, dolor». Cada nuevo corte le presentifica «que no está todo bien». (p. 480)

La analista logra puntualizar una importante identificación de Sol tomada del discurso materno:

Luego de algunos meses de entrevistas cuenta algo que había olvidado mencionar, lo que denomina «el ultra secreto»: su verdadero padre es su tío, un saber que posee desde pequeña y que aparece denegado cuando dice: «puedo ser hija tanto de uno como de otro». De su discurso se recorta un significante, *arruinar*, al cual se halla identificada. Según su madre, Sol «arruina todo». Tal ubicación adquiere una consistencia fantasmática en la que ella es la ruina familiar: causante de la ruptura matrimonial y celestina entre su madre y su verdadero padre. (pp. 480-481)

“La analista interviene tratando de conmovier esta posición” (p. 481) y parece alcanzar cierta eficacia:

(...) ante una serie de sucesos que en otro momento explicaba autorreferencialmente, ahora dice: «me di cuenta que no soy el centro del universo, lo que pasó iba a pasar», más allá de ella. (...) Los cortes en su cuerpo cesan y finalmente, relata que días atrás se deshizo de una caja que poseía desde

pequeña, en la que guardaba pastillas y cartas destinadas a un otro, por si alguna vez se suicidaba. (p. 481)

Caso 5

Testimonio de Muriel: “no sentir más el dolor en tu corazón”.

Seleccionamos aquí los dichos del testimonio de Muriel (Le Breton, 2019) que remiten a la función de alivio afectivo de la autolesión y en los cuales se evidencia que las sensaciones y el dolor corporal le sirven como invitación del dolor psíquico. Además, se plasma que los sentimientos de pena y de desdicha que se quieren evadir, provienen de una herida de amor.

Muriel recuerda el momento en que se cortaba su piel con un pedazo de vidrio roto: «Yo tallaba, tallaba y veía la sangre que corría, ni siquiera recuerdo que me dolió. Recuerdo que picaba, que picaba, eso sí. Creo que tenía tanto dolor en el corazón que realmente no sentía el dolor». (Le Breton, 2019, p. 24)

«Eres tan desgraciada en el fondo de ti misma, es la pena de amor, sabes. Te sientes desgraciada en tu corazón, y entonces te haces mal para tener un dolor corporal más fuerte, para no sentir más el dolor en tu corazón». (Le Breton, 2019, p. 29)

Caso 6

Caso clínico: “cortarse los brazos y las piernas es lo único que calma su angustia”.

Se trata de una viñeta clínica de una paciente atendida en un hospital y cuya analista la ubica como una grave neurosis melancolizada (Altayrac, s/f). La consulta se produce ante la inminencia de una ruptura con su actual pareja. La analista refiere que esta paciente no puede realizar el duelo por la pérdida de su madre y remite los cortes que se realiza en el cuerpo al corte que no pudo hacerse en lo simbólico. El insoportable dolor de los cortes que se realiza en los brazos y piernas es lo único que calma su angustia. Destacamos, además de su melancolización, aquello que la analista indica que ha faltado desde el inicio: haber ocupado ese lugar de objeto causa en el deseo de la madre. A continuación, transcribimos la viñeta:

Ya desde la entrevista de admisión, lo que aparece es la angustia excesiva de la paciente que intenta tramitar vía atracones de golosinas y la denuncia de que este mecanismo ya no le sirve para calmar esa angustia que no sabe todavía a qué se debe. A las pocas entrevistas relata que su padre era alcohólico y su madre depresiva. Todas las mañanas, esta madre al despertarse puteaba en voz alta por seguir estando viva y decía, delante de la paciente, que querría estar muerta. La paciente refiere que si bien sabe que la madre a su manera la quiso, siente que siempre estuvo sola y ahora consulta por el temor a la soledad que le provocaría romper con su actual pareja. De su infancia no tiene demasiados relatos pero sí todos sus recuerdos remiten a una pubertad y adolescencia muy duras debido a que a esta madre se le arma algo complicado en relación al despertar sexual de su hija. Así, esta madre no puede transmitirle nada en relación al pasaje de esta joven a convertirse en mujer, tampoco puede transmitirle nada en relación al amor a un hombre. No obstante esta relación con la madre, la paciente no puede separarse de ella y aún hoy, habiendo fallecido la madre, no puede hacer el duelo por esta pérdida y el corte que no ha podido hacerse en lo simbólico, se hace en lo real del cuerpo. En el pasado descubre que cortarse los brazos y en ocasiones, las piernas, es lo único que calma su angustia. Este dolor sentido en el cuerpo, que se le hace insoportable, «no pude bancarme el dolor» -dice en una entrevista-, es lo que calma su angustia. Actualmente, la paciente se siente desgana y le cuesta encontrar una buena razón para vivir, refiere: «siento que nunca voy a ser feliz». Se trata de una paciente neurótica melancolizada grave. (p. 37)

Es el duelo por la muerte de su madre el que no puede hacerse. Piensa en ella todo el tiempo y la angustia que la invade muestra que para ella no han pasado todos estos años desde esa muerte. El tiempo desde ese instante ha quedado detenido, no obstante, ella dice haber sido «depresiva» durante toda su vida. Nuevamente, lo que ha faltado desde el inicio es haber ocupado ese lugar de objeto causa en el deseo de la madre. Una madre demasiado depresiva como para poder alojar a su única hija. (p. 37)

La analista afirma que, más allá de la cuestión del duelo reciente, se escucha que hay poco del deseo de la madre para esta mujer.

Es una madre tirada en la cama que maldice por estar viva y durante años no parece registrar mucho a su hija hasta ser sorprendida por la pubertad de ésta y ahí toda su atención pasa por impedir que la paciente salga, conozca hombres y elija la carrera profesional que ella quiere. (p. 37)

Lo fundamental que se escucha en esta paciente es que “la dimensión del deseo se encuentra perdida y lo que hay entonces es un goce excesivo” (p. 38).

Caso 7

Testimonio virtual¹³: “descubrí el alivio que me producían los cortes”.

En el caso, se destacan los prolongados sentimientos depresivos que menciona y la función de alivio subjetivo ante la angustia que logra a través de los cortes. Asimismo, menciona su intento de que las autolesiones no le dejen marcas, ya que las mismas le traen problemas en las relaciones con los demás y son difíciles de ocultar. Por otra parte, alude al orgullo, es decir, la estima de sí misma, como motivo para dejar los cortes, y evidencia su significativo temor a que no la quieran.

No recuerdo la primera vez que me corté, pero estaba en el colegio y desarmaba el sacapuntas y con la hoja me realizaba pequeños cortes en las manos. No lo hacía seguido, sólo cuando la angustia era mucha. Años después, tenía depresiones por tiempos muy prolongados, durante el invierno eran más intensas, sentía un peso enorme en el pecho que no me dejaba respirar, sobretodo en las noches que no me dejaba dormir, entonces fue cuando descubrí el alivio que me producían los cortes, luego me acurrucaba y podía dormir. Al día siguiente, me embargaba la culpa y la vergüenza. Mientras me hacía los cortes sentía que era muy lógico lo que estaba haciendo, pero al día siguiente me sentía muy estúpida, sobretodo cuando los cortes eran muy profundos y me costaba parar el sangrado. (...)

Por orgullo dejé de hacerme cortes, llegando el verano descubrí lo difícil que es ocultar las evidencias, pero comencé con problemas estomacales. Si bien yo misma no me provocaba heridas, mi organismo las producía de todas maneras.

¹³ Ver Testimonio V, Anexo.

Al dejar de cortarse, no se acaba el problema, siento que va a seguir por siempre. Tuve un novio que lo conocí en el otoño y al llegar la primavera y verme las marcas me miró como si me viera por primera vez, sintió que estaba al frente de una loca y no pude sacarle esa idea de la cabeza, tras eso me abandonó.

El calvario de llevar las marcas en el cuerpo lo vivo todos los días, desde que abro los ojos hasta que los cierro, durante la temporada de calor y no puedo estar con manga larga, percibo la mirada reprobatoria de extraños, sobre todo en el transporte público. Vivo con la incompreensión de mi familia, que lo ven como una conducta tonta para llamar la atención (...). No sé cómo parar de auto-agredirme, tengo temor a que me venga un ataque de angustia que no pueda controlar y lo tenga que hacer de nuevo. Últimamente para evitar dejar marcas permanentes me muerdo y golpeo o me tiro el pelo, ganas de cortarme no me faltan, pero es más grande el temor a que no me quieran.

Caso 8

Testimonio virtual¹⁴: “duele al principio y después te relajas mucho”.

En este breve testimonio se destaca la función del dolor alcanzado mediante la mordedura de su brazo para alcanzar el alivio. Esto lo realiza en su habitación cuidando que nadie la vea y frente a sentimientos de soledad y tristeza que la llevan al llanto.

Se que no es una historia muy larga, pero fue pq yo sufrí de AL cuando tenía cerca de 10 años hasta los 12 anduve con eso.

Si, a esa edad uno es muy pequeño para agarrar un cuchillo para cortarse la piel. Evidentemente, por ello yo recuerdo que cada vez que me sentía sola y triste (pq yo me sentía aislada porque nunca encontré a alguien como yo, que tuviese los mismos intereses... o algo especial) llegaba a mi casa, para que no me vieran llorar, iba a mi pieza y me mordía mientras lloraba, me mordía el brazo durante un largo tiempo.

Pero no era una mordida amistosa, dolía mucho, peor como que duele al principio y después te relajas mucho.

¹⁴ Ver Testimonio VI, Anexo.

Sí, eso fue, todo el tiempo me hacia eso. Pero de allí me estabilice, aprendi a enfrentar mis problemas y ahora estoy bien, pero no soy ajena a la AL..

Caso 9

Testimonio virtual¹⁵: “ese dolor que me estaba matando comenzaba a salir”

En este fragmento testimonial se expresan los efectos de alivio de la autolesión sobre el dolor psíquico como una ayuda para sobrevivir. Remite a heridas físicas sufridas y, por las cuales, ya no confía en las personas. Ha logrado evitar la autolesión a partir del recuerdo de alguien a quien le podemos suponer una elevada estima hacia ella. Además, indica la posibilidad de alcanzar efectos sobre el dolor psíquico a partir de otras maneras menos limitadas que la autolesión y que implicarían la puesta en juego de recursos simbólicos.

Yo comencé a autolesionarme cuando tenía 12 años, recuerdo que una de mis amigas de la escuela lo hacía y que yo no me explicaba el por qué, pero después de la primera vez que yo lo hice me senti un poco mejor por que así podía externar el dolor que tanto me costaba explicar. (...)

Los lapsos en los que yo dejaba de cortarme eran entre 3 o 4 meses, pero poco a poco se fueron haciendo más cortos al grado que llegué a cortarme diario. La manera en la que lo hacía era simple, las primeras veces fueron con tijeras o pedazos de espejos, hasta que después ya no encontraba con que hacerlo y le quitaba las navajas a los sacapuntas.

La primera vez que me asustó el lastimarme fue cuando lo hice en frente de dos amigos, por que en ese momento tenía tanto coraje, tanta impotencia, que no me importó en donde y con quien me encontraba, las heridas ni siquiera las senti aunque fueron profundas, lo único que senti fue que ese dolor que me estaba matando comenzaba a salir y que el sentimiento ya no me dolía tanto.

En estos días había tratado de no hacerlo, pero me he sentido tan presionada, tan vacía, tan sola, lo peor es que ya casi no confío en nadie, por que muchas personas ya me han lastimado, y las pocas que sabían lo que hago ya no están en contacto conmigo y prácticamente me han dejado sola.

¹⁵ Ver Testimonio VIII, Anexo.

Se que muchos no comprenden por lo que estoy pasando y el por que lo hago , se que no es la mejor solucion, pero el hacerlo me ha ayudado, ironicamente, a sobrevivir. Tal vez consideren tonto esto, pero siento que la unica persona que me entiende y que ha estado conmigo en los momentos mas dificiles es alguien que ya no vive, o al menos en este mundo, pero con todo los recuerdos que tengo de el ha evitado algunas veces que lo haga.

Bueno, creo que eso era todo lo que tenia que compartir con ustedes, pero tambien espero que muchos encuentren la forma de externar su dolor de un modo diferente, ya que el lesionarse ayuda, pero es solo una ayuda minima, por que muchas veces, despues de hacerlo, viene el arrepentimiento,yo he encontrado distintas formas de hacerlo, como llorar,escribir acerca de como te sientes en ese momento, platicar con alguien que te entienda, o minimo que te escuche sin juzgar.

Caso 10

Testimonio virtual¹⁶: “como si el dolor físico te hiciera olvidar”.

En este caso testimonial, presenta, a su manera, la utilización del dolor físico como alivio momentáneo de los sentimientos depresivos a partir del desvío psíquico manifestado como olvido de los mismos. Los sentimientos depresivos se vinculan con el rechazo y la humillación que siente, destacándose el lugar de estorbo en el que se ubica en relación a sus padres y los demás.

Y hola, yo comenze con la autolesion desde ase aproximadamente un año. (...) ahora tengo 14.

Para mi, la autolesion es una forma de acabar con el dolor que sientes en los momentos de ardua depresion, es como si el dolor fisico te hiciera olvidar por un momento lo que se esta sintiendo, pero me he autolastimado tantas veces que mis brazos estan repletos de cicatrizes, y aveces digo que ya no lo hare, pero, siempre hay algo que me hace recaer.

No se si en verdad es muy importante o tal ves me concideren una loca, pero en realidad quisiera dejarlo; hay tantas cosas en mi vida que noche a noche me hacen llorar: desde mi sobrepeso, el rechazo y la humillacion que tengo que

¹⁶ Ver Testimonio IX, Anexo.

soportar de todas esas personas que me ven como una diversion, nunca tener dinero para nada, que mi mama siempre este mal, mi papa borracho, y yo, ahi, ocupando un lugar en la mesa, que tal ves de no estar ahi, les ahorraria unos centavos a mis padres para servirse algo mejor de comer.

Tal vez si desapareciera acabaria con mi propio dolor y con el estorbo que represento para los demas.

Caso 11

Testimonio virtual¹⁷: “el problema venía después, cuando ya no había qué cuidar”.

En este testimonio por demás interesante, se recurre a la autolesión, llevada a cabo en soledad, frente a un aumento desbordante de tensión, sentimientos de soledad y/o enojo consigo misma. Se produce quemaduras en el cuerpo y, a partir del dolor, consigue alcanzar la tranquilidad. Durante las semanas posteriores, el estar pendiente de la herida autoproducida también le sirve como distracción del sufrimiento, el cual retornará una vez sanada la quemadura.

Se destaca como elemento propio de este caso el uso de un espejo frente al cual se realiza la autolesión, como si, además de las sensaciones producidas en el cuerpo, pudiera entrar también en juego algo relacionado a la autoimagen percibida allí. Por último, mencionamos el hecho de que logra encontrar otras opciones comportamentales que, al parecer, pueden sustituir a la autolesión al lograr sus mismos efectos distractores.

Yo empecé hacerme daño de muy chica, tendría yo 10 años. No me acuerdo como empecé. Lo que sí es que para los 12 años se me hacía normal quemarme. Lo escondía porque pensaba que la gente iba a pensar que estaba yo loca, porque no entendían lo que me estaba pasando.

Me quemaba cuando ya no aguantaba la presión, cuando me sentía sola, cuando decía algo que no debería de haber dicho y hacía sentir mal a mi mamá, o a mi hermana o alguna amiga.

Me iba sintiendo cada vez peor, y cuando ya no podía más, iba a mi cuarto, cerraba con llave, y me sentaba frente al espejo. Sacaba una llave, una vela y un encendedor. Prendía la vela, acercaba la llave y cuando ya estaba bien caliente

¹⁷ Ver Testimonio X, Anexo.

la ponía sobre mi antebrazo, o mi tobillo en algún lugar donde no tuviera ya una marca. Presionaba la llave hasta que ya no podía con el dolor. A veces hacía esto varias veces. Luego guardaba todo, muy despacio. Sentía una tranquilidad muy rica¹⁸. Me sentaba a ver como la quemada iba cambiando de color, como el dolor cambiaba.

Después de un par de horas, limpiaba la quemada y me dedicaba las próximas dos semanas a cuidarla. Que nadie la viera, que no se infectara, que la ampolla no se rompiera. Y cuando era hora de que la ampolla se rompiera, cuidaba de mantener la piel limpia. Todo se sentía muy bien.

El problema venía después, cuando ya no había que cuidar. La quemada había sanado y me encontraba una vez más acumulando presión, sentimientos de soledad, enojo, etcétera. Pasaron diez años de quemarme, cuidarme, sentirme bien, luego sentirme peor y volverme a quemar y así día tras día, semana tras semana. Tenía pocos amigos y prefería aislarme para que cuando quisiera quemarme lo pudiera hacer sin tener que esconderme o dar explicaciones.

Un día que estaba lista para quemarme, pude detenerme e imaginar cómo iban a ser las próximas semanas y me di cuenta que en menos de un mes me iba a encontrar una vez más frente al espejo, con la llave, la vela y el encendedor buscando algún lugar libre de marcas para quemarme. En ese momento me di cuenta que yo me estaba engañando: la quemada no era tan buena como yo pensaba, ya que no me sacaba del hoyo.

Busqué ayuda. Me tarde bastante en contarle al terapeuta que me quemaba. Yo creo que habrán pasado unos ocho meses hasta que me atreví.

Después nos tomó más de un año hasta que me sentí segura de pensar en que lo podía dejar de hacer, y no fue hasta dos años después que un día que sentí unas ganas locas de quemarme, paré un instante y me dije: no lo tengo que hacer, puedo hacer algo diferente, puedo hablarle a mi terapeuta y decirle que tengo ganas de hacerlo. Y así lo hice.

¹⁸ Rico o rica: “*referido a una situación, agradable, grata*”. Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). Rico. *Diccionario de Americanismos*. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de <https://www.asale.org/damer/>

Y así ya llevo tres años que no me quemó, aunque a veces me dan ganas, pero tengo ya otras opciones como hacer muchas abdominales y sentadillas. Aunque a veces parece imposible dejar de hacerse daño, me he dado cuenta que se puede, y que el tener la opción de ahcerlo o no nos da una libertad enorme y a la larga conlleva a sentirnos más tranquilas.

Caso 12

Testimonio virtual¹⁹: “ese dolor me tranquilizaba”.

En este testimonio, como en otros casos, se menciona la función apaciguadora frente al sufrimiento que cumple el dolor proveniente de la autolesión. Se destaca el estado de tristeza con el cual caracteriza su vida y algunos eventos que lo fundamentan, por ejemplo, cuando el chico que le gustaba la deja por otra y la frustración que siente en relación a no cumplir los anhelos de su madre sobre ella.

Siempre he sido una chica reservada, callada, tímida, introvertida. Nunca he mantenido las relaciones de amistad, no tengo una mejor amiga, aunque ahora tengo 3 con quienes llevarme, pero no son de mi total confianza.

La mayor parte de mi vida he estado triste, una vez fue cuando el niño que me gustaba y quería me botó por otra pero me hacía creer que me quería; otra vez fue cuando me fui a estudiar fuera de la ciudad y a los 3 meses no quise seguir estudiando esa carrera, mi madre me dijo que no había problema, que me podía regresar, pero no fue así... desde entonces me reprocha y me hace sentir una frustrada todo porque ya hubiera terminado la carrera y ya estuviera trabajando.
(...)

Ahora, cómo comencé a AL, fue en abril de este año, no había ido a la escuela, tomé un rastrillo ²⁰, le saqué las navajitas, fui a mi casa con la idea del suicidio, pero dolió mucho.

Fue allí donde me di cuenta que ese dolor me tranquilizaba y me gustaba sentir la sangre tibia rodando en mi piel. A partir de allí lo hago cuando me enojo

¹⁹ Ver Testimonio XI, Anexo.

²⁰ Rastrillo: “Maquinilla de afeitar, aparato constituido por un mango con un dispositivo donde se aloja una cuchilla, y que sirve para rasurar”. Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). Rastrillo. *Diccionario de Americanismos*. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de <https://www.asale.org/damer/>

con mis padres, cuando algo no me sale bien como un examen, cuando me hace llorar el chavo²¹ que quiero, y algunas veces no hay motivo, sólo siento el deseo de hacerlo, me desespero, es como cuando quieres un cigarro, es un droga.

Ah, y estoy enamorada, tal vez, no estoy segura, pero es ajeno a mi, tiene novia, es mi amigo. El sabe que me corto, a veces me avergüenzo cuando ve mis cicatrices, y está al pendiente de que no tenga nuevas, pero hay formas de cubrirlas, con pulseras, y también me corto en las piernas o en el abdomen, eso no lo puede ver.

Caso 13

Caso clínico Luz: “la angustia la ponés ahí”.

En el siguiente recorte del caso clínico presentado por J. Dartiguelongue (2012), la paciente expresa la función de alivio que los cortes corporales que se realiza ejercen sobre su desbordante angustia. Vinculado a su historia, se destaca el sentimiento de desamparo, sus intentos por convertirse en imprescindible y complacer a los demás para no ser abandonada. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, se producen pérdidas de personas queridas, y con ellas sobreviene la angustia y los cortes para aliviarla.

Luz, es una paciente de 24 años que “vive con su abuela materna y con sus dos hermanos menores” (p. 63).

Es derivada al dispositivo de Hospital de Día luego de una internación de un mes en una clínica psiquiátrica, a causa de un intento de suicidio con ingesta de pastillas. (p. 63). L. estaba de novia con Pedro hacía tres años. Él decide cortar la relación y, al poco tiempo, la paciente lleva a cabo dicho intento. (p. 63)

En el curso del tratamiento (...), L. empieza a poner en palabras algo que nunca había contado (...). L. se corta. Se realiza tajos en distintas partes del cuerpo que quedan ocultos por su vestimenta. (p. 63)

L. con mucha dificultad comienza a hablar: «A los doce años empecé a cortarme. Me aliviaba. Me acuerdo de tener angustia, mucha angustia sobre todo de noche, de no saber qué iba a pasar con nosotros. Cortarme era una forma de

²¹ Chavo o chava: (1) “Persona joven que viste y actúa según la moda”. (2) “Novio o novia, persona que mantiene relaciones amorosas”. Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). Chavo. *Diccionario de Americanismos*. Recuperado el 23 de septiembre de 2023, de <https://www.asale.org/damer/>

desahogarme de la angustia. Yo no decía nada. Una vez mi mamá me vio algo raro en los brazos. Me llevó al dermatólogo y el médico dijo que tenía una enfermedad de la piel. Yo nunca dije nada, nunca dije que me lo hacía». (p. 63)

L. vivía con su madre, su padre y sus dos hermanos (...). Relata el funcionamiento caótico de una casa donde, ambos padres no sólo comercializaban droga, sino que consumían fuertemente, desentendiéndose del cuidado básico de sus tres hijos. (pp. 63-64)

L. presentaba un sentimiento claro de “desamparo”. De los doce a los catorce años de Luz, su padre estuvo preso. Y, a los dieciséis, detienen a su mamá y aún continúa en prisión. Su padre, luego de ser liberado, nunca aparece para cuidarlos. Por tanto, en ese entonces, los tres hermanos quedan al cuidado de unos tíos maternos. Pero, al cabo de dos años, se van a lo de su abuela materna.

Luz dice:

Nunca digo lo que me pasa. Siempre haciéndome cargo de todo para que los otros no estén mal. En realidad es lo mismo que me pasa con mi abuela, con Pedro y me pasó con mis viejos, con mis tíos, ese sentimiento de no ser como soy, de callarme para que al otro no le joda. (...) Quiero ser, pienso que soy imprescindible. (...) Con Pedro tengo la necesidad de decir todo que sí, de ser como él quiere que sea para que no me deje. Y lo que más me aterra en la vida es que se muera mi abuela. (p. 64)

Luz volvió a cortarse hace dos años. Dice: “Cortarme, yo sé que es raro, pero me hace bien. Es como tener adentro toda una angustia y es como hacer algo que me saca todo eso, es una descarga” (p. 64).

“Hace dos años suceden dos cosas. Nuevamente, dos personas que `desaparecen´ de su vida” (p. 65). Una es Tatiana, la señora que trabajaba en la casa de su abuela, quien “se ocupó cariñosamente del cuidado de los tres niños cuando fueron a vivir a esa casa. «Yo la amaba, dice L.»” (p. 65). Tatiana se va a trabajar a otro lado donde consigue una mejor paga. Algunos meses después, Pedro, su novio, le pide un tiempo -el primero de varios impasses en la relación-, hasta que dos años después da por finalizado el noviazgo.

L. dice: «Tatiana se iba. Tenía bronca, angustia (...) Siempre terminás perdiendo a la gente que querés. Me metí a bañarme sólo para cortarme y salí un poco más tranquila. Ese domingo que me lo dijo me corté muchas veces. La angustia la ponés ahí. Estaba tan mal que no me dolía nada. Lo que me daba mucha impresión era cuando me salía sangre y verla en la ducha. La función es que me saca la angustia. (...) Con el tema de Pedro fue peor. La noche que me dejó tenía una angustia que no podía respirar. Esa noche me corté. Me tranquilizó, me alivió, pero al rato me asusté de cómo me había cortado.» (p. 65)

Empecé a pensar cómo me sentía antes de lastimarme y cómo me sentía después. Después me siento bien, pero, inmediatamente al corte pensaba «qué mal, ojalá no me quede una cicatriz». Claro, eso cuando ya estaba tranquila. (p. 66)

Caso 14

Caso Sara: “no me mato, solamente me tranquilizo de otra forma”.

Se trata de un caso de investigación sobre autolesión que fue abordado mediante entrevistas en profundidad (Rojas-Zapata, Enríquez-Eraso y Carvajal-Guzmán, 2020). Se realizaron cuatro sesiones de entrevista, cada una con una duración aproximada de 2 horas, las cuales fueron grabadas en audio y transcritas. Por nuestra parte, tomaremos la breve caracterización que los autores realizan de Sara y recortes de los dichos de la misma, en los cuales se evidencia el efecto subjetivo tranquilizador que tienen los cortes que se realiza en la piel frente a crisis emocionales. Destacamos, también, una historia de vivencias de falta de afecto hacia ella por parte de sus padres, sentimientos de soledad por no tener a nadie que la escuche y se preocupe por sus sentimientos. Es importante no pasar por alto que los autores mencionarán que Sara se siente ignorada y rechazada por sus seres queridos.

Los investigadores presentan a Sara como

Una adolescente de 16 años, estudiante de décimo grado de bachillerato, que vive con su madre y su padrastro. Durante las entrevistas a profundidad se presenta recurrentemente en su discurso el significante de soledad, descrito como la carencia de afecto y la falta de atención por parte de su familia. Señala que siempre ha sentido -desde su infancia hasta la actualidad- no ser escuchada por

sus seres queridos, llegando al punto de sentirse ignorada e incluso rechazada por ellos. En el relato de la historia de vida de Sara se presentan eventos que, como ella lo dice, le han dejado marcas afectivas negativas; entre estas, la separación de su madre durante sus primeros años de vida, el rechazo de su padre en su adolescencia, y el poco afecto y atención que ha recibido de su madre en la actualidad. Todo ello, aunado a diferentes crisis emocionales generadas por discusiones familiares, desencadenó la práctica furtiva de las autolesiones cutáneas, con la que manifestó haber sentido que lograba olvidarse de sus problemas y obtener tranquilidad. (p. 188)

Sobre su historia y su padre expresa:

(...) es que yo he tenido como una vida muy... sola, ¿sí me entiende?, porque, pues, nunca tuve a mi mamá o alguien que se preocupara, o sea, mi papá siempre me quiso dar como lo material, él se preocupaba por trabajar y darme cosas, pero nunca se fijó en que lo que yo necesitaba, era como un afecto o que se acercaran a preguntarme cómo estaba, que qué sentía. (p. 189)

Acerca de su madre dice:

(...) mi mamá, pues, casi no hablamos porque trabaja y pues cuando hablo es por las noches o no le hablo, si no que entro a la habitación de ella y como que me acuesto al lado de ella, pero no hablamos (...). Yo la considero una mujer, sí, trabajadora, sí, pero nunca, o sea, de que ella lucha bastante, ella se mata trabajando, pues, por mí, yo sé, pero ella hace lo mismo que mi papá hacía, solo trabajan y trabajan. (p. 191)

Al profundizar sobre este sentimiento de soledad y qué sentía al no ser escuchada, dice:

(...) ya no me importa si alguien escucha lo que yo tengo, es más, si tengo algo que tengo que desahogar, lo hago de otra forma (...) ya no tengo nadie quien me escuche, pues me vale y ya yo veré qué hago yo ahí. (p. 191)

Vale aclarar que para Sara la autolesión cutánea es una de las formas de desahogo.

Con respecto a intentar suicidarse dice:

(...) nunca llegué a hacerlo. Fue porque no fue el momento o porque empecé a reflexionar en mí misma que no le daría gusto a la gente; otras veces sí intenté hacerlo porque, pues, como te digo, yo quería ver a la gente sentirse igual, pero, pues, nunca se pudo, por eso ahí fue que más que todo empezaron las cortadas, porque no me mato, solamente me tranquilizo de otra forma. (pp. 193-194)

Cuando se le indaga acerca de cómo cree que su padre reaccionaría si se enterase de su práctica autolesiva, dado que él aún no sabe sobre esta, responde:

Pues no sé, es que depende si él lo tomaba, o sea me daría miedo que pensara que era por llamar la atención y yo no es por llamar la atención, porque si yo quisiera llamar la atención dejaría que todos se dieran cuenta, pero no. (p. 194)

Al preguntarle a Sara qué sentía al realizarse los cortes en la piel, responde:

(...) tranquilidad al hacerlo; después ya me sentía como más tranquila, como uno no tiene a alguien que lo escuche, entonces eso es como... escucharse a uno mismo, como hacerlo uno mismo, hacerlo, tranquilizarse a uno mismo de una forma fácil. (p. 195)

Caso 15

Video de la youtuber Roxy²²: “me cortaba para distraerme”.

La youtuber “Roxy” realiza un video en el que comenta acerca de su experiencia con la autolesión. Produce el video luego de que sus seguidores le preguntaran sobre las cicatrices que han observado en sus piernas en otros videos. Extraemos aquí el texto de ese video, en el que puede leerse el efecto de distracción que el dolor físico le

²² Tomado de Canal Roxy (25 de julio de 2014) ¿Por qué tengo cicatrices en las piernas? | #StoryTime | Roxy Spiders. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=dVWAnr6drLQ>.

provocaba -al convertirse en el único foco de atención-, frente al sufrimiento por el que pasaba en ese entonces, dejándole una momentánea sensación de calma. Destacamos también la referencia que realiza a la tristeza y a una “herida” en su interior:

Yo era una niña muy alegre (...) todo parecía ir muy bien en mi vida hasta que a los trece años todos estos monstruos que vivían dentro de mí decidieron salir a saludar y ahí fue la primera vez en mi vida que me sentí realmente sola, sentía que tenía dentro de mí una herida tan grande que jamás iba a sanar, me sentía muy triste, desesperada, muy muy muy chiquita. Era el 2007 y estaban muy de moda los “Emos” y se hablaba mucho de que se cortaban. Yo la verdad no sabía de qué hablaban (...) y entonces decidí intentarlo con mi mejor amiga. Era algo como muy inocente, nos cortamos estrellitas y nos tomábamos fotos, se nos hacía que se veía muy bonito, eran heridas muy superficiales. Y al poco tiempo ella (...) lo dejó de hacer. Y yo, por el contrario, como que me daban cada vez más ganas de saber más (...). Y empecé a hacerlo con más frecuencia y con más intensidad. Encontré el tipo de navaja que más me gustaba, el método perfecto para hacerlo, dónde hacerlo para que no se notara tanto, la velocidad, la profundidad que aguantaba (...). No era un buen momento en mi vida, estaba yo muy estresada, me iba muy mal en la escuela, tenía como un poco de problemas en mi casa. Y cortarme se volvió un escape (...). Yo me cortaba para distraerme. Cuando todo se volvía demasiado intenso, pues el dolor físico se lo llevaba todo, sabes, como que la angustia, la tristeza, el estrés, todo era así demasiado, me cortaba y entonces en ese momento lo único que existía era el dolor, se iba todo y después me quedaba como una sensación de calma, que bueno, obviamente era momentánea. (Canal Roxy, 2014, 0m30s)

11.13. Autolesión restitutiva del yo-cuerpo

Es una autolesión que cumple con la función subjetiva de provocar el sentir corporal y, consecuentemente con ello, recuperar el sentimiento yoico. El sentir corporal se alcanza a través de las sensaciones que se producen en la superficie corporal inducidas por la lesión.

Los sujetos refieren que, mediante la autolesión, consiguen percibir sensaciones corporales que pueden provenir del dolor y/o del fluir de su sangre. Esto los ayuda a restituir su sentimiento yoico, lo cual queda reflejado en ciertos de sus dichos, que remiten a que ese comportamiento les devuelve la sensación de ser yo, de estar vivos, de existir, de recuperar su cuerpo.

Tal recuperación suele producirse frente a un estado de sufrimiento concomitante con sentimientos de despersonalización, pérdida de límites yoicos, de sentirse “muerto” en el sentido de una significativa desconexión con el mundo, insensibilidad, anestesiamiento y/o entumecimiento corporal. Por todo ello, se trata de una función estabilizadora que puede acompañarse de sensaciones de alivio al lograr sobreponerse a dicho estado.

Como puede advertirse, esta función de la autolesión se encuentra emparentada con aquélla que funciona como alivio afectivo. Las mismas pueden darse juntas. También constituye una función poco explorada y que requiere la elaboración y presentación de sus fundamentos teóricos en el campo psicoanalítico.

Caso 1

Testimonio de Martine: “el dolor era una forma de decir yo”.

Martine, hoy con 38 años de edad, se ha cortado durante mucho tiempo alrededor de sus 20 años, cuando era estudiante.

«Las cortaduras, eran la única manera de soportar ese sufrimiento. Eran la única manera que encontré en ese momento para no desear morir» (p. 31).

«Tenía una fijación con el dolor», recuerda Martine. «Era sin duda el signo que de golpe yo me volvía yo. El dolor era una forma de decir yo». (Le Breton, 2019, p. 46)

Caso 2

Texto autobiográfico: “darme cuenta de que realmente estaba viva”.

Nuevamente, recurrimos al texto autobiográfico de Cielo Latini (2006). Como mencionamos anteriormente, la protagonista presentará autolesiones con diferentes funcionalidades. En este caso, recortamos un segmento de su texto en el que aparece

un indicio de la función restitutiva del yo-cuerpo correspondiente a la autolesión: “yo me sentía tan muerta, que ver salir la sangre me ayudaba a darme cuenta de que realmente estaba viva” (p. 255).

Caso 3

Testimonio de Muriel: “sentís sensaciones, te sentís viva”.

Seleccionamos aquí los dichos del testimonio de Muriel que remiten a la función restitutiva del yo-cuerpo de la autolesión.

[Muriel] contó cómo la vista de la sangre la tranquilizaba: «Ves la sangre, es realmente una parte de vos, está en vos, te hace vivir y ves cómo corre. Sabes que vives. Cuando te cortás sentís sensaciones, te sentís viva. Es como si supieras que tu vida te pertenece. Sé que yo puedo hacer correr mi sangre cuando quiera, soy realmente ama de mi cuerpo, existo. Ese es un poco el sentimiento cuando ves correr tu sangre». (Le Breton, 2019, p. 61)

Caso 4

Caso clínico Amanda: “me siento más yo”.

Presentamos, a continuación, un recorte de un caso clínico cuya analista denomina Amanda y en el que las autolesiones no suicidas cobran la función de alivio afectivo, como así también comportan los efectos estabilizadores de la función restitutiva de yo-cuerpo (Sujoy, 2020).

Es una adolescente de 15 años que pidió a sus padres ir a una psicóloga. No les dio razones ni ellos se las pidieron, pero ambos supusieron que sería a causa de la reciente separación de ellos. Tanto la madre como el padre eran profesionales exitosos y manifestaron estar contentos con el rendimiento escolar de Amanda. No notaban nada que les preocupara en su conducta. Les pareció muy razonable que su hija solicitara psicoterapia dados los cambios en la familia. Todo lo explicaban con una lógica contundente, sin dudas ni interrogantes. El tono neutro y distante del padre, así como la imagen de padres perfectos, hijas perfectas y divorcio perfecto que transmitía la madre eran sumamente llamativos.

En la primera entrevista con Amanda me impactaron su belleza y su aspecto apacible. Su pedido de ver a una psicóloga se basaba en que, a veces, se sentía rara sin poder explicar qué quería decir con eso. En la siguiente entrevista contó que extrañaba a un amigo. Él estaba muy mal porque se sentía abandonado por los padres y se cortaba. «¿Y vos, te cortás?», le pregunté. «Yo también», dijo. «Eso es lo raro que siento. Al principio lo hacía con él, pero después empecé a cortarme en mi casa sola. Cuando lo hago no me doy cuenta hasta que de pronto cuando veo la sangre noto lo que hice. Me siento más yo. Me trae tranquilidad. Pero no sé cuándo lo hice». Me muestra sus cicatrices en las piernas. «A veces, sólo miro las cicatrices y me calman, pero están desapareciendo». (pp. 117-118)

En relación con el caso, la terapeuta dice: “en ciertos casos de autocortes, como en Amanda, parecen asociados a calmar angustias de disolución, en los que el acto de cortar devuelve la certeza de su existencia y salva del peligro de desintegración” (p. 120). Además, le adjudica al acto “un funcionamiento protector de la vida psíquica” (p.120).

Caso 5

Texto autobiográfico: “Me sentía inerte, me cortaba para revivirme”.

Tomamos el caso de Zulma Saadoun (2012), quien publicó un libro con contenido autobiográfico con sus vivencias autolesivas. Allí, ella sostiene que este comportamiento es más frecuente de lo que se conoce y que muchas personas lo ocultan. Con su testimonio, pretende contribuir al entendimiento de por qué hay jóvenes que lastiman su cuerpo.

Zulma nació en Montevideo en el año 1987, es hija de madre uruguaya y padre argelino. A los 19 años se fue a vivir a Francia con una beca en un instituto de ciencias políticas. Allí pondrá en duda su vocación y abandonará los estudios luego de dos años. De regreso en Uruguay, decidió escribir su autobiografía.

De su autobiografía recortamos aquel texto que remite a sus autolesiones, en el que puede leerse la función subjetiva restitutiva que cumplen las mismas. Refiere que, mediante este recurso, logra sentir, salir del entumecimiento, revivirse. Con ello, logra calmar la tristeza, el dolor, la angustia, el hecho de sentirse como un fantasma, un alma en pena, inerte.

En lo que concierne a la primera vez que se autolesionó dice: “estaba sola y me sentía muy triste y preocupada (...), sentía que la esperanza se me escurría entre los dedos y pensaba en asuntos que me angustiaban” (p. 41).

“Cortarme era algo que yo había decidido por mí misma, que no me había sido impuesto o influenciado por nadie. Era mi decisión” (pp. 44-45). Se autolesionaba a través de cortes superficiales -principalmente sus antebrazos- en ámbitos privados y sin exhibir sus heridas de manera pública. “No quería que nadie viera mis cicatrices” (p. 47). Comenzará utilizando una tijera, vidrios, bordes filosos. Luego usará hojas de afeitar, como instrumento más habitual.

Lo normal es huir del dolor, evitar hacerse daño. ¿Entonces por qué cortarme? Porque quería gritar, pero no podía. (p. 42)

Me sentía como un globo que se llena de aire, a punto de explotar (...), cortarme era como pinchar ese globo lleno de problemas, para volver a un tamaño normal y poder respirar de nuevo. (p. 43)

[Lo hacía] “porque quería ver si todavía estaba viva, y me habían dicho que los fantasmas no sangran (...). Sentía que me inyectaba una dosis de vida” (p. 43). “Cortarse (...) es drogarse no por pincharse o por inhalar, pero por sentir. Cuando estás muerto, la vida es adictiva”. (p. 44)

Saadoun escribe que se sentía como un fantasma, como un alma en pena y expresa: “de vez en cuando descubría algo que me gustaba, algo que lograba perforar la gruesa capa de entumecimiento que me cubría (...) me iba marchitando día tras día” (pp. 56-57).

No podía expresar el dolor que sentía; me cortaba para decirlo con sangre (...) Me sentía inerte, me cortaba para revivirme. (p. 94)

Por las noches mis brazos estaban calientes como si la electricidad todavía corriera en la sangre que asomaba. (p. 112)

De repente, mi piel gime de vuelta a la vida. Me pica, me azora. (p. 147)

Caso 6

Testimonio virtual²³: “para sentir”.

En este testimonio, podemos encontrar expresadas una variedad de funciones que la autolesión puede desempeñar para el sujeto. Entre ellas, destacamos la finalidad de lograr “sentir”, como vía de recuperación del yo-cuerpo.

Todo empezó hace algo más de dos años. Había escuchando algo sobre el AL en foros (...). Recuerdo que la 1º vez fue un martes, llevaba un tiempo en el k m encontraba muy mal, estaba muy obsesionada con mi peso, no me iban bien los estudios, había y hay muchas movidas en mi casa, sentía y siento ke el espacio ke estoy ocupando no me pertenece, debería de ser ocupado x el aire y yo dejar de existir.

Ese día cm iba siendo ya muy habitual todo me salió mal, estaba desesperada, cansada, angustiada, harta, agobiada, sentía ke no podía más, no quería seguir así...

Así ke en teoría kise cortarme las venas, cogí lo 1º k alcance pero nada, no sirvió de nada, no soy capaz...pero me di cuenta k ese dolor físico me había aliviado el dolor del alma..

A partir de ese día hasta hoy lo sigo haciendo, como ya he dicho antes tengo muchas movidas familiares, si, todo el mundo tiene problemas, pero para cada uno lo suyo es lo más, aunque a veces sientas ke no tienes derecho ni a sentirte mal, ni bien ni mal, todo es malo. Tb lo hago cuando me siento mal, x impotencia, rabia, odio, sentimientos de culpa, para castigarme, para sentir, tb ha habido veces k no se el xk, pero lo he exo...A veces es xk siento k me quiero morir, dejar de sentir, de sufrir y de hacer sufrir a los demás....etc.....Es un asko....

Claro ke los métodos no son los mismos, empecé arañandome y ahora me corto, aunque hay de todo pero en la mayoría de los casos el cortarse es lo ke más ayuda.

A veces pienso en ke quiero dejarlo, pero claro...como voy a dejar lo uniko ke me ayuda?? Pero no quiero más cicatrices, no...

²³ Ver Testimonio XII, Anexo.

Caso 7

Testimonio de Nina²⁴: “es tanta tu necesidad de sentir, que haces cualquier cosa”.

En el siguiente testimonio, quedan plasmadas con bastante claridad las diferentes funciones que ha tomado el fenómeno de autolesión en Nina. Aparecen la función agresiva, la función de alivio afectivo y la función restitutiva del yo-cuerpo.

Hubo un periodo de mi vida en que no podía más, todo me sobrepasaba, todo me venía grande, me sentía muy perdida, no encajaba en ningún sitio, se me descontrolaba todo, veía que se me iba de las manos. Mis emociones me desbordaban, no podía sentir, y la única manera que tuve para expresar ese malestar fue mediante las autolesiones. Esa era la única manera que yo tenía para sentir, para conectar con el mundo, con la realidad.

Cuando me sentía mal tenía que castigarme, y así aprendí a liberarme de la culpa. Empecé primero dándome golpes, cuando estos no fueron suficientes, tuve que buscar algo más fuerte, pasé así de los golpes, a los cortes, y de estos a las quemaduras; de ahí que parte de mi cuerpo ahora esté quemado. Aún guardo esas cicatrices a día de hoy como recuerdo de esta mala etapa de mi vida. Ahora digo que yo viví una guerra: «mi propia guerra». (...)

Si nos hacemos daño es porque nos llegamos a sentir tan mal con nosotras mismas que no aguantamos más ese sentimiento de culpabilidad, ¡y tenemos que castigarnos! Necesitamos un «break», un respiro, un alivio de ese malestar con el que lidiamos cada día de nuestra vida. En nuestra cabeza no paran de bombardearnos mensajes tales como: «no me lo merezco»; «eres una mala persona» y cosas similares; incluso llegamos a pensar que merecemos ser castigadas, o que nos merecemos todo lo malo que nos está pasando, o incluso que no nos merecemos que nos pasen cosas bonitas, o que nos traten bien.

Todo esto, más una baja autoestima; porque nadie que tenga una buena autoestima es capaz de auto-infringirse (sic) daño hacia una misma; es decir, ninguna persona que tenga una buena imagen de sí misma; o que se quiera y se acepte tal y como es, no se llega a hacer esto.

²⁴ Tomado de: <https://www.activament.org/es/2017/autolesion/>. Recuperado el 23 de septiembre de 2023.

También utilizamos la autolesión, como ya comenté anteriormente, como método de evasión, como distracción, para evadirnos de nuestro malestar emocional... es decir, que preferimos sentir el dolor físico (la autolesión, ya sean golpes, cortes, etc.), antes que seguir sintiendo ese dolor emocional que tanto nos supera. Es como nuestra válvula de escape.

Pero también está el otro lado, que se haya perdido la capacidad de sentir... es decir, que estás tan en tu mundo, que ya «ni sientes ni padeces», y llegas a un punto en que tienes tal necesidad de sentir algo, que cualquier cosa te sirve. Necesitas algo que te conecte con la realidad, que te haga sentir, ya da igual lo que te produzca en sí, si es malo o bueno, pero necesitas sentir algo. Estás como muerto, no tienes sentimientos. «La mujer de hielo» me decían. Te dicen «blanco», pues «blanco»; «negro», pues «negro». Como dice la expresión catalana: «Te da igual ocho, que ochenta». Llega un punto en tu vida que te da igual todo. Quizás es porque estás tocando fondo en esos momentos. Es tanta tu necesidad de sentir, que haces cualquier cosa llegando a utilizar la autolesión, para hacerte sentir algo; al menos que estás «viva», que tienes sentimientos... que de la otra forma estás muy «ida».

Caso 8

Testimonio Anna: “me corto para sentir que todavía estoy viva”.

En este recorte testimonial, se manifiestan los efectos de la autolesión sobre el sentimiento yoico: “creo que me corto para sentir que todavía estoy viva. Porque sé muy bien que cortándome, es como si me muriera. En fin, no me sé explicar, pero no, no estoy muerta” (Le Breton, 2020, p. 224).

En relación con el testimonio Le Breton indica:

(...) el dolor que se siente es un recuerdo de estar vivo, un dique frente al sufrimiento, vuelve al mundo presente de nuevo. (p. 224)

El dolor sentido restaura inmediatamente una individualización que rompe el sentimiento de despersonalización. Reconstruye las fronteras amenazadas por el interior. Percepción precisa, delimitada, tangible, es un modo radical de diferenciación entre uno y el otro, el interior y el exterior. (p. 225)

Caso 9

Testimonio de Olivier: “la realidad evidente de un cuerpo y un espíritu”.

En este testimonio, Olivier comenta una foto suya y rememora sus sensaciones vinculadas con sus autolesiones (Le Breton, 2020):

(...) al final de lo que me pareció ser un eterno momento de duda, la aguja atravesó la intimidad de la carne gritando sus mensajes de dolor. Un segundo de tormenta intradérmica por la dicha de superarse. Llega el viento furioso del dolor, el tsunami de endomorfina lejos de la suave alteración del espíritu. Una ola de calor que sumerge todo, que confunde dolor, placer, miedo y deseo (...). Puede ser la revelación del yo en su misma esencia. Una percepción única, última, de la realidad evidente de un cuerpo y un espíritu. (p. 166)

Respecto al testimonio Le Breton refiere: “el dolor inherente a la inscripción de una marca corporal está asociado a menudo a un sentimiento de existir, de ser real” (p. 166).

Caso 10

Testimonio de Esther: “para poder sentir algo”.

En el sitio web español “Yasss”, se publicó el testimonio de Esther G., una joven de Barcelona que tiene 21 años de edad, que menciona los motivos de sus autolesiones (Pinilla, 2021). En sus expresiones, se evidencia tanto la función de alivio afectivo de la autolesión, como así también el propósito de “poder sentir algo”, propio de la función restitutiva del yo-cuerpo. Esther tenía 15 años cuando se autolesionó por primera vez. Refiere que no se lo contó a nadie y, durante seis años y medio, convivió con la depresión y con ideas suicidas en soledad. Es estudiante de enfermería, tiene pareja y un grupo de amigos.

Puedes tener todo, pero cuando te toca vivir una depresión da igual. Lo bueno se difumina. Nadie te entiende. Mi madre me decía que cómo podía estar así, que lo intentase por ellos. Para mí cada día era una lucha. Yo intentaba vivir, pero no era tan feliz como los demás esperaban.

Cuando estás sufriendo mucho, es como si tuvieses una tormenta dentro de ti. La ansiedad, la tristeza, a veces la frustración por ser incapaz de sentir nada. Es una cosa muy rara. O sientes mil cosas al minuto, todas ellas malas, o de repente estás como si hubieran apagado tus emociones. Yo me autolesionaba para soltar toda esa tensión, y otras veces para poder sentir algo.

Con 21 años, Esther decidió pedir ayuda profesional, lo cual dio pie a una gran mejoría.

Lo que más me ayudó fueron los grupos de ayuda mutua. Escuchar a gente decir lo que tú llevas seis años sintiendo es terapéutico, sobre todo si la gente de tu entorno no te entendía. Yo con 21 años tengo mucha gente que me apoya, pero que no entiende del todo lo que es la depresión y las autolesiones. En estos grupos conoces gente que sí, y eso ayuda mucho.

12. La función de alivio afectivo: fundamentación conceptual

Para explicar los fundamentos teóricos psicoanalíticos de la función de alivio afectivo de la autolesión, recurriremos a los principales textos freudianos en los que se desarrolla la concepción del dolor, tanto físico como psíquico. Solo con fines expositivos, separaremos esa propuesta en las tres secciones siguientes. Las mismas servirán como sustento a nuestro desarrollo subsiguiente: concebir a la herida y/o al dolor corporal -provenientes de la autolesión- como distractores del sufrimiento psíquico, lo cual redundará en un alivio para el sujeto. Por último, expondremos los indicios que fueron encontrados acerca de esta función en los aportes provenientes del campo descriptivo y en las contribuciones de los autores psicoanalíticos contemporáneos, que sirvieron, además, como elementos que permitieron pensar en este efecto subjetivo de la autolesión.

12.1. La concepción económica del dolor

De principio a fin, en la obra freudiana, encontramos que su concepción del dolor se relaciona con cierto movimiento y distribución de cantidades de excitación en lo psíquico, cargas energéticas o investiduras libidinales. Es decir, una concepción que tiene en su base elaboraciones relativas a la economía de lo psíquico. En el desarrollo de estas nociones, se destacan también los paralelismos o analogías entre el dolor corporal (físico/orgánico) y el dolor psíquico, que culminan en una concepción unificada, cuya máxima expresión se alcanza en la "Addenda" publicada en "Inhibición, síntoma y angustia" (Freud, 1926/1986). También se integra a la concepción del dolor la noción de *ruptura de la protección o barrera antiestímulo*, muy ligada a la noción de *trauma*. Aparecen, como condiciones del dolor, la sobreinvestidura narcisista (dolor corporal) y la sobreinvestidura de la representación del objeto perdido (dolor psíquico); como así también el correlato de esa sobreinvestidura: el vaciamiento de los demás procesos y sistemas psíquicos. Además, se mantiene presente la dificultad de separar tajantemente los fundamentos que dan nacimiento a la angustia de los que dan origen al dolor; y se brinda una explicación del porqué del *carácter doliente de los duelos*.

En el "Manuscrito G", S. Freud (1895a/1986) caracteriza a la melancolía como un "duelo por la pérdida de la libido" (p. 240) y, vinculado a ello, realiza algunas apreciaciones sobre el dolor. En la melancolía, habría una "inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional, y dolor por ello" (p. 244). En la melancolía, el dolor se relaciona con un proceso de recogimiento o succión de magnitudes de excitación -al modo de una "hemorragia interna" (p. 245)- que empobrece e inhibe otras pulsiones y operaciones. El dolor sería efecto de este vaciamiento de excitación de las neuronas, lo cual implica una soltura de las asociaciones.

Podemos afirmar que S. Freud ya realiza desde este texto el esbozo de cierta analogía entre:

- a. herida - hemorragia externa - dolor físico, y
- b. melancolía - hemorragia interna - dolor psíquico.

También, por aquella época, en el "Proyecto de Psicología" (Freud, 1895b/1986), aparecen algunas elaboraciones sobre el dolor. El mismo es mencionado como un fenómeno que se coordina con el fracaso de un dispositivo de naturaleza biológica. El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor. En el dolor, se trata de una irrupción de Q (cantidad) hipertróficas hacia Φ (sistema de neuronas pasaderas) y ψ (sistema de neuronas impasaderas), o sea, "de Q que son de orden más elevado que los estímulos Φ " (p. 351).

En el mismo texto, S. Freud alude a "la vivencia de dolor" (p. 364). Afirma que el dolor produce:

- 1- Un gran acrecentamiento de nivel que es sentido como displacer.
- 2- Una inclinación de descarga.
- 3- Una facilitación entre esta y una imagen-recuerdo del objeto excitador de dolor.

Pero, lo peculiar, radica en que la vivencia de dolor puede re-reproducirse con sólo investir de nuevo -mediante Q (cantidad)- la imagen mnémica (el recuerdo) del objeto hostil, estableciéndose un estado que no es dolor, pero tiene semejanza con él. Ese estado contiene displacer y la inclinación de descarga correspondiente a la vivencia de dolor. Entonces, "sólo resta suponer que, por la investidura de recuerdos, es desprendido (desligado) displacer desde el interior del cuerpo" (p. 365).

En "Duelo y melancolía" (Freud, 1917a/1984) deja en claro que, a pesar de sus elaboraciones previas y de lo que dispone hasta ese momento, no se ha comprendido aún cabalmente al dolor; afirma que es oportuno posponer el esclarecimiento de la

manía, hasta comprender “la naturaleza económica del dolor, primero del corporal, y después del anímico, su análogo” (p. 255). Sin embargo, en este texto aparecen reelaboradas ideas previas sobre el dolor y la melancolía: recurre nuevamente a la analogía melancolía-herida, afirmando que “el complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura (que en las neurosis de transferencia hemos llamado conrainvestiduras) y vacía al yo hasta el empobrecimiento total” (p. 250). También dirá que el conflicto en el interior del yo en la melancolía “tiene que operar a modo de una herida dolorosa que exige una conrainvestidura grande en extremo” (p. 255). De todas maneras, S. Freud dará por terminado el texto sin lograr una explicación acerca del carácter particularmente doliente del duelo.

En “Más allá del principio del placer” (Freud, 1920/1984), se afirma que el displacer específico del dolor corporal se debe a que la protección antiestímulo fue perforada. Entonces, desde ese lugar de la periferia, afluyen excitaciones continuas hacia el aparato anímico central. Como reacción a ello, se moviliza de todas partes la energía de investidura a fin de crear, en el entorno del punto de intrusión, una investidura energética de nivel correspondiente. Por tanto, se produce una enorme *conrainvestidura*, en favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, S. Freud (1926/1986) llega quizás a la elaboración más completa e integrada de sobre estos temas. Allí hay una pregunta que hace de soporte a las conceptualizaciones: “¿Cuándo la separación del objeto provoca angustia, cuándo duelo y cuándo quizá dolor? Digamos enseguida que no hay perspectiva alguna de responder estas preguntas” (p. 158). A pesar de esa pesimista aclaración final, S. Freud desarrollará que el dolor es “la genuina reacción frente a la pérdida del objeto” (p. 159); mientras que la angustia es la reacción “frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto” (p. 159).

A continuación, expone la condición genética del dolor: el dolor nace cuando un estímulo que ataca en la periferia perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y, entonces, actúa como un estímulo pulsional continuado. A raíz del dolor corporal, se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo; y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento.

La condición económica consistente en la sobreinvertidura libidinal de la representación del cuerpo adquiere todo su peso como factor indispensable en la génesis del dolor. Es sobre esta base que S. Freud plantea la analogía entre el dolor físico y el dolor psíquico, ya que ambos procesos implican una redistribución libidinal consistente en la sobrecarga de la representación lesionada del cuerpo –en el caso del dolor corporal– o de la sobrecarga de la representación del objeto perdido –en el caso del dolor psíquico. Es importante destacar que S. Freud sigue sosteniendo aquí que, en ambos casos, además de la sobreinvertidura, se produce un empobrecimiento o vaciamiento de los demás sistemas y procesos psíquicos.

Luego, para coronar este avance en la concepción unificada del dolor corporal y del dolor psíquico, S. Freud dirá que “el paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza de investidura narcisista en investidura de objeto” (p. 160).

Llegando al final del texto S. Freud plantea cierta relación de continuidad entre la génesis del dolor psíquico y la génesis de angustia ante la ausencia del objeto: dirá que si la sensación de displacer consiste en dolor, en lugar de angustia, se debe al “elevado nivel de las proporciones de investidura y ligazón con que se consuman estos procesos que llevan a la sensación de displacer” (p. 160). Es decir, ante la ausencia del objeto, tendremos por seguro el displacer, pero si esta sensación tiene el carácter de la angustia o del dolor radicaré en el punto de vista económico, vale decir, las cantidades presentes en esa operatoria; y siendo los niveles más elevados los correspondientes al dolor.

El texto culmina con la tan ansiada explicación -pendiente desde *Duelo y Melancolía*- del dolor en el duelo: el duelo corresponde a otra reacción de sentimiento posible (además del dolor y la angustia) frente a la pérdida del objeto. El carácter doliente de la separación del objeto -vale decir, del proceso de duelo- se debe a la “elevada e incumplible investidura de añoranza del objeto en el curso de la reproducción de las situaciones en que debe ser desasida la ligadura con el objeto” (p. 161). Otra vez, el dolor -en este caso correspondiente al duelo- se explica en base a la elevada investidura del objeto perdido con la que se encuentra el sujeto en el proceso de duelo.

12.2. Manifestaciones psicológicas derivadas de la herida y el dolor corporal

En algunos textos freudianos, se mencionan significativas manifestaciones psicológicas correspondientes a los particulares efectos sobre la distribución libidinal y

el interés yoico producidos por las heridas y el dolor corporal. En “Introducción al narcisismo” (Freud, 1914/1984), concretamente, se habla de la posibilidad del sujeto de cesar el amor hacia un objeto en el tiempo que dure el dolor corporal. Freud nos dice que Ferenczi lo llevó a apreciar la influencia de la enfermedad orgánica sobre la distribución de la libido. Explica que resulta común que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas, resigne su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionan con su sufrimiento. Mientras sufre por tal dolor orgánico, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, es decir, cesa de amar. El enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse. Refiriéndose a un ejemplo de dolor de muelas afirma que, en ese caso, tanto la libido (pulsión sexual) como el interés yoico (pulsión de autoconservación) se conducen al mismo destino -el yo- y se vuelven indiscernibles.

Como ya mencionamos antes, en “Más allá del principio del placer”, S. Freud (1920/1984) explica que en el proceso del dolor corporal se produce una enorme contrainvestidura, en favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos, dando como resultado una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica. Lo que destacamos ahora es que, como ejemplo específico de este proceso, se alude al papel que ejercen la herida física y la enfermedad orgánica sobre la reducción de la posibilidad de contracción de enfermedades psíquicas, como así también sobre la cancelación temporaria de las mismas. Todo ello se produciría debido al poderoso influjo sobre la distribución libidinal ejercido por el estado patológico de fiebre y dolores.

A propósito de las neurosis traumáticas, S. Freud esclarece el hecho de que “las posibilidades de contraer neurosis se reducen cuando el trauma es acompañado por una herida física” (p. 32). Esto es así, explica S. Freud, porque la herida física serviría para ligar el exceso de excitación sexual -liberado por la violencia del trauma mecánico- al reclamar una sobreinvestidura narcisista del órgano doliente. También es sabido, dice S. Freud, que perturbaciones graves de la distribución libidinal como una melancolía o una *dementia praecox* son temporariamente canceladas o sufren una remisión provisional como consecuencia de una enfermedad orgánica intercurrente.

12.3. La distracción como recurso frente al dolor físico y al sufrimiento de la vida

En “La Represión”, S. Freud (1915a/1984) menciona la posibilidad de vencer al dolor físico mediante una distracción psíquica. Escribe que, si se destruye un órgano, se puede generar una fuente de excitación continuada y de incremento de tensión que se asemeja notablemente a la pulsión. Tal caso se siente como dolor y, al igual que la pulsión, también presenta carácter imperativo. La meta de esta pseudo pulsión es sólo el cese de la alteración de órgano y del displacer que conlleva. Un placer directo no puede ganarse con la cesación del dolor. Y agrega que este dolor puede ser vencido exclusivamente por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, S. Freud (1926/1986) continúa en la misma línea de pensamiento. Como ya fuera expuesto anteriormente, S. Freud sostiene que, a raíz del dolor corporal, se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo; y la misma ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento. Lo que destacamos ahora radica en que también sostiene que “los dolores corporales más intensos no se producen (no es lícito decir aquí: permanecen inconscientes) si un interés de otra índole provoca distracción psíquica” (p. 160). La explicación de este hecho recae en que la elevada investidura narcisista necesaria para generar el dolor físico faltaría o se vería afectada si nuestra atención psíquica se encontrara absorta en otras tareas.

En “El malestar en la cultura”, S. Freud (1930/1986) reafirma a la distracción como recurso valioso frente a los sufrimientos humanos que nos son impuestos por la vida. Allí nos dice que “la vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes” (p. 75). Refiere tres clases de calmantes:

- Poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria.
- Satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan.
- sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ella.

A modo de ejemplo de distracción, mencionará la indicación de Voltaire, quien aconseja cultivar cada cual su jardín; también ubicará a la actividad científica como una posible forma de distracción.

12.4. La herida y el dolor físico como distractor del sufrimiento

A partir de la concepción freudiana que se ha presentado acerca del dolor y las posibilidades de la distracción como recurso frente al sufrimiento, daremos, por nuestra parte, un paso más en la formulación de nuestra propuesta. Siguiendo a S. Freud, afirmamos que una “poderosa distracción” contra el sufrimiento debe consistir en una desviación de nuestra atención, desde aquello por lo cual estamos penando, hacia algo que logre quitarle concentración libidinal e interés, de manera que nuestra miseria quede devaluada frente a esta nueva actividad. Aunque resulte algo paradójico, debemos admitir que la producción de una lesión corporal puede cumplir con esta condición. Es decir que, aunque la lesión corporal pudiera implicar cierto sufrimiento doloroso, sería, al mismo tiempo, una distracción frente a otros penares. Ya han quedado claros, en el recorrido anterior, los importantes efectos que tienen la herida y el dolor sobre la distribución de la libido y el interés yoico y, por consiguiente, sobre los procesos psíquicos. Considerando todo esto, afirmamos que, la función de alivio afectivo de la autolesión busca generar un polo con la suficiente fuerza para atraer sobre sí parte del exceso energético y así menguar la sobre concentración libidinal que está en la génesis del sufrimiento que se intenta aliviar.

Podemos pensar a esta distracción como alguna forma de desplazamiento redistributivo del interés y la libido, desde una representación y/o proceso psíquico sobrecargado hacia otro. En el caso de esta función subjetiva de la autolesión, aquel desplazamiento no se produce a partir de una articulación de sentido entre ambas representaciones o procesos. En este aspecto, no se constituye como una sustitución metafórica. La representación o proceso abandonado tampoco sucumbe a la represión. En este sentido, el proceso mencionado no conforma una manifestación del inconsciente. No puede ubicarse como medio discursivo que “dice” algo. Por tanto, su proceso constitutivo no se fundamenta en algo que puede implicar un desciframiento. El fenómeno autolesivo podrá, secundariamente, tomar valor significativo, pero el alivio inmediato alcanzado a partir del mismo no se consigue mediante una operación de significación.

El “alivio” afectivo, expresado por los sujetos como efecto resultante de dañarse el cuerpo, se corresponde al efecto homeostático -acorde al principio del placer- que se logra con la autolesión. La utilización de este mecanismo para hacer frente al exceso

deja en evidencia la significativa limitación o ausencia de tramitación mediante recursos simbólicos.

El exceso al que responde la autolesión implica una ruptura de la barrera antiestímulo, un *más allá del principio del placer*, una sobrecarga de tensión que se experimenta como sufrimiento/displacer. De manera que la función de esta autolesión corresponde a una particular manera de tramitación del empuje pulsional, constituyéndose como una defensa frente a su irrupción e insistencia.

Para brindar una imagen de la función de la herida y el dolor físico como distractor del sufrimiento, reproducimos aquí una anécdota atribuida al gran literato y poeta Jorge Luis Borges. Transcribimos la anécdota redactada en el artículo “Palabra de Borges”, publicado el 19 de agosto de 1999, en la revista “Viva” del diario “Clarín”, a cien años de su nacimiento:

En 1964, Borges se entera de que la mujer que ama se va a casar con otro hombre. Y tiene un pensamiento casi literario: para poder sacarse el dolor espiritual -se dice- lo mejor será suplantarlos por el dolor físico. Decide ir al dentista. Borges se debió el arreglo de tres muelas y pide la inmediata extirpación de las tres, juntas. Con un pañuelo ensangrentado en la boca, llega a la Biblioteca Nacional. Su amigo y vicepresidente de la Biblioteca, José Edmundo Clemente, le pregunta:

- ¿Qué le ha pasado Borges?

- Vengo del dentista. Me fui a sacar una muela y le pedí que lo hiciera sin anestesia. Estoy triste porque una mujer me abandonó. Quería olvidar el dolor, Clemente. Pero no puedo olvidarlo. (p. 35)

Esta anécdota es bastante elocuente acerca del posible uso del dolor físico - correspondiente a la extracción “sin anestesia” de una muela - para “olvidar” o “sacarse” el dolor psíquico relativo al abandono por parte de la mujer amada.

12.5. Indicios en los campos descriptivo y psicoanalítico

¿Qué elementos encontramos acerca de la función de alivio afectivo de la autolesión en los aportes provenientes del campo descriptivo y en las contribuciones procedentes de los autores psicoanalíticos contemporáneos?

Al caracterizar el acto autolesivo no suicida desde el campo descriptivo, mencionamos la existencia de investigaciones que afirman que la autolesión es seguida por un alivio de tensión y un retorno temporario a la normalidad. Simeon y Favazza (2001) caracterizan la automutilación impulsiva como eventos que típicamente producen liberación de tensión y elevan el humor. También, en los estudios empíricos que exploran las motivaciones individuales para la autolesión no suicida, se encontraron razones referidas a la liberación de tensión, calmarse y aliviar sentimientos de angustia.

Por su parte, la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014) plantea como posibles objetivos de las lesiones superficiales del propio cuerpo -correspondientes a la "autolesión no suicida"- el reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, y menciona que el individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato durante el proceso.

En las contribuciones procedentes de los autores psicoanalíticos contemporáneos, encontramos variados elementos acerca de la función de alivio afectivo de la autolesión propuesta por nosotros. Como fuera mencionado en el análisis de esas contribuciones, en muchos de los autores observamos la concepción de que el fenómeno de autolesión no suicida se constituye como un accionar contra una angustia muy intensa y/u otro afecto displacentero, al modo de un recurso que calma o alivia esos afectos. Empero, lo que no siempre queda del todo claro es cómo la lesión del propio cuerpo logra ese alivio, vale decir, cuál es el mecanismo implicado en la consecución de ese efecto. Al respecto, repasaremos elaboraciones en las que pueden leerse indicios que permiten pensar que el efecto sobre la economía psíquica producido por la lesión es el responsable del alivio. Estos elementos proveen fuerza a la hipótesis de la función distractora de la autolesión como medio para conseguir alivio.

A. Storchi (2005) dirá que, mediante los cortes en el cuerpo, el goce, que aparece deslocalizado en el discurso, será localizado -recortado- en una parte específica del cuerpo. Afirma que en estos pacientes se detecta un exceso de energía y el corte (la herida) es una búsqueda para reducirla, para acotarla a una zona del cuerpo.

A. Tomasini y C. P. Rodríguez (2006) referirán que los daños que el sujeto se inflige, como respuestas a manifestaciones desbordantes de angustia, constituyen un intento de vaciar un exceso por vía de lo real, pero, al mismo tiempo, re-inscriben el goce en su cuerpo.

V. Buchanan (2009) afirma que las pacientes cuentan que, con la realización de los cortes en la superficie del cuerpo, intentan drenar la angustia o, más precisamente, el sentimiento de vacío e inconsistencia.

J. Dartiguelongue (2012) mencionará, aunque los dejará sin trabajar, la existencia de casos de cortes corporales para producirse dolor físico. Afirmará que “se trata del dolor físico al lugar del dolor anímico” (p. 46). Al respecto, tomará dos testimonios de pacientes del libro de S. Levenkron (1998) para ilustrar su aseveración. El primero expresa: “Me empiezo a cortar. Me duele. Me voy cortando más profundo y me duele mucho más. Me empieza a salir sangre. La sangre significa que me duele lo suficiente para desplazar todos los otros dolores”. El segundo dice: “cortarse sustituye el dolor interno con un dolor físico que puedo controlar y que es más fácil de manejar. El dolor ahora es real y tangible” (Dartiguelongue, p. 46).

Por otra parte, J. Dartiguelongue (2012) también dirá -refiriéndose al particular grupo de casos de cortes corporales que ella circunscribe en su estudio- que, en los mismos, la acción del corte corporal incide sobre la vivencia de angustia, porque apunta a su rasgo perturbador: la deslocalización. De esta forma, la autora afirma que cortarse consiste en una acción de localización en el cuerpo: el corte localiza, fuerza en lo imaginario un lugar y, con ello, un límite; limita a un lugar aquello que invade el cuerpo indiscriminadamente.

I. Arango-Álvarez (2015) escribe que los cortes superficiales que alguien se realiza en su piel constituyen un tratamiento posible de la angustia y formula la hipótesis de que la imagen de la piel, donde yacen estos cortes, puede funcionar como “imagen reina” en relación al falo, en la medida en la que los cortes en la piel se constituyen como el único medio para localizar un goce desbordado y enmarcar una angustia que no logra ser tramitada por vía de lo simbólico. La autora explica que lo único que apacigua esa angustia es la sensación de dolor en la piel, porque calma la angustia o porque inflige un dolor más llevadero.

D. Amadeo de Freda (2016) dirá que, en la práctica de la autolesión, hay un problema de cantidad; los pacientes hablan de una angustia, a veces de una tensión o de una energía que no pueden dominar, y el corte viene a funcionar como sangría,

porque el sangrado y el dolor, producto de la herida, dan cauce a la cantidad y sentido a lo que es un punto de falta de significación.

Por último, S. Ons (2016) plantea que, en los cortes en el cuerpo, se puede hallar un alivio y una liberación de un sufrimiento aún mayor. Los cortes no son objeto de padecimiento, sino que evitan padecimientos. La automutilación responde a un quantum de angustia que no cesa y la imposibilidad de desprenderse de ella lleva a trasladar esa operación al cuerpo.

De esta forma, vemos cómo, en las formulaciones de los autores, la autolesión aparece como respuesta frente a un aumento excesivo de una cantidad y el efecto de la herida sobre esa cantidad se menciona mediante diferentes términos, que aluden a una operatoria de tramitación de la misma, a partir de una redistribución que conduce a una liberación o abreacción: la lesión para “drenar”, “trasladar”, “desplazar”, “dar cauce”, “vaciar” o “funcionar como sangría”, dando lugar a “limitar”, “acotar”, “enmarcar” o “localizar” en otro lado el exceso. De esta forma es que también puede comprenderse la “sustitución” del dolor o sufrimiento psíquico por un dolor o sufrimiento corporal.

13. La función restitutiva del yo-cuerpo: fundamentación conceptual

Para la fundamentación psicoanalítica de la función subjetiva de restitución del yo-cuerpo de la autolesión, recurriremos a diferentes textos, a partir de los cuales observaremos las nociones freudianas de “yo-cuerpo” y de “restitución”, destacaremos el papel que juegan el dolor y las sensaciones corporales -junto con la asunción de la imagen especular- en la configuración del sentimiento yoico y enfatizaremos la importancia que tiene la libido narcisista -es decir, el investimento libidinal del yo- para realzar el sentimiento yoico o sentimiento de sí. Además, recalcaremos la importancia del sentimiento de ser uno, de existir, de sentir y ver el cuerpo vivo, como fundamentos del sentimiento yoico. Situaremos el registro real del cuerpo en la vía que proviene del cuerpo sentido. También mencionaremos los indicios de esta función de la autolesión que aparecen en el campo descriptivo y en las formulaciones psicoanalíticas contemporáneas.

13.1. El yo-cuerpo: el yo como proyección psíquica de sensaciones corporales

En el segundo apartado de “El yo y el ello”, S. Freud (1923b/1984) refiere que, además del sistema P, hay otro factor que ejerce una acción eficaz sobre la génesis del yo y su separación del ello. Al respecto dirá:

(...) el cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. (...) La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia sobre sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio. (p. 27)

En este texto, tan crucial para la concepción del psiquismo, S. Freud sostendrá que “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie” (p. 27). Es decir que:

(...) el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar, como se ha visto antes, la superficie del aparato psíquico. (pp. 27-28)

Y finaliza la sección de este texto de la siguiente manera: “no sólo lo más profundo, también lo más alto en el yo puede ser inconciente. Es como si de este modo nos fuera de-mostrado lo que antes dijimos del yo conciente, a saber, que es sobre todo un yo-cuerpo” (p. 29).

Así es como S. Freud, de forma muy contundente, relaciona la génesis yoica con las sensaciones -incluido el dolor- provenientes de las percepciones internas y externas de la superficie corporal.

13.2. Los límites del sentimiento yoico

Tomando otro texto freudiano, la primera sección de “El Malestar en la cultura” (Freud, 1930/1986), encontramos importantes elaboraciones acerca del sentimiento de nuestro propio yo. En este caso, el autor les adjudicará a las sensaciones de dolor y displacer un papel decisivo, desde momentos primordiales, en la conformación del sentimiento yoico, vale decir, en el establecimiento de los límites entre el yo y el afuera.

En dicho texto explica que, normalmente, no tenemos más certeza que el sentimiento de nuestro sí-mismo, de nuestro yo propio. Este yo nos aparece autónomo, unitario, bien deslindado de todo lo otro. Sin embargo, esta apariencia es un engaño, el yo se continúa hacia adentro, sin frontera tajante, en un ser anímico inconsciente que designamos “ello”. Hacia afuera, también el sentimiento yoico está expuesto a perturbaciones y los límites del yo no son fijos. El enamoramiento y la patología nos dan a conocer estados en que el deslinde del yo, respecto del mundo exterior, se vuelve incierto o, en que sus límites, se trazan de manera incorrecta.

S. Freud nos dice que el sentimiento yoico del adulto no puede haber sido así desde el comienzo y que el mismo tiene que haber recorrido un desarrollo.

Continuando con la lectura de S. Freud, separamos el recorrido propuesto en cuatro momentos. El primero consiste en la situación en que el lactante no separa todavía su yo de un mundo exterior. En el segundo, la fuente de excitación más anhelada -el pecho materno- le es sustraída temporalmente y solo consigue recuperarla berreando en reclamo de asistencia. De este modo, se contrapone, por primera vez al yo, un “objeto” como algo que se encuentra “afuera” y solo mediante una acción particular es esforzado a aparecer.

Luego, en un tercer momento, serán las *sensaciones de dolor y displacer* las que brindarán el impulso a separar el yo de la masa de sensaciones, vale decir, a reconocer un “afuera”, un mundo exterior: se segrega del yo toda fuente de displacer y se forma un puro yo-placer, al que se contrapone un afuera amenazador.

El cuarto momento es cuando la experiencia rectifica los límites de este primitivo yo-placer, debido a que mucho de lo que no se querría resignar, porque dispensa placer, no es yo, sino objeto; y a que mucho de lo martirizador que se pretendería arrojar fuera de sí, demuestra ser inseparable del yo. Así se aprende un procedimiento que, mediante una *guía intencional de la actividad de los sentidos y una apropiada acción muscular*, permite distinguir lo interno -lo perteneciente al yo- y lo externo -mundo exterior-.

Así puede verse como S. Freud, en el tercer momento, le endilga un papel primordial al dolor y al displacer en cierta conformación primitiva del yo denominada “puro yo-placer”. Luego, en el cuarto momento, la diferenciación del yo con respecto al “mundo exterior”, seguirá utilizando la actividad de los sentidos, pero en mayor concordancia con el principio de realidad. De todas formas, cabe mencionar que S. Freud aclara que, en la vida anímica, no puede sepultarse nada de lo que alguna vez se formó, de manera que todo se conserva de algún modo y puede ser traído a la luz de nuevo en circunstancias apropiadas.

13.3. Sentimiento yoico y libido narcisista.

Con relación al sentimiento yoico o sentimiento de sí, S. Freud también destaca la importancia que tiene sobre él tanto la libido narcisista, como así también el sentirse amado por alguien. En “Introducción al narcisismo” (Freud, 1914/1984), dirá: “si

introducimos nuestra diferenciación entre pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, tendremos que admitir que el sentimiento de sí depende de manera particularmente estrecha de la libido narcisista” (pp. 94-95). Por su parte, en relación con la vida amorosa, afirma que: “el no-ser-amado deprime el sentimiento de sí, mientras que el ser-amado lo realza” (p. 95).

En este texto, también encontraremos observaciones acerca del empobrecimiento o enriquecimiento yoico en función de las investiduras libidinales que el yo realiza y de las satisfacciones que obtiene de las mismas, respectivamente:

(...) el desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde afuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de ese ideal. (p. 96)

Simultáneamente, el yo ha emitido las investiduras libidinosas de objeto. El yo se empobrece en favor de esas investiduras así como del ideal del yo, y vuelve a enriquecerse por las satisfacciones de objeto y por el cumplimiento del ideal. (pp. 96-97)

13.4. La noción freudiana de “restitución”

En “Introducción al narcisismo” (Freud, 1914/1984), encontramos la noción freudiana de “restitución”, para referirse a un determinado momento del proceso formativo de la parafrenia²⁵. En la parafrenia se produce un retiro de la libido de las personas y cosas del mundo exterior, es decir, un recogimiento de la libido de objeto. Esta libido es conducida al yo -dando lugar al narcisismo-, su procesamiento psíquico origina el delirio de grandeza y, luego, la hipocondría de la parafrenia. En todo esto podemos observar una regresión de la libido. Una ulterior elaboración psíquica consiste en el intento de restitución, vale decir, intento de curación o restablecimiento que se nos aparece también como enfermedad. Tal restitución consiste en depositar de nuevo la

²⁵ En este texto, S. Freud utiliza el término *parafrenia* para “designar el grupo paranoia-esquizofrenia, si bien sigue designando la esquizofrenia como «parafrenia propiamente dicha» (eigentliche Paraphrenie)” (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 269).

libido en los objetos, es decir, devolver a los objetos su investidura libidinosa, aunque esto se realice “desde un nivel diverso y bajo otras condiciones que la investidura primaria” (p. 83). Para el caso de la parafrenia, esta restitución es la que da lugar a la fase alucinatoria de la misma.

Esta formulación freudiana acerca de la restitución libidinal al modo de un intento de curación puede ser trasladada a la función subjetiva de la autolesión, en la medida en que la misma procura devolver al yo el investimento libidinal del que ha sido vaciado y empobrecido, como consecuencia de la pérdida de amor que ha sufrido. Es decir que, a diferencia de la parafrenia, en la cual se intenta restituir la libido a los objetos, la autolesión busca forzar una restitución de la libido al yo.

13.5. El yo y la identificación a la imagen especular

En su “Introducción al narcisismo”, S. Freud (1914/1984) también se cuestionará la relación entre el autoerotismo -en cuanto estado temprano de la libido- y el propio narcisismo -que requiere de la existencia de la instancia yoica. Como respuesta a esta situación, expresa que, al comienzo, no hay una unidad comparable al yo, éste tiene que ser desarrollado; mientras que las pulsiones autoeróticas son iniciales y primordiales. “Por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya” (p. 74).

Es en cuanto a esta “nueva acción psíquica”, proclamada por S. Freud, que pueden ubicarse ciertos desarrollos lacanianos que remiten a la constitución imaginaria del yo.

En su ya célebre texto de 1949 sobre el estadio del espejo, J. Lacan (1984) dirá que el ser humano, ya a partir de los seis meses, reconoce su imagen en el espejo como tal y que esto es revelador del dinamismo libidinal.

El psicoanalista francés afirma que el estadio del espejo debe ser comprendido como una identificación, es decir, como la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el *infans* que aún se encuentra sumido en la impotencia motriz y en la dependencia de la lactancia, manifiesta la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto.

J. Lacan propone que, si quisiéramos hacer entrar a esta forma en un registro conocido, debería más bien designársela como yo-ideal, en el sentido de que será también el tronco de las identificaciones secundarias, cuyas funciones de normalización libidinal reconocemos bajo ese término.

La forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, le es dada como *gestalt*, es decir en una exterioridad donde esa forma es más constituyente que constituida. Así esta *gestalt* simboliza la permanencia mental del yo [je], al mismo tiempo que prefigura su destinación enajenadora.

El estadio del espejo es un drama que va desde la insuficiencia a la anticipación y que trama las fantasías, que se sucederán desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad. Designamos narcisismo primario a la carga libidinal propia de este momento y destacamos la relación evidente de la libido narcisista con la función enajenadora del yo [je] y con la agresividad que se desprende de ella en toda relación con el otro.

13.6. El yo como sentimiento de existir y ser uno

Respecto a lo que venimos sosteniendo sobre la importancia de la autolesión como vía para recuperar el sentimiento yoico, traemos aquí las reflexiones centrales de J-D. Nasio (2008), acerca del tema de la imagen del cuerpo, relativas a su estudio de las obras de S. Freud y J. Lacan:

(...) considero la Imagen del Cuerpo como la sustancia misma de nuestro yo. No somos nuestro cuerpo de carne y hueso, somos lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo (...). Tengo el sentimiento de ser yo mismo cuando siento y veo mi cuerpo vivo. (...) El yo está, pues, compuesto por dos imágenes corporales diferentes pero indisociables: la imagen mental de nuestras experiencias corporales y la imagen especular de nuestro cuerpo. Sentir que nuestro cuerpo vive y verlo moverse en el espejo me produce el sentimiento incomparable de ser yo. En el fondo, el yo no es más que un sentimiento, el sentimiento de existir, el sentimiento de ser uno. (pp. 56-57)

En estas afirmaciones podemos ver la síntesis de las dos vías principales e inseparables a partir de las cuales se genera el sentimiento yoico surgido de las representaciones del cuerpo. Podemos ubicar al registro imaginario del cuerpo en la vía que proviene de la imagen especular, mientras que podemos situar al registro real del cuerpo en la vía que proviene del cuerpo sentido. Por tanto, cuando aludimos a la autolesión como forma de restitución del yo-cuerpo, estamos aludiendo, prioritariamente, al camino que acentúa el registro real del cuerpo como medio de recuperar el sentimiento yoico.

13.7. La restitución del yo-cuerpo mediante la autolesión

Basándonos en esos desarrollos teóricos, proponemos la hipótesis de que ante, un estado de sufrimiento concomitante con la pérdida del sentimiento y/o límites yoicos, con sentimientos de anestesiamiento, de desconexión con el mundo y/o del propio cuerpo, sentimiento de “estar muerto”, etc., la autolesión puede provocar una alivante recuperación. Esta restitución yoica se logra como consecuencia de que el sujeto, mediante la autolesión, logra sentir sensaciones -que pueden incluir el dolor, el calor, el fluir de la sangre, etc.- en la superficie corporal.

En otras palabras, la autolesión cumple la función de permitirle al sujeto la reconstrucción del sentimiento yoico (o sentimiento de sí mismo), al colaborar en la recuperación de las propias representaciones o imágenes corporales derivadas de las sensaciones provenientes de la superficie corporal. El sentir corporal, inducido por la autolesión, se corresponde con una concurrente libidinización que tiende a la recuperación de las representaciones yoicas.

Fundamentándonos en la concepción económica del dolor psíquico -propuesta por S. Freud-, suponemos que esta función de la autolesión responde a un estado previo de “vaciamiento” de la libido del yo-cuerpo, vale decir, de las representaciones o imágenes corporales que conforman el yo, en función de una concentración de la misma en las representaciones del objeto. Se trataría de un estado psíquico que se corresponde con lo que S. Freud describiera como una investidura de “añoranza” y que se acompaña del sufrimiento respectivo. Esta situación previa podría pensarse también como aquella “hemorragia interna” melancólica que atrae y concentra sobre sí las investiduras libidinales de todo el resto del aparato psíquico, provocando su empobrecimiento. Frente

a ello es que la autolesión actúa recuperando las investiduras libidinales del yo-cuerpo, pudiendo romper también con cierto estado de anestesiamiento o insensibilidad.

A continuación, traemos a colación una cita del reciente libro de D. Le Breton (2020), acerca del dolor, en la que se menciona una anécdota del cirujano Richard Selzer. Esta anécdota, y la reflexión antropológica que realiza Le Breton sobre la misma, sirven para remitirnos a la función de la autolesión consistente en la recuperación del sentir corporal que aquí estamos destacando:

La insensibilidad congénita al dolor es rara, pero expone al infortunio peligrosamente y quienes la conocen mueren precozmente. (...) El cirujano Richard Selzer cuenta la historia de una mujer operada recientemente. Revisa a la mujer en su cama del hospital, luego cuando ella está en el baño, un líquido oscuro se filtra por debajo de la puerta. Descubre a la paciente postrada, con la mano sumergida en su abdomen desgarrado. Asombrado, la devuelve a su cama y cura sus heridas. Ella le pregunta súbitamente: «Eso debería doler terriblemente, ¿cierto? Quiero decir: si mi cuerpo fuera realmente mío, tendría dolor. Pero no siento nada». Entonces R. Selzer comprende que la mujer estaba buscando su dolor. La paradoja del dolor es que proporciona el sentimiento de estar vivo y establece una frontera neta entre uno y el mundo. El individuo está en todas partes donde lo toca el dolor. Si no está en ninguna parte, corre el riesgo de sentirse nada. (Le Breton, pp. 4-5)

13.8. Indicios en los campos descriptivo y psicoanalítico

¿Qué elementos encontramos acerca de la función restitutiva del yo-cuerpo de la autolesión en los aportes provenientes del campo descriptivo y en las contribuciones procedentes de los autores psicoanalíticos contemporáneos?

Al caracterizar al acto autolesivo no suicida desde el campo descriptivo, se mencionó que, a menudo, la urgencia de estos actos es precedida por experiencias de disociación y/o despersonalización. Así también, en los estudios empíricos que exploran las motivaciones individuales para la autolesión no suicida, se encontraron razones referidas a la disminución de síntomas disociativos (por ej.: despersonalización y/o

entumecimiento/anestesiamiento) y al establecimiento de límites con respecto a los otros (Yates, 2004).

Además, siguiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), entre las características del fenómeno de autolesión correspondientes al trastorno límite de la personalidad, también encontramos que puede ocurrir durante experiencias disociativas y, a menudo, proporciona alivio a los individuos, por el hecho de reafirmarles su capacidad para sentir. En cuanto a las características subjetivas (o de la personalidad) con las cuales el fenómeno de autolesión puede asociarse, se mencionan: (a) la alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo y (b) la presentación de síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) durante períodos de estrés extremo.

Por otro lado, al estudiar qué lugar se le adjudica al cuerpo en el fenómeno de autolesión, en el marco de las teorizaciones de los autores psicoanalíticos contemporáneos, se han encontrado algunas elaboraciones que refieren a la presencia de una problemática corporal frente a la cual la autolesión podría funcionar como intento de reparación/recuperación. Esto mantiene coherencia con la función de restitución del yo-cuerpo como uno de los cometidos posibles que nosotros le conferimos al fenómeno autolesivo. Así, vimos como S. Žižekel (2005) entiende al *cutting* como un intento de recuperar el asiento firme del yo en la realidad corporal, contra la ansiedad de percibirse uno mismo como no existente. Supone un intento de recuperar cierta normalidad. Afirma que, cuando los *cutters* ven la tibia sangre roja brotar de la herida autoinfligida, se sienten de nuevo vivos, firmemente asentados en la realidad.

Por su parte, V. Buchanan (2009) considera que los cortes funcionan como reparaciones reales sobre lo imaginario del cuerpo. Esta autora indica que en estos fenómenos el registro simbólico no mediatiza la constitución de la imagen del cuerpo, sino que lo que cierra y localiza al cuerpo es una intervención real. Frente a la inconsistencia del cuerpo, es el corte real el que produce la superficie y sus bordes.

E. Müller (2010) refiere que, mediante los cortes, los sujetos intentan apropiarse de su cuerpo, debido a que les cuesta vivirlo como propio; indica la presencia de una enajenación del cuerpo que podría detenerse mediante la autolesión. Además, le adjudica un papel decisivo a la sangre, entre otras cosas, relacionado con el comprobar si se tiene sangre en las venas.

S. Ons (2016) afirma que las heridas tienen el valor de ser un comprobante de que hay un cuerpo, ya que éste parece perderse en las situaciones que lo desencadenan. Le adjudica una función al dolor, al considerar que el mismo forma parte de la prueba de la existencia del cuerpo.

J. Dartiguelongue (2012) dice -acerca del particular grupo de casos de cortes corporales que ella circunscribe en su estudio- que los mismos producen la configuración de la superficie del cuerpo. En estos casos, afirma que la incisión delimita la superficie corporal: el corte reorganiza rudimentariamente la dimensión de la superficie, los límites del cuerpo, cuando algo del borde de i(a) se desdibuja por la angustia.

Por otra parte, J. Dartiguelongue (2012) también hace alusión a otros casos de cortes corporales, ubicándolos como respuesta a la melancolía. Si bien es un tipo de autolesión que la autora no trabaja, al respecto afirma que:

(...) se configura, en algunos casos, a través de los cortes en el cuerpo, el recurso privilegiado para hacerse existir frente a la experiencia de la vida mortificada. Un paciente explicaba respecto de los cortes: «Era un modo de sentir algo. Yo no siento nada. Nada. Es como estar flotando en la vida. No me alcanza estar para existir. Aunque existir me pesa». (p. 49)

En relación con esto es que pueden pensarse también los dichos de M. Goldstein (2008), quien alude que los cortes en el cuerpo son un intento de salir de un estado de melancolización. Afirma que tal estado conlleva un déficit de la sensibilidad corporal, incluido el propio dolor de los cortes.

PARTE IV

LA FUNCIÓN DE ALIVIO SUBJETIVO Y DE RESTITUCIÓN DEL YO-CUERPO: RELACIONES CON LA ANGUSTIA Y LOS PROCESOS DE DUELO

En el análisis de las producciones psicoanalíticas contemporáneas, trabajamos acerca de las diferentes formulaciones y conceptos que aparecen relacionados al fenómeno de autolesión no suicida en autores que adhieren a la tradición freudiana y lacaniana. Con respecto a las vinculaciones de este fenómeno con la angustia u otros afectos, evidenciamos la importancia de la consideración del fenómeno autolesivo como un recurso eficaz del sujeto contra una angustia intolerable, frente a la cual necesita hacer algo que la disuada. También se destacó que, en algunos de los autores, la angustia, en cuanto afecto que precede al accionar autolesivo, no aparece discriminada de otras nociones como sentimiento de indefensión, displacer, sufrimiento, dolor, sentimiento de vacío e inconsistencia, tensión, energía, o goce. Por otra parte, señalamos la dificultad en el esclarecimiento del mecanismo implicado en la consecución del efecto mencionado sobre la angustia.

En el análisis aludido, también mostramos que se encontraron relaciones entre los duelos o pérdidas y los fenómenos de autolesión no suicida. En la obra de S. Freud, la autolesión no suicida aparece mencionada como un posible signo de duelo utilizado en culturas más antiguas y, en algunos de los autores contemporáneos, las autolesiones son vinculadas, bajo distintas concepciones, con dificultades subjetivas relativas a la imposibilidad de llevar adelante eficaces procesos de duelos o pérdidas.

Por nuestra parte, hemos propuesto un ordenamiento de distintas funciones subjetivas que pueden cumplir los fenómenos de autolesión no suicida. Dentro de todas esas funciones, hemos destacado dos de ellas como formulaciones novedosas y poco estudiadas: la función de alivio afectivo y la función restitutiva de yo-cuerpo. Con respecto a éstas, basándonos en la obra freudiana, propusimos un marco conceptual para explicar el mecanismo psíquico de cada una. También hemos afirmado que es frecuente que estas dos funciones se presenten juntas, ya que son concordantes y no existe incompatibilidad entre ellas.

Ahora, nos enfocaremos en otro de nuestros objetivos planteados: establecer, específicamente, nuestras hipótesis sobre las relaciones con la angustia y con los procesos de duelo que pueden hallarse en estas dos funciones de la autolesión no suicida. Cabe aclarar que esto no desestima las posibles relaciones que presentan las otras funciones de la autolesión no suicida con respecto a estas mismas nociones.

En primer lugar, construiremos las relaciones mencionadas desde la consideración de las referencias conceptuales freudianas y, en segundo lugar, lo haremos a partir de los conceptos aportados por J. Lacan.

14. La relación con la angustia a partir de S. Freud

Presentaremos un recorrido por las principales nociones que conforman la concepción de la angustia en la teoría de S. Freud, que luego nos permitirán proponer nuestras hipótesis acerca de la relación entre este afecto con respecto a las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo de la autolesión no suicida.

14.1. Las nociones freudianas acerca de la angustia

En los comienzos, la concepción freudiana de la angustia aparece vinculada con la teorización de la neurosis de angustia (Freud, 1895d/1986). Esta neurosis consiste en un conjunto de manifestaciones que se pueden agrupar alrededor del síntoma principal de la angustia. En aquel momento, S. Freud concibe que el sujeto cae en el *afecto de la angustia* cuando se siente incapaz de tramitar un peligro que se avecina desde afuera. La angustia es aquí la reacción ante una excitación exógena. Por su parte, la psique cae en la *neurosis de angustia* cuando se nota incapaz de reequilibrar la excitación sexual endógena, comportándose como si proyectara la excitación hacia afuera. De esta forma, los síntomas de la neurosis de angustia aparecen como sustitutos de la acción específica omitida (el coito normal). En otras palabras, debido a factores que estorban el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática, la misma es desviada de la psique y se gasta subcorticalmente en reacciones inadecuadas.

En la Conferencia número 25, S. Freud (1916-1917/1984) se ocupa, nuevamente, de la angustia como tema central. Allí distingue angustia realista de angustia neurótica. La angustia realista sigue la línea del *afecto de angustia* previamente mencionado: se trata de un estado afectivo que corresponde a una reacción del yo frente a la percepción de un peligro exterior, de un daño previsto. Además, esta angustia constituye una señal para la acción (huida o defensa). En este caso, la angustia provendría de la libido yoica, mientras que la acción motriz procedería de la conservación del yo. La aparición de esta angustia depende del estado de saber del individuo y de su sentimiento de poder respecto del mundo exterior. Por otro lado, la angustia neurótica, que comprenderá a la neurosis de angustia y a la angustia correspondiente a las psiconeurosis, constituye un

intento de huida del yo frente a un reclamo de su libido, tratando ese peligro interno como si fuese externo. Esta angustia nace de esa misma libido y luego cede el paso a la formación de síntoma.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, S. Freud (1926/1986) no abandona del todo las consideraciones anteriores sobre la angustia, sin embargo, presenta otro punto de vista acerca de la fuente de la misma al considerar al yo como el genuino almacén de este afecto. Sostendrá que los afectos están incorporados en la vida anímica como sedimentaciones de antiguas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como símbolos mnémicos. El arquetipo del afecto de angustia sería el nacimiento. De esta forma, la angustia es vinculada a la situación de desvalimiento psíquico y biológico del individuo. Además, siguiendo esta línea de pensamiento, la angustia ya no es concebida como un producto nuevo generado a raíz de la represión, sino como un estado afectivo que es reproducido siguiendo una imagen mnémica preexistente.

Entonces, ante una situación de peligro (situación en la que el yo se encuentra desvalido frente a la exigencia pulsional), el yo alerta a la instancia placer-displacer mediante la señal de angustia y adquiere poder para atajar el proceso amenazador que proviene del ello. La formación del síntoma neurótico se emprende para escapar de la angustia; los síntomas ligan la energía psíquica que, de otro modo, se habría descargado como angustia. El síntoma, en cuanto formación sustitutiva, produce una modificación en el ello por medio de la cual el yo se sustrae del peligro. A partir de aquí, S. Freud dirá que las mociones pulsionales, en cuanto procesos internos, son peligrosas ellas mismas y son condiciones del peligro exterior.

A pesar de los avances teóricos que S. Freud irá produciendo, la angustia sigue correspondiendo a un incremento de excitación que da lugar a un carácter displacentero específico, inervaciones de descarga y la percepción de las mismas. El núcleo genuino del peligro es la perturbación económica por el incremento de las magnitudes de estímulo en espera de tramitación. En los distintos momentos de la constitución subjetiva, el peligro se desplazará desde esa situación económica hacia aquellas condiciones que la provocan: la pérdida del objeto amado (ausencia de la madre), pérdida del pene (angustia de castración), pérdida del amor del superyó (angustia social).

Una mención especial merece la relación que se establece en este texto freudiano entre la angustia y el dolor psíquico. Para ello, repasemos lo ya trabajado al tratar el tema del dolor: S. Freud se pregunta cuándo la separación del objeto provoca angustia y

cuándo dolor, y su respuesta es que el dolor se produce como “la genuina reacción frente a la pérdida del objeto” (p. 159); mientras que la angustia es la reacción “frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto” (p. 159). Más adelante, plantea una relación de continuidad entre la génesis del dolor psíquico y la génesis de angustia ante la ausencia del objeto: dirá que si la sensación de displacer consiste en dolor, en lugar de angustia, se debe al “elevado nivel de las proporciones de investidura y ligazón con que se consuman estos procesos que llevan a la sensación de displacer” (p. 160). Es decir, ante la ausencia del objeto, tendremos por seguro el displacer, pero si esta sensación tiene el carácter de la angustia o del dolor radicará en el punto de vista económico, vale decir, las cantidades presentes en esa operatoria; y siendo los niveles más elevados los correspondientes al dolor.

En la conferencia número 32, titulada “Angustia y vida pulsional”, S. Freud (1933/1986) realiza sus últimos aportes significativos a su teoría de la angustia. Allí parece abandonar finalmente la tesis de que el origen de la angustia podía hallarse en la trasmudación de la libido. No presenta a la angustia de castración como el único motivo de la represión, ya que no tiene lugar en las mujeres, que sí poseen un complejo de castración, pero no pueden tener angustia de castración. En su reemplazo, está la angustia frente a la pérdida del amor del objeto amado. También menciona la posibilidad de tres variedades de la angustia, referidas a los tres vasallajes del yo: realista (mundo exterior), neurótica (ello) y de la conciencia moral (superyó). Esto último provoca un acercamiento significativo entre angustia y la conciencia de culpa, ya que esta última puede pensarse como la angustia ante el peligro de la pérdida de amor por parte de la instancia superyoica, vale decir, el sentimiento de culpa como una de las formas de la angustia.

Por último, S. Freud dejará planteado que el peligro que suscita la angustia puede ser asimilado a un “factor traumático”, es decir, un estado de excitación de elevada tensión que es sentido como displacer y no puede tramitarse según el principio del placer. Siguiendo estos desarrollos, hace más explícito algo que ya había esbozado en las obras anteriores y presenta el doble origen de la angustia: (1) como consecuencia directa y automática del factor traumático, la angustia se crea como algo nuevo, según el arquetipo del nacimiento, y (2) como señal frente a la amenaza de la repetición de un factor así.

14.2. Hipótesis sustentadas en la teoría freudiana de la angustia

La angustia en la teoría de S. Freud, más allá de los cambios que sufrió, se va a corresponder con la incapacidad del psiquismo para tramitar, mediante el principio del placer, una cantidad elevada de excitación, vale decir, se relaciona con una perturbación económica de la subjetividad consecuente al desvalimiento psíquico del sujeto. De esta forma, la angustia quedará ligada en forma inseparable de la noción de trauma. Su origen fue traumático, se repite automáticamente ante un nuevo trauma y/o se genera como señal ante la proximidad del mismo. El peligro suscitador de angustia es el evento traumático. Asimismo, queda establecido que estos traumas generadores de angustia corresponden a las pérdidas psíquicas de aquellos objetos que, en forma directa o indirecta, son los que promueven las descargas de la excitación. Al perderse alguno de estos objetos, las descargas de excitación no podrían realizarse o tramitarse y, de esta forma, el psiquismo quedaría expuesto a su aumento desbordante.

También destacamos la cercanía entre la angustia y el dolor psíquico, tanto desde el punto de vista del surgimiento -ligado a la pérdida- como de su concepción económica -ligada al exceso energético de difícil tramitación. Ambos se tratan de afectos sufrientes y displacenteros que, muchas veces, aparecen juntos en un mismo cuadro del sentir subjetivo.

Además, hay que recalcar que la noción de la angustia como señal yoica frente a la amenaza de un factor traumático, refuerza la idea de la angustia, no como una necesaria respuesta a un hecho objetivo, sino de la fundamental intervención yoica para establecer cuándo una situación es considerada peligrosa. Es decir, la generación de angustia señal requiere de la activa intervención del yo al considerar la significación de la situación y su desvalimiento ante la misma. Cabe aclarar que una instancia yoica, al menos con esas características, no está dada desde el principio.

Consideramos que, tanto la función de alivio afectivo de la autolesión como la de restitución del yo-cuerpo, presentan efectos disuasivos frente a la angustia. En el caso de la primera función, tal efecto está suficientemente mencionado por los propios sujetos al explicar el alivio subjetivo inmediato alcanzado sobre su estado de tensión mediante la autolesión. En estos casos, puede leerse que el afecto mitigado es frecuentemente el de la angustia, aunque también la misma puede aparecer junta o poco discriminada del dolor u otro afecto displacentero.

Mencionamos ahora la hipótesis que concebimos para explicar esa situación: si entendemos a la angustia, tal como vimos, como un afecto displacentero producto de una elevada cantidad de excitación que el aparato psíquico no puede tramitar por la vía del principio del placer, al igual que frente al dolor psíquico, la lesión corporal autoproducida funciona como un mecanismo que consigue la redistribución de la excitación, es decir, como una forma de tramitación momentánea de la elevada excitación sentida como angustia. Decimos que es un mecanismo que incide en la economía psíquica, desviando las cantidades hacia la nueva situación producida por la lesión corporal. En el caso de la angustia, la elevada excitación libre en el aparato psíquico podrá tener, a partir de la lesión corporal, representaciones en las cuales ligarse para ser tramitada.

En el caso de la autolesión que cumple la función de la restitución del yo-cuerpo, también puede suponerse una situación de angustia y/o dolor psíquico previa a la realización de la lesión autoprovocada. Solo que, aquí, la inadecuada distribución libidinal concomitante a estos afectos implica una mayor desestabilización de la subjetividad, ya que está acompañado de una desorganización más marcada del yo. Es decir, tal como puede leerse en los dichos de los sujetos, se ve más afectado el sentir corporal, la integridad del yo, el sentimiento yoico de tener y dominar el cuerpo y/o el sentimiento de sí mismo y de estar vivo. Aquí es cuando la autolesión, a partir de la producción de fuertes sensaciones corporales -principalmente el dolor- restituye el sentir del cuerpo y la sensación de integridad yoica, retornando el interés y la libido a las representaciones del cuerpo. De esta manera, con esta función de la autolesión no suicida, se consigue simultáneamente (1) restituir, aunque sea de forma temporal y rudimentaria, el yo-cuerpo que parecía disiparse en la situación previa al accionar autolesivo, y (2) aliviar el afecto correspondiente de angustia, al ofrecer la posibilidad de ligar el exceso de excitación en las representaciones corporales de la lesión.

15. La relación con los procesos de duelo a partir de S. Freud

Entre nuestros objetivos, nos propusimos estudiar la relación de los fenómenos de autolesión no suicida con los procesos de duelo. Este interés surgió frente a la frecuente observación de que, en los casos de autolesión no suicida que más nos interesaban, el discurso de los sujetos aparecía teñido de una tonalidad anímica depresiva, haciéndose mención a sufrimiento, dolor, pena, culpa, abatimiento, lástima, aflicción, que, con frecuencia, se podía vincular con situaciones de desengaño, desilusión, decepción, afrenta, abandono y/o pérdida, en las que parece que el sujeto queda fijado. Este estado psicológico afectivo y sus posibles orígenes nos llevaron directamente a pensar la posibilidad de una situación de duelo. Por otro lado, cabe recordar que también se encontraron indicios acerca de duelos y/o pérdidas en las teorizaciones de los psicoanalistas contemporáneos y en los aportes provenientes del campo descriptivo, referidos al fenómeno autolesivo no suicida. Sin desconocer esos aportes, por nuestra parte, formularemos nuestra propia hipótesis sobre la relación,

Ahora podemos precisar que la vinculación de estos fenómenos se establece con aquellos cursos de desarrollo que pueden constituir vicisitudes más o menos alteradas de tales procesos de duelo. Si bien, como ya mencionamos y también fuese destacado por S. Freud, la autolesión no suicida pudo haber sido un usual signo de duelo en culturas antiguas, sin embargo, para nuestra cultura actual, las autolesiones con la funcionalidad de alivio afectivo y/o de restitución del yo-cuerpo, no constituyen algo aceptado como normal. Por tanto, será de utilidad para nosotros estudiar los conceptos psicoanalíticos fundamentales sobre el duelo y sus posibles variantes psicopatológicas ante la imposibilidad de llevar adelante un proceso "normal". Todo ello para poder dar sustento conceptual, desde las formulaciones freudianas, a nuestra hipótesis. Pensamos que los fenómenos de autolesión no suicida, en sus funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo, se conforman como un especial tipo de recurso del sujeto frente a los desarreglos yoicos y sus afectos displacenteros relacionados, como el dolor y la angustia, que sobrevienen en el proceso dificultoso de llevar a cabo un duelo o procesar una pérdida.

15.1. Las nociones freudianas sobre el duelo y sus vicisitudes

15.1.1. Pérdidas de seres queridos como eventos traumáticos

En “Estudios sobre la histeria” (Freud, (1895c/1985), ya nos encontramos con consideraciones freudianas tempranas acerca de la relación de la enfermedad psicológica con las muertes de seres queridos o rupturas amorosas. Por ejemplo, Anna O. y Elizabeth von R. enferman tras la muerte del padre amado al que habían cuidado largo tiempo; Matilde H. presenta un estado de desazón que “llega hasta la desgana de vivir” (p. 177) una vez que se consuma la ruptura de su noviazgo; sin embargo, el cuadro no permitía “suponer una melancolía ordinaria” (p. 177); y Emmy von N. presenta su padecimiento desde que se produjo la muerte de su marido. En ese entonces, S. Freud sostenía la teoría traumática del origen de los síntomas de la histeria y, en estos eventos, podían confluír tanto lo sexual como las pérdidas de seres queridos.

En el “Manuscrito N”, S. Freud (1897/1986) comunica que los impulsos hostiles hacia los padres (deseos de que mueran) son reprimidos en tiempos en que se suscita compasión por ellos: enfermedad, muerte de los mismos. “Entonces es una exteriorización del duelo hacerse reproches por su muerte (las llamadas melancolías), o castigarse histéricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados (de enfermedad) que ellos han tenido” (p. 296). Como podrá advertirse luego, estas elucubraciones freudianas serán reelaboradas en los años posteriores.

15.1.2. Melancolía: anestesia sexual y pérdida de libido

En el “Manuscrito G” sobre la Melancolía, S. Freud (1895a/1986) refiere que existen “llamativos vínculos entre melancolía y anestesia (sexual)” (p. 239): (1) en numerosos melancólicos existió antes anestesia; (2) todo lo que provoca anestesia promueve melancolía; (3) mujeres psíquicamente menesterosas, en quienes la añoranza se convierte con facilidad en melancolía, son anestésicas. También dice que “la melancolía se presenta en combinación típica con angustia grave” (p. 240). El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido: “la melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de libido” (p. 240).

Podemos pensar estas características -enunciadas por S. Freud- de anestesiamiento sexual y pérdida de libido, correspondientes a la melancolía, como una retracción libidinal que conlleva la dificultad para constituir un cuerpo erotizado o libidinizado. Los desarrollos de S. Freud de ese manuscrito dejan abierta la posibilidad de relacionar los motivos de tal retracción con un uso inadecuado de las magnitudes de excitación debido a una “hemorragia interna” (p. 245), que empobrece de excitación a las otras pulsiones y operaciones, comportando el mismo efecto de una herida, en forma análoga al dolor.

15.1.3. El duelo “normal” y la melancolía: similitudes y diferencias

S. Freud (1917a/1984) pretende esclarecer la melancolía, en cuanto cuadro psicopatológico, a partir de su comparación con un “afecto normal: el duelo” (p. 241). Sin embargo, aclara que la definición conceptual de la melancolía es fluctuante y “se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada” (p. 241). Nos dice que trabajó con un pequeño número de casos de melancolía con naturaleza psicógena y solo pretende hallar algo típico, no para una clase íntegra de afecciones melancólicas, sino para un grupo más pequeño de ellas.

Reunir duelo y melancolía se justifica en el parecido de estos dos estados; pero también en algunas coincidencias de las situaciones de la vida que los ocasionan. El duelo se produce como “reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 241). Como consecuencias de idénticas influencias, en muchas personas se observa, “en lugar de duelo, melancolía” (p. 241). Este comentario de S. Freud dejará abierta la posibilidad de pensar a las melancolías como variantes perturbadas del duelo. S. Freud sospecha en estas personas una disposición enfermiza.

La melancolía presenta el siguiente cuadro anímico: (1) desazón profundamente dolida, (2) cancelación del interés por el mundo exterior, (3) pérdida de la capacidad de amar, (4) la inhibición de toda productividad y (5) rebaja en el sentimiento de sí o sentimiento yoico, que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones, y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo.

En lo que respecta al duelo, presenta los mismos rasgos con excepción del último: la perturbación del sentimiento de sí. El duelo opera un trabajo que es caracterizado del

siguiente modo: el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe más y exhorta a quitar toda la libido de los enlaces con él. Pero esta orden no puede cumplirse velozmente; sino que, se ejecuta pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y, mientras tanto, la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y, en ellos, se consume el desasimiento libidinal. Cuando esto finaliza, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido.

En la melancolía, el estatuto de la pérdida es más complejo que en el duelo. Acorde con esto, la melancolía puede surgir de una gama más vasta de ocasiones: puede ser (1) la reacción frente a la pérdida real de un objeto amado (muerte del mismo); (2) la reacción ante una pérdida de naturaleza más ideal: el objeto no está muerto, pero se perdió como objeto de amor (p. ej.: la novia abandonada); (3) la reacción ante una pérdida que suponemos, pero no discernimos lo que se perdió (tampoco el enfermo lo hace); en estos casos podría aún ser notoria para el enfermo la pérdida, de manera que sabe *a quién* perdió, pero no *lo que* perdió en él. Mientras que el primer y segundo caso son compartidos con la génesis del duelo, el último remite a una pérdida inconsciente y se produce solo para el caso de la melancolía.

El angostamiento del yo, es decir, la falta de interés por todo aquello desligado del recuerdo del objeto perdido, expresa la entrega incondicional al trabajo de duelo que absorbe enteramente al yo. En la melancolía, este angostamiento también se produce y suponemos que responde a un trabajo interior semejante al del duelo, pero resulta más enigmático, porque no se logra ver qué es lo que ocupa tan enteramente al enfermo (ya que puede no saberse lo que perdió). Al respecto, S. Freud (1917a/1984) dirá que “el complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investidura (que en las neurosis de transferencia hemos llamado coninvertidas) y vacía al yo hasta el empobrecimiento total” (p. 250). Así es como podemos observar, una vez más, la importancia que adjudica S. Freud al factor económico, tanto, al proceso melancólico, como al proceso del duelo.

El caso de insomnio que se presenta en la melancolía es explicado por S. Freud mediante esta condición económica, ya que responde a la imposibilidad de efectuar sobre el yo “el recogimiento general de las investiduras que el dormir requiere” (p. 250), debido que el complejo melancólico mantiene concentradas sobre sí esas investiduras.

A pesar de estas similitudes, la melancolía nos muestra algo que falta en el duelo, aquella extraordinaria rebaja de su sentimiento yoico: el enfermo describe a su yo como

indigno, moralmente despreciable, se reprocha, se humilla, se denigra y espera repulsión y castigo. Además, le falta la vergüenza y, por el contrario, se complace en el desnudamiento de sí mismo. Ha perdido el respeto por sí mismo. S. Freud consignará a esta característica como “una pérdida del yo”.

La explicación de esto recae en que las querellas que el paciente se autodirige se ajustan a otra persona a quien el enfermo ama, ha amado o amaría. El proceso es el siguiente: por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada, sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. La investidura de objeto fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se dirigió al yo y estableció una identificación de éste con el objeto resignado. A partir de eso, el yo es juzgado por una instancia particular, como si fuera el objeto abandonado. Es así como la pérdida del objeto se muda en la pérdida del yo. En “El yo y el ello” (Freud, 1923b/1984), esa instancia tomará el nombre de superyó y será la responsable del sentimiento de culpa, frente al cual el yo del melancólico no interpone ningún veto, por el contrario, se confiesa culpable y se somete al castigo.

El padre del psicoanálisis postula, entonces, a la identificación narcisista como el mecanismo para la melancolía y otras afecciones narcisistas. Tal identificación corresponde a la regresión desde una elección narcisista de objeto al narcisismo originario. Pero la condición que conduce a que un duelo se establezca como una conformación patológica es el conflicto de ambivalencia con respecto al objeto perdido. De esta manera, en la melancolía, la investidura de amor del objeto resignado experimenta un doble destino: (1) regreso a la identificación (identificación narcisista) y, debido al conflicto de ambivalencia, (2) regreso a la etapa del sadismo, más próximo a ese conflicto. Este segundo punto es lo que explica el automartirio gozoso.

La condición de la identificación con el objeto resignado en cuanto proceso exclusivo de la melancolía quedará relativizada más adelante, cuando S. Freud (1923b/1984), en el “El yo y el ello”, afirme que este proceso participa “en considerable medida en la conformación del yo, y contribuye esencialmente a producir lo que se denomina su carácter” (pp. 30-31). Éste es un proceso muy frecuente en las fases tempranas de desarrollo, de manera que el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas.

En lo anterior hay que destacar la relación muy estrecha entre las resignaciones de los objetos de amor -debido su pérdida o a otro motivo- y la conformación del yo, o

bien, visto de otra manera, concebir la estrecha cercanía entre los problemas con las pérdidas y los contratiempos en la constitución yoica.

Por otra parte, además, recordemos que el superyó, en cuanto heredero del complejo de Edipo, responde a las identificaciones con los padres, consiguientes al abandono de los mismos en cuanto objetos de amor. También, se debe tener en cuenta que la relación de ambivalencia con el objeto amado y perdido, tan destacada como factor etiológico en la melancolía, será considerada por S. Freud como una regla regular en toda elección de objeto.

15.1.4. Duelo como pérdida de componentes del yo. Herida narcisista

Otra manera en la que encontramos, en la obra de S. Freud, el profundo vínculo entre el yo y los objetos de amor es presentada en "De guerra y muerte" (Freud, 1915b/1984). Allí explica que el hombre primordial, al ver morir a personas que amaba (mujer, hijo, amigo), debía hacer en su dolor la experiencia de que también él mismo podía morir y se sublevaba contra la admisión de ello; "es que cada uno de esos seres queridos era un fragmento de su propio yo" (p. 294). Por otra parte, consideraba merecida a esa muerte, porque cada persona amada llevaba adherido también un fragmento de ajenidad; así, la ley de la ambivalencia afectiva reinaba de forma más incuestionable en épocas primordiales.

Pero, también, para el hombre actual las dos actitudes opuestas ante la muerte - una que la admite y otra que la desmiente- entran en conflicto inconsciente ante la muerte o el peligro de muerte de uno de nuestros seres queridos. Sucede que "estos seres queridos son, por un lado, una propiedad interior, componentes de nuestro yo propio, pero, por el otro, también son extraños y enemigos" (p. 300). Pero de este conflicto de ambivalencia no surgen, como en aquellos tiempos, la doctrina del alma y la ética, sino la neurosis. Así es como los psicoanalistas se encuentran con el síntoma del cuidado hipertierno de un familiar, o con "autorreproches totalmente infundados tras la muerte de una persona amada" (p. 300).

En esto ya se observa cierto aspecto que fundamenta la dificultad de llevar a cabo la pérdida de un ser querido: las pérdidas de un objeto amoroso son siempre pérdidas de una parte del propio yo. De modo que de lo que se trata en el duelo es de desprenderse de una parte amada del propio yo.

Para recalcar este aspecto y destacar la vertiente narcisista del duelo, mencionamos lo dicho por S. Freud en una carta escrita a Ferenczi, tras el fallecimiento de su hija Sophie, quien muere a sus 26 años como consecuencia de una neumonía. Allí, S. Freud, en febrero de 1920, escribe: “en el fondo de mi ser siento, no obstante, una herida amarga, irreparable y narcisista” (Freud, 1962, p. 371).

15.1.5. El duelo como fijación al trauma. Duelos petrificados

En la Conferencia número 18, “La fijación al trauma, lo inconsciente”, S. Freud (1916-1917/1984), haciendo alusión a la génesis de la neurosis, refiere que “el punto de vista traumático acaso no sea abandonado por erróneo”, pero “tendrá que ser incluido en algún otro y subordinado a él” (p. 252). S. Freud insistirá en lo traumático que puede ser un duelo y afirmará que la fijación a un hecho traumático no constituye algo exclusivo de las neurosis. Toda neurosis contiene una fijación así, pero no toda fijación lleva a la neurosis. “Un modelo paradigmático de fijación afectiva a algo pasado es el duelo, que además conlleva el más total extrañamiento del presente y del futuro” (pp. 252-253), vale decir, el individuo cae en un estado de suspensión, su alma queda atrapada en el pasado, ocupándose de él como petrificada. Además, “hay neurosis que pueden definirse como una forma patológica del duelo (p. 253)”. Así, vemos como S. Freud no duda en ubicar la existencia de duelos patológicos en las neurosis en la medida en que el sujeto queda fijado al pasado en cuanto pérdida traumática. Podríamos hablar aquí de duelos suspendidos o petrificados.

15.1.6. Duelo patológico en la neurosis obsesiva. Diferencias con la melancolía

S. Freud (1917a/1984) explicará que una condición que conduce a que un duelo se establezca como una conformación patológica es el conflicto de ambivalencia con respecto al objeto perdido. Esta condición, presente en la melancolía, también lo está en las “depresiones de cuño obsesivo” (p. 248), que pueden producirse tras la muerte de personas amadas, pero que, a diferencia de la melancolía, se establecen sin la condición de que se produzca la regresión de la libido. De esta forma, el obsesivo se autorreprocha haber querido la muerte del objeto de amor, vale decir, se culpa por la pérdida.

Unos años más tarde, S. Freud (1923b/1984) aportará a esta cuestión diciendo que, en la neurosis obsesiva, el sentimiento de culpa responde a que el superyó ha tomado noticias de los impulsos prohibidos que permanecen inconscientes al yo y, por lo tanto, “el yo del enfermo se revuelve contra la imputación de culpabilidad” (p. 52). Este último aspecto también se diferencia del paciente con melancolía, ya que este último asume la culpa y el castigo.

Otra referencia al duelo patológico correspondiente a la neurosis obsesiva se encuentra en el historial del “hombre de las ratas” (Freud, 1909/1986). Allí el paciente le consigna a S. Freud que su enfermedad se ha acrecentado enormemente desde la muerte de su padre, “y yo le doy la razón en tanto reconozco al duelo como la principal fuente de la intensidad de aquella” (p. 147). El duelo encontró en la enfermedad una “expresión patológica”. “Mientras que un duelo normal transcurre en uno o dos años, uno patológico como el suyo es de duración ilimitada” (p. 147).

Una vez más podemos observar que, para S. Freud, los problemas con los duelos no se agotan en la melancolía y que no necesariamente requieren de la identificación narcisista que se genera a partir de la regresión de la libido al yo.

15.1.7. Duelo y extrañamiento de la realidad: psicosis alucinatoria de deseo

Ya ha quedado claro que el duelo “normal” trae consigo una pérdida del interés por el mundo exterior, sin embargo, el duelo puede comportar también otro tipo de problema con la realidad exterior. En “Duelo y Melancolía” (Freud, 1917a/1984), se planteó que en el duelo opera un trabajo que debe iniciarse cuando el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe más. Tal trabajo exhorta a quitar toda la libido de los enlaces con ese objeto. Pero, universalmente, se observa que “el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal” (p. 242), por tanto, a este trabajo opone una comprensible renuencia. Esta puede alcanzar una elevada intensidad y producir “un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo” (p. 242).

Este aspecto, muchas veces pasado por alto, muestra otros de los posibles derivados psicopatológicos del duelo. La psicosis alucinatoria de deseo es una de las formas en que S. Freud nombraba al cuadro de la *amentia*, caracterizado por Theodor Meynert, el prestigioso psiquiatra de la universidad de Viena.

En el “Manuscrito K” (Freud, 1896/1986), sobre las neurosis de defensa²⁶, se caracteriza a las mismas como “aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales”, se distinguen de esos afectos por “no llevar a tramitación alguna, sino al daño permanente del yo” (p. 260). Ya en ese entonces, para S. Freud, el caso de la *amentia* alucinatoria aguda constituye una aberración del duelo. En la *amentia*, a diferencia de la paranoia, el enfermo retira por completo su interés del mundo exterior (Freud, 1911/1986, p. 69).

En el “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños” (Freud, 1917b/1984), texto contemporáneo a “Duelo y Melancolía”, la *amentia* es presentada como una “reacción frente a una pérdida que la realidad asevera pero que debe ser desmentida [Verleugnung] por el yo como algo insoportable” (p. 323). A raíz de ello, en esta afección, el yo rompe el vínculo con la realidad, sustrae la investidura al sistema Cc de las percepciones. Así, queda eliminado el examen de realidad de manera que las fantasías de deseo -no reprimidas, por entero concientes- pueden penetrar en el sistema y ser admitidas desde ahí como una realidad mejor.

Años más tarde, en “Neurosis y psicosis” (Freud, 1924a/1984), la *amentia* es caracterizada como la forma más extraña e impresionante de psicosis. En ella “el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia” (p. 156). En la *amentia*, el yo se rehúsa a admitir nuevas percepciones, también “le resta valor psíquico (investidura) al mundo interior, que hasta entonces subrogaba al mundo exterior como su copia” (p. 156). El yo se crea un nuevo mundo exterior e interior, en el sentido de las mociones de deseo del ello, y el motivo de esto es la frustración de un deseo por parte de la realidad.

15.1.8. Melancolía y afrenta del yo puramente narcisista

En “Duelo y Melancolía”, ya decía S. Freud (1917a/1984) que los ocasionamientos de la melancolía exceden, la mayoría de las veces, “el claro acontecimiento de la pérdida por causa de muerte y abarcan todas las situaciones de afrenta, de menosprecio y de desengaño” (p. 248), que pueden infundir o acrecentar una oposición entre amor y odio en el vínculo con el objeto.

²⁶ Aquí S. Freud se refiere a la histeria, la neurosis obsesiva, la paranoia y la *amentia* alucinatoria aguda.

Pero, también, debemos considerar de fundamental importancia la interrogación que allí se realiza S. Freud y a la cual conducen sus propias elaboraciones: “si una pérdida del yo sin miramiento por el objeto (una afrenta del yo puramente narcisista) no basta para producir el cuadro de la melancolía” (p. 250). S. Freud parecería estar concibiendo la posibilidad de que cualquier situación de la vida que provoque un agravio al narcisismo -sin importar que provenga de una persona amada- podría ser suficiente para generar una melancolía y su condición en la economía psíquica, es decir, un complejo que se comporte como una herida abierta atrayendo sobre sí las investiduras y vaciando y empobreciendo al yo.

15.1.9. El carácter doliente del duelo

Repasemos aquí algunas cuestiones sobre el dolor que conducen a la explicación freudiana acerca de por qué hay dolor en el duelo.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, S. Freud (1926/1986) dice que el dolor psíquico es “la genuina reacción frente a la pérdida del objeto” (p. 159). Por su parte, el dolor corporal se genera cuando un estímulo, que ataca en la periferia, perfora los dispositivos de la protección antiestímulo y, entonces, actúa como un estímulo pulsional continuado. A raíz del dolor corporal, se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo; y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento. Esa condición económica, que se constituye en un factor indispensable en la génesis del dolor físico, también lo será para el surgimiento del dolor psíquico, ya que ambos procesos implican una redistribución libidinal consistente en la sobrecarga de la representación lesionada del cuerpo –en el caso del dolor corporal– o de la sobrecarga de la representación del objeto perdido –en el caso del dolor psíquico. Tal sobrecarga también implica un empobrecimiento de los demás sistemas.

Así llega a la explicación del dolor en el duelo: el duelo corresponde a otra reacción de sentimiento posible frente a la pérdida del objeto. El carácter doliente de la separación del objeto en el duelo se debe a la “elevada e incumplible investidura de añoranza del objeto en el curso de la reproducción de las situaciones en que debe ser desasida la ligadura con el objeto” (p. 161). Es decir, en el transcurso del trabajo de desasimiento libidinal del objeto perdido, el yo reproduce situaciones en las que se encuentra con elevadas investiduras de añoranza que le provocan dolor.

15.2. Hipótesis basadas en la teoría del duelo de S. Freud

Ya desde muy temprano, en las teorizaciones freudianas, encontramos consideraciones acerca de la relación de la enfermedad psicológica con las muertes de seres queridos o rupturas amorosas. Las pérdidas pueden constituirse en eventos traumáticos, es decir, acontecimientos que sobrepasan los recursos del sujeto para tramitar la excitación por las vías del principio del placer.

Además, vimos que los problemas con las pérdidas no se agotan en la melancolía y no necesariamente requieren de la identificación narcisista con el objeto perdido. Así es como, en la obra de S. Freud, nos encontramos con distintas vicisitudes relacionadas con las pérdidas y los duelos.

El duelo consiste en un trabajo doloroso que, en cierta forma, libera y recompone al yo. Ese trabajo consiste en un desasimiento libidinal del objeto, ya que los recuerdos y expectativas anudados a él han sido aislados y sobreinvertidos a partir de su pérdida. Hasta tanto ese desasimiento no se realice, el yo se encontrará inhibido y restringido.

También, desde los inicios de la conceptualización freudiana, la melancolía se vincula a una manera inadecuada o perturbada de distribución libidinal. El anestesiamiento sexual y pérdida de libido -características de la melancolía en las tempranas formulaciones de S. Freud (1895a/1986)- pueden ser pensadas como una retracción libidinal que conlleva la dificultad para constituir un cuerpo libidinizado o erotizado. Así es como, en base a esas primeras formulaciones, se puede concebir que en la melancolía habría un uso inadecuado de las cantidades de excitación debido a una "hemorragia interna", que empobrece a las otras pulsiones y operaciones, comportando el mismo efecto que una dolorosa herida corporal.

Años más tarde, en "Más allá del principio del placer", S. Freud (1920/1984) se referirá a la melancolía como una perturbación grave de la distribución libidinal y afirmará que la misma puede ser cancelada temporalmente o remitir provisionalmente, como consecuencia de una enfermedad orgánica que se interponga en su curso. Como ya se ha explicado antes, S. Freud dice que esto se produce debido al fuerte influjo que puede ejercer un estado patológico de fiebre y dolor sobre la distribución libidinal. De esta forma, una herida física puede servir para ligar excesos de excitación, ya que reclama sobre sí una sobreinversión narcisista del órgano doliente. En el proceso del dolor corporal se produce una enorme contrainversión en favor de la cual se empobrecen todos los otros

sistemas, dando como resultado un rebajamiento de cualquier otra operación psíquica. Todo esto permite sostener que, la situación económica que sustenta a la melancolía -y a otras vicisitudes del duelo- podría quedar momentáneamente disuelta como resultado de una lesión corporal.

Esas elaboraciones, más las correspondientes a “Inhibición, síntoma y angustia” (Freud, 1926/1986) sobre el fundamento económico del dolor psíquico y el dolor corporal, dejan abierta la posibilidad de plantear la idea de que los efectos en la economía psíquica sobrevenidos por una herida física (autoproducida o no) puedan contrarrestar, al menos temporalmente, las consecuencias económicas correspondientes a una “herida” psíquica narcisista y sus afectos displacenteros concomitantes.

No hay que olvidar que el duelo tiene un aspecto narcisista y que las pérdidas de un objeto amoroso son siempre pérdidas de una parte del propio yo, de modo que, de lo que se trata en el duelo es de desprenderse de una parte del propio yo. Esto puede dar alguna explicación a lo dificultoso que es realizar una pérdida y, quizás, la misma sólo pueda llevarse a cabo a condición de conservar algo del objeto a través de la identificación a algún rasgo del mismo. De todo esto se deriva que los problemas y vicisitudes con las pérdidas se encuentran en estrecha cercanía con los contratiempos sobrevenidos con el narcisismo y la constitución yoica.

Por último, para no caer en posiciones simplistas e ingenuas, hay que entender que aquellas pérdidas de las que habla S. Freud, ocasionadoras de duelos y/u otro tipo de vicisitudes, de ninguna manera se reducen al fallecimiento de alguien querido. Por el contrario, mayormente, presentan un estatuto más complejo. Por ejemplo, las pérdidas devenidas a partir de afrentas realizadas desde un objeto de amor, como así también, al parecer, las pérdidas del yo surgidas de afrentas “sin miramiento por el objeto” (una afrenta del yo puramente narcisista). Y más aún, las pérdidas “sustraídas de la conciencia”, vale decir, las pérdidas que debemos suponer, pero sin que se discierna *lo que se perdió*, aun cuando sea notorio *a quién se perdió*.

En este contexto conceptual, derivado de la obra freudiana, pensamos que los fenómenos de autolesión con las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo se producen en sujetos que presentan un trasfondo psíquico de dificultad para llevar adelante procesos de pérdidas en el sentido recién descrito, es decir, tienen problemas para procesar pérdidas por las vías simbólicas y acordes con el principio del placer. En ese sentido, dichas pérdidas muestran toda su importancia, ya que parecen tener un verdadero valor traumático para su subjetividad y perturban de manera

enfermiza su distribución libidinal. Los afectos de dolor psíquico y de angustia, tan presentes e intensos en los sujetos que se autolesionan, se originan en esta situación.

Como podemos observar en los casos que hemos usado para ilustrar estas funciones de la autolesión, esas pérdidas, cuando pueden ser identificadas, se relacionan principalmente con afrentas o heridas narcisistas suscitadas en los vínculos con padres, amigos, parejas y/o en fracasos en sus aspiraciones o posesiones. Tales afrentas se suelen vivenciar como humillaciones, abandonos, ninguneos, menosprecios, *bullying* (acoso escolar), etc. y/o se manifiestan como un estado de permanente frustración en relación con la atención o el amor que reciben de los demás.

Una forma posible de pensar estos casos es como si se tratara de subjetividades melancolizadas, tanto en el sentido de los afectos -tristeza, dolor, angustia- como en el sentido del empobrecimiento yoico, del menoscabo de su imagen y del sentimiento de sí. En los casos donde la herida narcisista parece más profunda, además, encontramos un yo anestesiado, incluso pudiendo llegar a situaciones que se aproximan a la despersonalización, la desrealización y/o la fragmentación subjetiva. En ello se muestra la significativa relación entre los comportamientos autolesivos no suicidas y las dificultades en el funcionamiento de la instancia yoica.

El proceso deseable frente a estas situaciones de pérdida consistiría en que el sujeto, priorizando recursos simbólicos acordes con el principio del placer, realice el trabajo que permita recuperar cierto equilibrio libidinal extraviado, restituya la libidinización del empobrecido yo, deshaga las sobrecargas energéticas libidinosas concentradas en representaciones aisladas y ligue o descargue el exceso energético. Se espera que, con ello, el displacer afectivo y el sufrimiento se verían menguados al restituir cierta homeostasis psíquica. Pero, si seguimos a S. Freud, todo esto constituye un proceso trabajoso, doloroso, que lleva tiempo, y que, por sobre todo, pondrá a prueba las efectivas posibilidades subjetivas del individuo de poder llevar a cabo o no esta tarea.

Pensamos que los fenómenos de autolesión no suicida, en sus funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo, se conforman como un recurso alternativo frente a los desarreglos yoicos y sus afectos displacenteros relacionados, como el dolor y la angustia, que sobrevienen ante aquellas pérdidas que embaten al narcisismo.

La autolesión como alivio afectivo conduce al efecto inmediato de alivio subjetivo frente al sufrimiento psíquico derivado de la pérdida. La herida y/o el dolor físico activan procesos psíquicos que modifican momentáneamente la economía libidinal. Produce un desplazamiento redistributivo del interés y la libido, desde la representación y/o proceso

psíquico que se encuentra sobrecargado hacia otro. Esta autolesión no suicida genera un polo que atrae sobre sí el exceso energético y, así, disminuye los efectos derivados de la sobre concentración que se encuentra en la génesis del sufrimiento que se intenta aliviar. De esta forma, aunque la lesión corporal pudiera comportar el dolor que le corresponde, es, al mismo tiempo, una “distracción” frente a otros penares.

El exceso al que se responde mediante la autolesión implica una ruptura de la barrera antiestímulo, un *más allá del principio del placer*, una sobrecarga de tensión que se experimenta como sufrimiento/displacer. De manera que esta autolesión corresponde a una particular manera de hacerle frente a ese exceso.

Por su parte, la autolesión restitutiva del yo-cuerpo recupera el perdido sentir corporal y/o la sensación de dominio sobre el cuerpo. Esta restitución se alcanza en base a poder lograr sentir el cuerpo, a partir de la percepción del dolor corporal y/o del fluir de su sangre. La recuperación del sentir corporal y su dominio devuelve el sentimiento yoico, el sentimiento de existir, de estar vivo, de poseer un cuerpo y cierto control sobre el mismo. Ante un estado de sufrimiento en que los límites yoicos se vuelven inciertos, la autolesión impulsa -a partir de las sensaciones en la superficie corporal- un alivante recupero del sentimiento de sí.

Con base en estas elaboraciones acerca de los problemas para llevar adelante procesos de duelo y procesar pérdidas, podemos postular cierta característica de los tiempos constitutivos de los sujetos que cometen actos autolesivos no suicidas con las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo.

Nos parece que, en los tiempos instituyentes, se ha vivenciado una problemática en la constitución narcisista del yo. Tal dificultad consiste en que no han experimentado el esplendor de la posición que describiera Freud (1914/1984) en “Introducción a narcisismo”, es decir, no han podido ocupar cabalmente el lugar de “his majesty the baby”; no se han constituido plenamente en ese lugar idealizado de amor ofrecido por los padres, donde se juega algo de la recuperación narcisista de ellos.

Pensamos que las dificultades que muestran los sujetos que se autolesionan para procesar las pérdidas se relacionan con su particular constitución narcisista en los tiempos fundantes. Las pérdidas que, finalmente, desembocan en los comportamientos autolesivos retornan a estos sujetos a su malogrado narcisismo.

El sujeto parece vivir en una permanente frustración por no alcanzar a ser algo “amable” para alguien. Tal vez eso explique por qué estos sujetos son caracterizados como altamente demandantes de amor en sus relaciones con los demás. Así es como

presentan recurrentes quejas hacia los otros, recriminándoles su abandono, decepción, daño, etc. Tienen problemas para hacer un duelo “normal”, porque en ellos no se trata de “pérdidas normales”, debido al alto impacto que las mismas presentan para su endeble constitución narcisista.

16. La relación con la angustia a partir de J. Lacan

Para establecer la relación entre las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo del fenómeno autolesivo con respecto a la noción de angustia y, luego, con la noción de duelo formulada por J. Lacan, tomaremos como referencia principal al Seminario 10 (Lacan, 2006), ya que allí se presentan importantes desarrollos acerca de la angustia y del duelo, ambos en relación con un articulador teórico fundamental: su planteo en cuanto al estatuto del objeto en psicoanálisis, es decir, con su propuesta del objeto *a*.

16.1. Referencias de la angustia en J. Lacan

16.1.1. La falta de la falta

Siguiendo a S. Freud, J. Lacan (2006) presentará a la angustia como un afecto y, a partir del esquema óptico, explicará su surgimiento diciendo que la misma aparece cuando algún mecanismo hace aparecer algo en “el lugar (-φ), que corresponde, en el lado derecho, al lugar que ocupa, en el lado izquierdo, el *a* del objeto del deseo” (p. 52). J. Lacan aclara que todo parte de la castración imaginaria, porque no hay imagen de la falta. Por tanto, “cuando algo surge ahí, lo que ocurre (...) es que la falta viene a faltar” (p. 52).

Continuando con su argumentación, J. Lacan dirá que, si de pronto falta toda norma, es decir, lo que constituye la falta -pues la norma es correlativa de la idea de falta-, si eso no falta, en ese momento comienza la angustia.

Para un mejor entendimiento de esto, el psicoanalista francés sugiere a los oyentes de su seminario la lectura del texto freudiano sobre “Lo ominoso” (Freud, 1919b/1986), en donde lo *unheimlich* remite a aquello que, estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz.

Por tanto, para J. Lacan, la angustia no es señal de una falta de objeto, sino de la carencia del apoyo de la falta, de la insuficiencia de eso que hace posible la falta. De esta forma, la angustia, más que con la falta de objeto, se relaciona con cierta presencia excesiva. “Lo más angustiante para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta” (p. 64).

16.1.2. La angustia no carece de objeto

Para J. Lacan, la angustia será la señal de ciertos momentos de la relación del sujeto con el objeto *a*. Lo que lo lleva a afirmar que la angustia “no es sin objeto” (p. 101). Es decir, que la angustia no carece de objeto. Es más, la angustia es caracterizada como la única traducción subjetiva del objeto *a*. Este objeto, en cuanto resto que cae en la operatoria de la división subjetiva, no está en la intencionalidad del deseo, sino que debe entenderse como la causa del deseo, “el objeto está detrás del deseo” (p. 114). Sin embargo, no olvidemos que este “objeto causa”, en cuanto negatividad de goce, es también la condición del “plus de goce”.

En el Seminario 11, J. Lacan refiere al circuito de la pulsión y realiza una precisión en relación con el objeto: “ese objeto que, de hecho, no es otra cosa más que la presencia de un hueco, de un vacío, que, según Freud, cualquier objeto puede ocupar, y cuya instancia sólo conocemos en la forma de objeto perdido *a* minúscula” (Lacan, 1999, p. 187). En este sentido, el objeto *a* viene a indicar que no hay objeto alguno que satisfaga la pulsión, “a no ser contorneando el objeto eternamente faltante” (p. 187).

16.1.3. La función angustiante del deseo del Otro. ¿Qué me quiere?

La angustia es un momento de destitución subjetiva, es decir, la inminencia subjetiva de reducirse al estatus de objeto. El sujeto se encuentra amenazado a no ser más que aquel objeto oscuro del deseo del Otro. Pero implica el desconocimiento, ya que es un lugar donde no hay significantes para decir cuál es su voluntad y qué objeto reclama. Lo que angustia es el vacío de significación como enigma del Otro y que allí el sujeto se sienta concernido en su propio ser. De aquí que pueda aludirse a ese momento

a partir de la situación en la cual el sujeto se encuentra atravesado por cierto interrogante en su relación con el Otro: “¿*Qué me quiere?*”. J. Lacan será muy claro en esto, al afirmar que la angustia se relaciona de forma compleja con el deseo del Otro y que “la función angustiante del deseo del Otro está vinculada a lo siguiente - no sé qué objeto a soy yo para dicho deseo” (p. 352).

16.1.4. La angustia no engaña. Señal de lo real

J. Lacan afirmará que la angustia opera como señal ante algo que “es del orden de lo irreductible de lo real” (p. 174). De allí que dirá que “la angustia, de todas las señales, es la que no engaña” (p. 174). Esto puede oponerse con el carácter incierto del significante, el cual nunca es seguro. De esta forma, J. Lacan entiende a la angustia como “lo fuera de duda” (p. 87). La duda y los esfuerzos que se invierten en ella son para combatir la angustia mediante engaños, tratando de “evitar lo que, en la angustia, es certeza horrible” (p. 88). Así es como la angustia está fijada a lo real en cuanto es producida por él, como así también, en cuanto es su referente indubitable. Más adelante, en 1974, J. Lacan caracterizará a la angustia yendo más allá del objeto, planteando a la misma como “el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (Lacan, 1988, p. 87).

16.1.5. Angustia - goce - dolor

Es necesario pensar las articulaciones posibles entre la angustia, el goce y el dolor que pueden establecerse en las formulaciones lacanianas. Para ello, retomamos ciertos conceptos freudianos ya vertidos acerca de la angustia. Como ya se dijo, para S. Freud, la condición de la angustia es el peligro consistente en un aumento constante de una exigencia pulsional ante la cual el yo se encuentra desamparado. Es decir, se trata de una perturbación económica asimilable a un psiquismo demasiado lleno de libido. Así, se entiende que, tras la angustia, se encuentra a la pulsión, que quiere satisfacerse, como voluntad de goce que no se detiene.

Cuando esta exigencia pulsional se encuentra en oposición con el principio del placer, tenemos el surgimiento de la angustia. Asimismo, debemos considerar que, cuando J. Lacan ubica la angustia en relación con el nudo borromeo, la conecta con el

goce del Otro, en cuanto la misma se situaría en la intrusión o avance de lo real en lo imaginario del cuerpo (Lacan, 1974-1975).

En su conferencia sobre “Psicoanálisis y Medicina” de 1966, J. Lacan será rotundo en marcar diferencias entre el placer y el goce, y vinculará a este último con la experiencia del dolor. S. Freud sostuvo el principio del placer, pero hay que advertir que “el placer es una barrera al goce” (Lacan, 1985, p. 95). Mientras el placer remite a la menor excitación, a lo que hace desaparecer la tensión, por lo tanto, a aquello que nos mantiene a una distancia respetuosa del goce:

(...) lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada. (Lacan, p. 95)

16.1.6. Una respuesta a la angustia: cesión de objeto.

Hacia el final del Seminario, J. Lacan le adjudicará al objeto a el “carácter de objeto cesible” (p. 337), en el sentido de ser un objeto que el sujeto puede ceder. Entre los ejemplos que menciona, hace una referencia a la angustia del destete. El momento más decisivo de la misma “no es tanto que alguna vez el seno le falte a la necesidad del sujeto, sino más bien que el niño cede el seno del que pende como una parte de sí mismo” (p. 338). No olvidemos que “durante el amamantamiento el seno forma parte del individuo alimentado, éste se encuentra adherido a la madre” (p. 338).

S. Freud caracterizó a la angustia como la señal de un peligro vital, J. Lacan dirá que “el peligro en cuestión está ligado al carácter de cesión del momento constitutivo del objeto a” (p. 351) y articulará, de un modo distinto que S. Freud, el momento en que se pone en juego la función de la angustia: “yo situó este momento como anterior a la cesión del objeto” (p. 351).

De esta forma, J. Lacan elabora para el sujeto una posible maniobra que permite responder al angustiante acercamiento del deseo del Otro: el sujeto puede ceder un trozo del cuerpo en calidad de objeto a. Esta cesión del objeto comporta un efecto de separación que por cierto podemos suponer como muy alivante. Más adelante, J. Lacan

(2003) dirá, a modo de metáfora con respecto a esto, que el objeto puede jugar “un papel que simbolizaría perfectamente la automutilación del lagarto, su cola soltada en la desesperación” (p. 832).

16.2. Hipótesis sustentadas en los aportes lacanianos sobre la angustia

Considerando la concepción lacaniana de la angustia que aquí se expuso, postulamos que los fenómenos de autolesión que cumplen la función psíquica de alivio afectivo y/o la función restitutiva del yo-cuerpo son recursos del sujeto para enfrentar al avance del goce, mediante una intervención que presenta un predominio real, vale decir, a través de la generación de sensaciones y dolor corporal.

A este avance de lo real, sentido como angustia y/o dolor psíquico, que puede poner en jaque la organización narcisista yoica y el sentimiento de sí mismo, el sujeto responde con una intervención que tiene peso real y, a través de la cual, consigue el alivio y/o la recuperación momentánea de la imagen y los límites del yo.

El sujeto acude a la autolesión y, con ello, evidencia carecer de otros recursos de carácter simbólico para trabajar sobre lo real que se le impone sin barreras en un avance que amenaza la integridad imaginaria. Pensado en términos del nudo borromeo, el sujeto debe responder ante la situación en que se produce la intrusión del registro real sobre lo imaginario, lugar donde se ubica el goce del Otro.

En otras palabras, a falta de recursos simbólicos, estos fenómenos de autolesión se constituyen como intervenciones primordialmente reales contra problemas que alcanzan su manifestación en el orden imaginario. Conforman una intervención que frena el avance angustiante de lo real sobre lo imaginario.

Podemos pensar que el sujeto no tiene recursos simbólicos para realizar una efectiva cesión del objeto que ponga un freno al goce. Entonces, cuando se produce la angustiante presencia del *a*, el sujeto “resuelve” provisoriamente mediante el ardid de la autolesión sin recurrir al Otro.

17. La relación con los procesos de duelo a partir de J. Lacan

Antes de pronunciar nuestras hipótesis acerca de la relación de los procesos de duelo con las autolesiones que funcionan como alivio afectivo y como restitutivas del yo-cuerpo, estableceremos ciertas nociones lacanianas que caracterizan al duelo, su relación con el fantasma y la constitución del objeto. Como ya mencionamos, tomaremos como base conceptual los desarrollos sobre el duelo que se encuentran en el Seminario 10 (Lacan, 2006).

17.1. Referencias lacanianas acerca del duelo

17.1.1. Caracterización del duelo en J. Lacan

En su décimo seminario, J. Lacan (2006) afirma que la caracterización freudiana del duelo, en cuanto afecto normal, tiene a la identificación del sujeto con el objeto perdido como el mecanismo fundamental de su función.

Pero, J. Lacan nos dice que esa notación freudiana sobre el duelo no es suficiente y hará su propia contribución sobre el tema. Dirá que, en el duelo, la identificación de la que hablaba S. Freud se trata de una identificación con el objeto de deseo del Otro barrado. Es decir, no es la identificación con un rasgo significativo del Otro, sino una identificación a la falta del Otro.

De esta forma, J. Lacan afirma que “solo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos *Yo era su falta*” (p. 155). Se trata de personas respecto de quienes el sujeto no sabía que cumplía la función de estar en el lugar de su falta.

Lo que damos en el amor es esencialmente lo que no tenemos, y cuando lo que no tenemos nos vuelve hay, sin duda, regresión y al mismo tiempo revelación de aquello en lo que faltamos a la persona para representar dicha falta. (p.155)

Pero, dirá J. Lacan, debido al desconocimiento irreductible acerca de la falta, el sujeto traduce la función de falta que desempeñaba como que ha estado en falta con esa persona, cuando justamente por eso le era precioso e indispensable (Lacan, 2006). Ya puede observarse aquí que, en la propuesta lacaniana, la culpa no consiste en el maltrato hacia el objeto perdido, sino que corresponde a una inversión de la falta y está al servicio de su enmascaramiento.

Por ello es que J. Lacan sostiene que el objeto por el que hacemos duelo era “sin nosotros saberlo, el que se había convertido en soporte de nuestra castración” (p. 125). De manera que, en el duelo, ésta retorna al sujeto, quien es devuelto a esa posición de castración. Y, con ello, se trata de la actualización de la angustia originaria, aquella que es consecuencia de la constitutiva falta en ser. El duelo pondrá nuevamente al sujeto en la necesidad de simbolizarla.

Debido a todo esto, en la propuesta de J. Lacan, solamente se puede hacer un duelo con respecto a aquel cuya falta fuimos, es decir, cuyo deseo hemos causado. Ocupábamos, con respecto a esa persona, el lugar de causa de su deseo y, al perderla, perdemos en ello su deseo sobre nosotros. Es decir, perdemos la posición de ser causa del deseo de ese alguien. Esto quiere decir que, cuando un sujeto se encuentra en la posición de realizar un duelo por otra persona, no sólo importa lo valioso que esa persona perdida fue para el sujeto (al representar lo que el sujeto no es o no tiene), sino también lo significativo que fue el sujeto como objeto para ese Otro (al ser causa de su deseo). Dicho de otra manera, la persona perdida era importante para el sujeto porque le permitía ocupar el lugar de su falta.

J. Lacan refiere que S. Freud nos hace observar que el trabajo de duelo sería consumir una segunda vez la pérdida del objeto amado. Y esto implicaría una detallada rememoración de todo lo que se ha vivido del vínculo con el objeto amado. Pero, para J. Lacan:

(...) el trabajo de duelo se nos revela, bajo una luz al mismo tiempo idéntica y contraria, como un trabajo destinado a mantener y sostener todos esos vínculos de detalle, en efecto, con el fin de restaurar el vínculo con el verdadero objeto de la relación, el objeto enmascarado, el objeto *a* -al que, a continuación se le podrá dar un sustituto, que no tendrá mayor alcance, a fin de cuentas, que aquel que ocupó primero su lugar. (p. 362)

Por eso, J. Lacan dirá que, en el duelo, se trata del mantenimiento de los vínculos por los que el deseo está sostenido de $i(a)$, no del objeto a . Esto lo diferencia de la melancolía, en la cual el objeto triunfa. El objeto a , que se encuentra enmascarado tras el $i(a)$ del narcisismo, exige al melancólico pasar a través de su propia imagen y atacarla para poder alcanzar, dentro de ella, el objeto a que la trasciende, y cuya caída lo arrastrará al suicidio.

17.1.2. El duelo: su relación con el fantasma y la constitución del objeto

Siguiendo con los desarrollos del punto anterior, cabe afirmar que un sujeto sólo logrará constituirse como causa del Otro en cuanto ese Otro lo perdió como objeto de goce. Es decir, debemos presuponer que, para que el sujeto pueda ubicarse como falta del Otro, este último ya se encuentra atravesado por la castración. A partir de ahí, el sujeto podrá ocupar el lugar de objeto causa al relacionarse con la falta del Otro. Ahora bien, cuando una persona que encarna a ese Otro desaparece, el sujeto estará de duelo, ya que le faltará su falta, es decir, su deseo. El sujeto deberá escapar de esa situación inadmisibile en la que lo coloca el duelo, porque queda en una posición de ser una causa que a nadie causa.

En el proceso de constitución subjetiva, el *infans* lo hace en el campo del Otro, en el cual aparecerá como sujeto barrado ($\$$). Por su parte, el Otro pasa al campo de sujeto y, en cuanto Otro barrado, pasará a conformar el inconsciente. De esta operación, que implica una división subjetiva, quedará un resto que denominamos objeto a .

El objeto a es el objeto perdido, implica un goce y una completud que míticamente alguna vez se tuvo y, a partir de su pérdida, opera como causa del deseo. El deseo se dirigirá a objetos que sustituyen a ese objeto estructuralmente perdido. Tanto el falo imaginario ($-\phi$) como la imagen especular [$i(a)$] pueden entenderse como sustitutos del objeto a , en cuanto formaciones encubridoras de la falta. Este objeto no tiene un estatuto ontológico o sustancial. El objeto a es la falta de objeto, el objeto perdido que la pulsión sólo podrá contornear.

Otra consecuencia de la división subjetiva es la conformación del fantasma, es decir, la relación inconsciente que establece el sujeto barrado con el objeto a ($\$ \langle a \rangle$).

Cuando el sujeto pierde a la persona amada, y se encuentra en duelo, queda como “causa perdida”, y el riesgo es que esa causa que era para alguien se

desenmascare mostrándose como un puro real. Esto corresponde a un colapso del marco fantasmático, que deja al sujeto expuesto al goce del Otro. El re-enmarcamiento fantasmático del objeto *a* -como efecto del trabajo del duelo- recupera un objeto sustituto al restablecer el entramado de la ficción simbólico-imaginaria.

El duelo es aproximado por J. Lacan a la situación de una privación, en tanto la misma consiste en una falta real de un objeto simbólico. Por su parte, la castración es asimilada a una falta simbólica de un objeto imaginario. Parecen estar en veredas opuestas, sin embargo, su articulación resulta esencial para entender las posibilidades del sujeto con respecto a la elaboración del duelo. Como dijimos, que el sujeto asuma el lugar de la falta, requiere como premisa la castración del Otro, luego deberá “duelar” la pérdida de ese lugar.

En la propuesta lacaniana del duelo puede leerse la asignación de una función esencial para éste: recuperar el acceso del sujeto a una posición deseante. En este sentido, es articulable con la función del padre como agente de la castración, en cuanto produce la falta, dando origen al sujeto del deseo.

La función del duelo implica la restauración del objeto “en tanto objeto”, esto quiere decir, restablecer el objeto como perdido, simbolizarlo como perdido. Esto se produce en el fantasma al situarlo allí como objeto causa de deseo. De aquí que, “superar” el duelo, supone una reconstitución fantasmática que remite a las operaciones constitutivas.

17.2. Hipótesis basadas en las contribuciones de J. Lacan sobre el duelo

Desde la concepción lacaniana, el proceso de duelo se produce cuando el sujeto pierde la posición de estar en el lugar de la falta del Otro y, por tanto, de estar alcanzado por su deseo. Dicha posición se logra en cuanto realidad fantasmática. Es decir, se trata de una posición en el fantasma del sujeto. El fantasma puede ser entendido como la respuesta subjetiva inconsciente respecto a la pregunta acerca de qué quiere el Otro respecto de ese sujeto: “¿qué me quiere?”, “¿en qué me solicita?”, “¿qué *a* soy para el Otro?”. Por tanto, para defenderse de este angustiante interrogante, es esperable que, a través de su fantasma, el sujeto mantenga cierta distancia con relación al objeto *a*. Es decir que, en el fantasma, el objeto *a* sea enmascarado de forma que el sujeto no se ubique como completamente identificado a *a*, sino que, a través de su imagen especular

[i(a)], se posicione como la falta del Otro. De esta manera, el objeto *a* queda velado por la imagen especular, propiciando que el sujeto quede involucrado con el deseo del Otro.

Los sujetos que recurren a la autolesión con las funciones subjetivas que hemos denominado de alivio afectivo y/o de restitución del yo-cuerpo, presentan muchas dificultades para conformar una posición fantasmática relativamente estable, en la que se ubican como la falta de alguien. Lo que encontramos en el discurso de estos sujetos son sus recurrentes caídas al costado del deseo del Otro, como consecuencia de alguna vivencia sufrida subjetivamente al modo de un rechazo o abandono. Un Otro que, nuevamente, los deja de lado, que dirige su deseo a otro lugar, haciéndoles perder la posición en la que tanto les cuesta aparecer.

Estos rechazos o abandonos pueden pensarse al modo de una afrenta al sostén narcisista del sujeto, una desestabilización de la imagen especular [i(a)], un descenso de libidinización yoica. Se ponen en peligro las referencias y límites del yo, el objeto *a* amenaza con su aparición en la imagen haciendo "faltar la falta", y el sujeto corre el riesgo de quedar en la posición de identificación al objeto *a*.

Cabe destacar el sufrimiento, bajo las modalidades principales de la angustia y el dolor, con que el sujeto vivencia esta situación de irrupción de lo real y la frecuencia con que también pueden aparecer el *acting-out* y el pasaje al acto, como otras respuestas defensivas frente al avance del goce.

El sujeto, en el que se observa fenómenos autolesivos no suicidas, suele encontrarse en una posición melancolizada. Una situación subjetiva al modo de un duelo que no se termina de realizar. El proceso de duelo apunta, mediante su trabajo, a restituir el fantasma, es decir, conseguir el velamiento del objeto *a*, su enmascaramiento tras i(a). Es decir, constituir el objeto -en cuanto pérdida de objeto- que permita su funcionamiento como causa del deseo, dando lugar a que el sujeto pueda ubicarse como falta del Otro.

En estos sujetos este proceso no se produce. Lo simbólico estaría fracasando como recurso para brindar ese velamiento amoroso. El sujeto no encuentra, en el campo del Otro, el rasgo unario como signo de su amor y no puede ubicar al objeto como agalma.

Todo esto conduce a pensar qué es lo que ha pasado en estos casos con el lugar que tuvieron como sujetos en el deseo materno en los tiempos constituyentes. El lugar de objeto causa del deseo materno ha sido ocupado por estos sujetos; sin embargo, se presume que algo del deseo que alojó al sujeto ha fracasado. Un deseo que ofreció una morada fallada.

Estos sujetos les han hecho poca falta al Otro, les ha sido dificultoso encarnar su falta. Pareciera que se hubieran ubicado al borde del deseo, al no haber tenido demasiado brillo fálico. El Otro les ha devuelto una imagen especular [i(a)] en la que el goce no estuvo lo suficientemente velado. Una imagen que puede incluso traslucir cierto grado de rechazo del Otro.

La mirada del Otro que sostuvo al sujeto en tiempos constitutivos reflejó una perturbadora imagen especular en la que el amor estuvo trunco. De manera que, asumir cabalmente la posición de yo ideal, fue una tarea imposible para el sujeto.

Esta particular situación pareciera reeditarse, posteriormente, ante la exigencia de subjetivar una nueva pérdida.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A.- Contribución al saber clínico

El interés científico por los fenómenos de autolesión no suicida ha crecido en los últimos años. Esto parece ser un reflejo del aumento de casos, principalmente en adolescentes y jóvenes. Una parte importante de estos fenómenos aparecen ligados a situaciones de significativo sufrimiento psíquico, constituyéndose así en objeto de interés clínico.

A pesar de ello, el conocimiento sobre el tema aún presenta muchos déficits, tanto para su adecuada comprensión como para su abordaje. Encontramos que el conocimiento formulado mantiene predominantemente un carácter disperso, limitado, fragmentado y fundamentalmente descriptivo.

Reconocemos que el conocimiento generado dentro del campo descriptivo es necesario y proporciona un aporte valioso. Sin embargo, carece de una teoría plausible sobre la subjetividad que permita darle un lugar adecuado, dentro de un contexto conceptual significativo y, de esa forma, favorecer una adecuada comprensión de los fenómenos.

El psicoanálisis creado por S. Freud, y los aportes realizados al mismo por J. Lacan, constituyen una potente teoría de la subjetividad a partir de la cual pueden abordarse estos fenómenos. Asimismo, quedó justificado que el psicoanálisis freudiano no plantea una oposición o desmerecimiento del enfoque clasificatorio y descriptivo, sino que reservaba para el psicoanálisis la posibilidad de llevar a cabo un enfoque diferente, que propicie la comprensión psicológica correspondiente a los cuadros psicopatológicos descriptos. De esta manera, no se presenta inconveniente alguno en intentar la comprensión del fenómeno de autolesión no suicida mediante el abordaje psicoanalítico.

Sin embargo, el propósito de esta tesis, consistente en ensayar tal abordaje, representó un gran desafío desde el comienzo mismo. Uno de los motivos de ello es que, al revisar las formulaciones de S. Freud y de J. Lacan, nos encontramos con que estos fenómenos no constituyeron un asunto central de sus indagaciones. Si bien en sus textos pueden hallarse referencias teóricas que son útiles para realizar el armado de un articulado conceptual sobre la autolesión no suicida, en verdad no efectuaron un trabajo que haga foco en este tema y que constituya un abordaje cabal del mismo.

Por eso, para realizar este estudio, fue necesario adoptar algún punto de partida que sirva como base para introducir estos fenómenos, en cuanto observables clínicos, en una relación fructífera con los conceptos del psicoanálisis. Para ello, tuvimos que trabajar en definir con la mayor precisión y apertura posible cuál sería el objeto de estudio de esta indagación. Adoptamos, entonces, una determinada definición de autolesión, que no solo sirvió para incluir fenómenos al estudio, sino también para descartar algunos otros que suelen aparecer entremezclados con ellos, pero que conviene separar. De esta forma, propusimos establecer al fenómeno de autolesión no suicida como un campo incipiente y prolífico de estudio para el psicoanálisis.

Formular el abordaje metodológico de la presente indagación también constituyó un importante desafío, ya que no es común encontrar en los autores psicoanalíticos una explicitación acerca de cómo realizar una investigación de estas características. Así que se recurrió a tomar elementos metodológicos de diferentes autores para poder armar una aproximación a medida, con respeto al proceso investigativo que fue llevado a cabo.

El objetivo general que nos propusimos de este trabajo consistió en *realizar una contribución al saber clínico referido a las distintas funciones subjetivas que pueden tomar los fenómenos de autolesión sin intención suicida*. Esta contribución se realizó a partir de poner al fenómeno de estudio en relación con diferentes conceptos de la teoría psicoanalítica y, con ello, dar cuenta de que estos fenómenos pueden cumplir distintos papeles para la subjetividad de quien los ejecuta.

Por su parte, este propósito general se cumplió a través de la realización de ciertos objetivos específicos que a continuación mencionaremos:

1.- El primero consistió en *adoptar una definición de autolesión y delimitar el campo de los fenómenos autolesivos no suicidas con respecto a otros fenómenos que presentan elementos similares*.

Como ya se dijo, luego de realizar una trabajosa revisión de términos y sus diferentes significados, finalmente adoptamos la denominación de “autolesión no suicida” para aludir al fenómeno estudiado. Además, definimos “autolesión” tomando el significado que brinda el Diccionario de la Real Academia Española (2014): “daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo”. Luego, aclaramos cómo se concebiría la cuestión de la *voluntad* del acto lesivo, para poder determinar la inclusión o no de ciertos fenómenos dentro del campo de estudio.

Asumimos la noción de sujeto propia de nuestro marco teórico -en cuanto sujeto del inconsciente-, y la noción de *voluntad* como un determinado posicionamiento subjetivo en relación al acto lesivo. Así, un acto lesivo del propio cuerpo es considerado voluntario cuando el sujeto puede reconocerse internamente como el autor del comportamiento que conduce a la lesión y, además, asume la intención de haberse querido provocar la lesión mediante dicho comportamiento. Todo esto más allá de que el sujeto pueda reconocer o no el fundamento o la motivación de ese comportamiento.

Estas asunciones permitieron circunscribir el campo de los fenómenos autolesivos no suicidas dejando fuera a ciertos fenómenos que en muchos casos son confundidos con aquellos: (a) lesión accidental, (b) lesión indirecta involuntaria, (c) lesión psicósomática, (d) lesión no voluntaria asociada a trastorno motor estereotipado, (e) lesión no voluntaria asociada a comportamiento compulsivo.

2.- El segundo objetivo específico propuesto fue *realizar un ordenamiento interno del campo de los fenómenos de autolesión no suicida a partir de la diversidad de funciones subjetivas que los mismos pueden tomar.*

Dado que para el psicoanálisis lo relevante es la subjetividad del hablante, para ordenar el campo de las autolesiones no suicidas, elegimos, como criterio fundamental, diferenciarlas considerando la función subjetiva que el fenómeno podía cumplir.

Sin pretender agotar todas las posibilidades funcionales de los fenómenos de autolesión no suicida, propusimos un ordenamiento de las más frecuentes.

Asimismo, consideramos que, a pesar de las diferencias entre las funciones propuestas, se pueden encontrar muchos aspectos intrincados entre ellas. En la construcción de este ordenamiento tuvimos en cuenta, a modo de indicios, los aportes hallados en las elaboraciones de S. Freud, J. Lacan y otros autores psicoanalíticos contemporáneos. El ordenamiento propuesto es el siguiente:

- 1.- Autolesión agresiva
2. Autolesión por beneficio legal
3. Autolesión como signo socio-cultural
4. Autolesión como marca significativa identificatoria
5. Autolesión como tratamiento del retorno en lo real en la psicosis
6. Autolesión erógena
7. Autolesión como significativa sustitutivo en el que retorna lo reprimido
8. Autolesión como *acting-out*

9. Autolesión como demanda
10. Autolesión por imitación o “contagio” psíquico
11. Autolesión como identificación imaginaria
12. Autolesión como alivio afectivo
13. Autolesión restitutiva del yo-cuerpo

Las últimas dos categorías aludidas corresponden a formulaciones novedosas y dan cuenta de los fenómenos autolesivos que presentan mayor interés en la actualidad. Por tanto, el trabajo de tesis se enfocó, luego, primordialmente en esas dos.

Conceptualizamos a la *autolesión como alivio afectivo* como una autolesión cuyo elemento principal radica en el efecto inmediato de alivio que provoca sobre el sufrimiento psíquico. La herida y/o el dolor activa procesos psíquicos que modifican la economía libidinal, operando como “distractores” frente al sufrimiento que el yo quiere calmar. Esa distracción corresponde a un desplazamiento redistributivo de interés y libido desde una representación y/o proceso psíquico hacia otro. La lesión genera un polo con la suficiente fuerza para atraer sobre sí el exceso energético y, así, disminuye la sobreconcentración que se encuentra vinculada con la génesis del sufrimiento psíquico.

La *autolesión restitutiva del yo-cuerpo* es definida como una autolesión que cumple con la función de provocar el sentir corporal y, consecuentemente, recuperar el sentimiento yoico. El sentir corporal se alcanza a través de las sensaciones que se producen en la superficie corporal inducidas por la lesión. Mediante la autolesión se consigue percibir sensaciones corporales provenientes del dolor y/o del fluir de su sangre, lo cual ayuda a restituir el sentimiento yoico. Los sujetos refieren que ese comportamiento les devuelve la sensación de ser yo, de estar vivos, de existir y/o de recuperar su cuerpo. Tal recuperación suele producirse frente a sentimientos de despersonalización, pérdida de límites yoicos, de sentirse “muerto” -en el sentido de una significativa desconexión con el mundo-, insensibilidad, anestesiamiento y/o entumecimiento corporal.

La autolesión como alivio afectivo y la autolesión restitutiva del yo-cuerpo son funciones que pueden darse juntas, ya que presentan algunos elementos en común relativos a sus efectos en la redistribución libidinal. En ambas podemos hallar el registro inmediato -a nivel subjetivo consciente- de un alivio logrado a partir de la autolesión. Son funciones compatibles entre sí.

Cuando se persiguen estas funciones, lo más habitual es que los actos lesivos se realizan en soledad, en lugares como el baño o el dormitorio, y es común que se pretenda

ocultar sus marcas o registros corporales. Lo más frecuente es que consistan en lesiones superficiales que no revisten gravedad o riesgo vital. Los lugares del cuerpo donde se realizan las lesiones suelen ser los antebrazos, los muslos y el abdomen. No suelen implicar al rostro, ni mutilaciones, ni la destrucción irreversible de algún órgano.

Los sujetos que recurren a estos dos tipos de funciones de la autolesión suelen ser conscientes de que sus comportamientos serán incomprendidos por los demás. Lo común es el sentimiento de vergüenza por esos actos, o bien suponer que serán juzgados negativamente. Estas autolesiones son difíciles de comprender para los demás, ya que presentan un contenido paradójico para el sentido común: a pesar de la crudeza de la lesión corporal, tienen una función asociada a la recuperación homeostática a nivel psíquico.

3.- El tercer objetivo específico propuesto consistió en *utilizar la presentación de casos como contribución al fundamento del ordenamiento interno del campo de los fenómenos de autolesión no suicida.*

Debido a que muchas de las elaboraciones teóricas sobre los fenómenos de autolesión no suicida realizadas por autores psicoanalíticos contemporáneos no se encontraban acompañadas por ejemplificaciones o casos en los cuales las mismas podrían observarse o verificarse, nosotros asumimos, como una modalidad superadora de esa falencia, el objetivo de que nuestra propuesta pueda fundarse no sólo en la coherencia teórica sino también en el estudio y presentación de casos.

Así es como cada una de las funciones subjetivas propuestas para el fenómeno de autolesión no suicida cuenta con nuestra elaboración conceptual y, también, es acompañada por los correspondientes casos, elaborados al modo de viñetas, en los cuales se encuentra presente en forma predominante la función expuesta. La viñeta rescata al máximo el texto del protagonista de la autolesión, ya que allí se encuentran los elementos que permiten acercarnos a la lectura de la subjetividad.

Para cada categoría funcional formulada se mostraron distintos casos. Esto contribuyó a la producción del *saber clínico* sobre el fenómeno al tornar presente una regularidad funcional en los mismos, más allá de su propia singularidad mostrada en otros niveles.

4.- El cuarto objetivo específico propuso *elaborar los fundamentos teóricos correspondientes a las funciones subjetivas novedosas del ordenamiento presentado y establecer sus relaciones con la angustia y los procesos de duelo.*

Se expusieron los fundamentos teóricos psicoanalíticos de la función de alivio afectivo de la autolesión recurriendo a las propuestas freudianas sobre el dolor, tanto físico como psíquico. Se concibió a la herida y/o al dolor corporal -provenientes de la autolesión- como elementos que pueden desviar hacia sí importantes cargas energético libidinales y, de esa forma, deshacer los procesos que se encuentran en la génesis del afecto que se quiere aliviar.

Este desplazamiento no se produce a partir de una articulación de sentido entre ambas representaciones o procesos. No se constituye como una sustitución metafórica. La representación o proceso abandonado tampoco sucumbe a la represión. En este sentido, el proceso mencionado no conduce a una manifestación del inconsciente y evidencia falencias subjetivas en términos simbólicos.

Para la fundamentación psicoanalítica de la función subjetiva de restitución del yo-cuerpo de la autolesión, apelamos a las nociones freudianas del “yo-cuerpo” y de “restitución”, destacamos el papel que juegan el dolor y las sensaciones corporales -junto con la asunción de la imagen especular- en la configuración del sentimiento yoico, y enfatizamos la importancia que tiene la libido narcisista para realzar el sentimiento de sí. Además, recalcamos la importancia del sentimiento de ser uno, de existir, de sentir y ver el cuerpo vivo, como fundamentos del sentimiento yoico. Considerando todo lo anterior, situamos al registro real del cuerpo en la vía que proviene del cuerpo sentido.

Así quedó justificado que la autolesión puede permitir al sujeto la reconstrucción del sentimiento yoico, al recuperar las propias representaciones o imágenes corporales derivadas de las sensaciones provenientes de la superficie corporal. El sentir corporal, inducido por la autolesión, se corresponde con una concurrente libidinización que recupera las representaciones yoicas.

Para terminar con este objetivo específico, realizamos un recorrido por las nociones de angustia y de duelo, tanto desde las formulaciones de S. Freud como de J. Lacan, lo que nos permitió establecer relaciones entre esas nociones y las dos funciones novedosas de la autolesión. Tales relaciones condujeron a postular determinadas particularidades subjetivas que sustentarían la aparición de estos fenómenos. Así, conjeturamos la presencia de una subjetividad melancolizada, con ciertas condiciones específicas en sus procesos de constitución, en la que esos fenómenos autolesivos

contrarrestan las irrupciones de angustia, dolor y/o problemas yoicos, en la búsqueda de recuperar una relativa homeostasis psíquica.

Desde los conceptos freudianos, postulamos que los fenómenos de autolesión con las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo se producen en sujetos que presentan un trasfondo psíquico de dificultad para procesar pérdidas. Dichas pérdidas tienen valor traumático para su subjetividad y perturban de manera enfermiza su distribución libidinal. El dolor psíquico y la angustia, tan intensos en estos sujetos, se originan en esta condición.

Esas pérdidas consisten en afrentas narcisistas suscitadas en los vínculos con padres, amigos, parejas y/o en fracasos en sus aspiraciones o posesiones. En los tiempos instituyentes, se ha ocasionado una problemática en su constitución narcisista. No se han constituido plenamente en un lugar idealizado de amor ofrecido por los padres. De esta forma, las pérdidas retornan a estos sujetos a su malogrado narcisismo y desembocan en los comportamientos autolesivos como vía de solución al dolor, la angustia y los problemas yoicos que pueden producirse.

Estos sujetos viven en una permanente frustración por no alcanzar ser algo “amable” para alguien. Son altamente demandantes de amor en sus relaciones con los demás y presentan recurrentes quejas de abandono, decepción, daño, etc. Tienen problemas para hacer un duelo “normal”, porque en ellos no se trata de “pérdidas normales”, debido al alto impacto que las mismas presentan para su endeble constitución narcisista.

Considerando aportes lacanianos, hemos postulado que los fenómenos de autolesión con la función de alivio afectivo y/o de restitución del yo-cuerpo se enfrentan al avance del goce mediante una intervención que presenta un predominio real, vale decir, a través de la generación de sensaciones y dolor corporal. Como consecuencia de sus carencias simbólicas, ante este avance de lo real, sentido como angustia y/o dolor psíquico, y que puede llegar a afectar la organización narcisista, el sujeto responde también con una intervención real a través de la cual consigue el alivio y/o la recuperación momentánea de los límites del yo. De esta forma, el sujeto “resuelve”, provisoriamente, la situación mediante el ardid de la autolesión sin recurrir al Otro.

Los sujetos que recurren a la autolesión de alivio afectivo y/o de restitución del yo-cuerpo presentan muchas dificultades para conformar una posición fantasmática estable, en la que se ubican como la falta de alguien. Se encuentran en una situación subjetiva al modo de un duelo que no se termina de realizar.

Un proceso de duelo se desencadena cuando el sujeto pierde la posición de estar en el lugar de la falta del Otro y, por tanto, de estar alcanzado por su deseo. Lo que encontramos en el discurso de estos sujetos son sus recurrentes caídas al costado del deseo del Otro, como consecuencia de alguna vivencia sufrida subjetivamente como rechazo o abandono.

Presumimos que algo del deseo que alojó al sujeto en los tiempos instituyentes ha fracasado. Un deseo que ofreció una morada fallada. La mirada del Otro que sostuvo al sujeto en tiempos constitutivos reflejó una perturbadora imagen especular en la que el amor estuvo trunco. De manera que, asumir cabalmente la posición de yo ideal, fue una tarea imposible para el sujeto. Esta particular situación pareciera reeditarse posteriormente ante cada vivencia subjetiva de pérdida.

B.- Limitaciones, sugerencias y relevancia

A pesar de las contribuciones realizadas por esta investigación al tema de la autolesión no suicida, es factible mencionar algunos aspectos que no fueron profundizados y que podrían ser abordados en futuras investigaciones. Asimismo, es posible aludir a la relevancia de estos hallazgos en la comprensión del fenómeno con respecto a una orientación de posibles estrategias y acciones clínicas.

Un aspecto que hemos destacado, a partir de la lectura de los autores psicoanalíticos contemporáneos, es la importancia con que aparece la cuestión de la adolescencia en relación al fenómeno de autolesión no suicida. Este aspecto también se da en el campo descriptivo al mencionarse que es la adolescencia el momento típico durante el cual estos fenómenos se inician.

Para el caso específico de los fenómenos autolesivos con las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo, la relación preponderante con la adolescencia parece sostenerse. A pesar de que, en algunos aportes de autores psicoanalíticos, aparece cierta conexión entre la autolesión no suicida y algún proceso psicológico de la adolescencia²⁷, pensamos que este tema aún se encuentra poco indagado y que una mayor comprensión de los fenómenos autolesivos, como así también de otros que son

²⁷ Véase, por ejemplo M. Recalcati (2003) y G. López (2014), quienes remiten a que el Otro contemporáneo no ofrece al adolescente las condiciones ritualizadas para una simbolización que permita pacificar el goce, lo cual derivaría en diferentes fenómenos como la autolesión no suicida.

importantes durante ese momento constitutivo, pueda contribuir a un mejor entendimiento del pasaje adolescente.

Otra dimensión que pensamos requiere de una mayor indagación es la relación predominante que parece presentarse entre los fenómenos de autolesión (con la función de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo) y las mujeres. Tal predominio se destaca en los dichos de algunas autoras psicoanalíticas²⁸, en el conocimiento aportado desde el campo descriptivo y en los casos expuestos en esta tesis. Al respecto, como intento de explicar esta preponderancia, sólo tenemos el aporte de S. Ons (2016), quien menciona que en la mujer la barrera de protección antiestímulo -que presenta relación con la castración- es más laxa que en el varón y, por ello, debe construir recursos para no quedar tan expuesta a la ausencia del otro que la expone a la angustia. Por otra parte, la explicación que brinda M. Recalcati (2003) de la autolesión no suicida como un comportamiento masoquista que constituye una variante del rechazo histérico del cuerpo²⁹, corresponde a lo que nosotros hemos conceptualizado como una autolesión con función agresiva.

Otro desafío al cual se ve expuesto el conocimiento sobre el fenómeno autolesivo, particularmente en lo correspondiente a las funciones de alivio afectivo y de restitución del yo-cuerpo, refiere a la explicación del aumento de su ocurrencia en los últimos tiempos. En lo concerniente a este interrogante, y en base a algunos de los indicios hallados en el recorrido que hemos realizado, pensamos que un factor que estaría contribuyendo a ello puede hallarse en ciertas características de la época actual que pueden ser favorecedoras del fenómeno.

Además de los aportes de los autores que ya hemos mencionado, que remiten a una época caracterizada por una declinación de la función paterna o un declive del Otro simbólico en cuanto regulador del goce³⁰, nos interesa mencionar ciertas consideraciones de G. Pommier (2002) y de S. Žižek (2005), quienes expresan la incidencia de la “virtualización” en la producción de fenómenos autolesivos actuales.

²⁸ Véase, por ejemplo, I. Arango-Álvarez (2015), D. Amadeo de Freda (2016) y S. Ons (2016) quienes, desde su experiencia clínica, afirman la exclusividad o mayor frecuencia del fenómeno de autolesión no suicida en la mujer.

²⁹ Para estas consideraciones el autor concibe a la histeria como efecto de la dificultad del sujeto femenino para “tomar cuerpo” en el momento de la constitución de la imagen narcisista.

³⁰ Véase, por ejemplo, A. Santiere (2003), J. Dartiguelongue (2012), D. Amadeo de Freda (2016) y G. López (2014).

G. Pommier refiere que, en la actualidad posmoderna, ciertas prácticas corporales³¹ adquieren una nueva funcionalidad consistente en que el dolor y la “tortura” de las mismas consigan hacer “sentir vivir un cuerpo que se ausenta” (p. 71), lograr que el cuerpo “entre en sí mismo”. El autor afirma que esta vivencia del cuerpo que se ausenta debe comprenderse como una de las consecuencias de la virtualización -relativa al crecimiento tecnológico- característica del momento social actual.

Parece importante indagar esta aludida característica de la época, ya que, según se ha mencionado, induciría la necesidad de ejercer cierta función psicológica novedosa sobre el cuerpo, mostrando un gran parecido con lo que nosotros hemos conceptualizado como la función restitutiva del yo-cuerpo de la autolesión. En línea con esto, ya hemos mencionado el aporte de S. Žižek (2005), quien ubica al *cutting* como un fenómeno paralelo a la virtualización del entorno, de manera que el mismo consiste en un intento de recuperar un asentamiento firme del yo en la realidad corporal.

Un aspecto que no formó parte de los objetivos de esta tesis, pero que puede mencionarse como elemento de relevancia, corresponde a las posibles implicancias sobre el trabajo clínico que pueden tener estas contribuciones al saber acerca del fenómeno de autolesión no suicida.

Para superar propuestas clínicas que apuntan sólo a suprimir estos fenómenos, en aquellos casos en los que un sujeto lleve a un tratamiento analítico la posibilidad de trabajar sobre autolesiones que respondan a la función de alivio afectivo o de restitución del yo-cuerpo, el analista podría orientarse considerando la hipótesis de estar ante una subjetividad melancolizada, en relación con la cual esa autolesión se ubica como uno entre otros de sus posibles efectos. Es decir, un sujeto con dificultades para la elaboración simbólica de las afrentas yoicas de las cuales derivan su empobrecimiento yoico y afectos intolerables de dolor y angustia, que son combatidos mediante la autolesión, al modo de un intento de recuperar la homeostasis psíquica. El análisis podría propiciar -mediante el trabajo sobre las identificaciones- que se permita el velamiento fantasmático del objeto tras la imagen especular, permitiendo que el sujeto adquiriera la posibilidad de circular de forma más estable por el lugar de ser la falta del Otro. Sin embargo, pensamos que esta propuesta podría ser repensada o matizada en función de

³¹ Se refiere a diferentes prácticas, por ejemplo, el denominado *body art* (arte corporal) o el *body modification* (modificación corporal), el tatuaje, el *piercing*, las escarificaciones, etc.

los aportes que provengan de los estudios que profundicen la relación de los fenómenos autolesivos con la mujer y la adolescencia.

De todas maneras, en base a los descubrimientos realizados, podemos sostener que, para el trabajo clínico con sujetos que presenten estos fenómenos, parece ser de crucial importancia considerar que los mismos, más allá de los malestares que podrían acompañarlos, constituyen recursos que tienen un importante valor subjetivo estabilizador, que es difícil abandonar sin haber conseguido otros cambios psíquicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akyuz, G. y col. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and selfmutilativ behavior among women in the general population. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(3), 268-273.
- Alderman, T. (1997). *The scarred soul. Understanding and ending self-inflicted violence*. New Harbinger Publications.
- Allouch, J. (1984). *Letra por letra*. Edelp.
- Altayrac, P. B. (s/f). Melancolizaciones: un mal lugar del sujeto en el deseo del Otro. En *Nudos en Psicoanálisis. Revista de Psicoanálisis del Centro Dos*. Año II. Número 2. Versión on-line. <http://revistanudos.com.ar/index.html>
- Amadeo de Freda, D. (2015). *El adolescente actual. Nociones clínicas*. UNSAM EDITA.
- Amadeo de Freda, D. (2016). Pubertad, adolescencia y estructura. *Virtualia Revista digital de la EOL*. Enero de 2016. Año 10. Nro. 31. pp. 55-57.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Médica Panamericana.
- Andrews, T. C. y col. (1997). Self-mutilation and malingering among cuban migrants detained at Guantanamo Bay. *The New England Journal of Medicine*, 336(17), 1251-1253.
- Arango-Álvarez, I. (2015). *Self-injury ¿Tratamiento de lo real por lo imaginario?* VII ENAPOL. San Pablo, Brasil. <https://enapol.com/vii/isolda-arango-alvarez-self-injury-tratamiento-de-lo-real-por-lo-imaginario/>
- Arroyo-Cobo, J. M. (2015). A propósito de un caso de autolesión en un enfermo psicótico. *Rev Esp Sanid Penit*, 17: 33-34.
- Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). *Diccionario de Americanismos*. Versión electrónica. <https://www.asale.org/damer/>
- Assoun, P-L. (1994). *Introducción a la metapsicología freudiana*. Paidós.
- Azaretto, C. y col. (2014). *Investigar en psicoanálisis*. JCE Ediciones.
- Belçaguy, M. N. (2012). Adolescentes que se autolesionan. ¿Tramitación de la angustia? En Barrionuevo, J. (comp.) *La angustia en la clínica con adolescentes*. EUDEBA.

- Briere, J. y Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(4), 609-620.
- Brown, R. (2005). *Deuteronomio*. Publicaciones Andamio.
- Buchanan, V. (2009). Bordeando la histeria II. En *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Bulacio, B. (1986). *De la drogadicción*. Paidós.
- Canal Roxy (25 de julio de 2014) ¿Por qué tengo cicatrices en las piernas? #StoryTime Roxy Spiders. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=dVWAnr6drLQ>
- Canals, E. (1978, 12 de mayo). Tras las numerosas autolesiones, normalidad en la cárcel Modelo de Barcelona. Diario El País. https://elpais.com/diario/1978/05/13/sociedad/263858410_850215.html
- Cancina, P. H. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Homo Sapiens Ediciones.
- Casado Marin, L. C. (2008). Cuando de la herida emana lo que de la boca es silenciado: símbolos y significados de las prácticas autolesivas entre los jóvenes. En Romaní, O.; Larrea, C. y Fernández, J. (coords.) *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, Ankulegi Antropologia Elkartea [en línea] «www.ankulegi.org». Consultado el 05-01-2012.
- Casado Marin, L. C. (2011). *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes*. Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. España. (<http://hdl.handle.net/10803/37364>)
- Cernadas, J. (2009). Verito, o una adolescente en busca de su identidad. En Janin, B. y Kahansky, E. (comps.) *Marcas en el cuerpo de niños y adolescentes*. Noveduc.
- Chapman, A. L. y col. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006 Mar;44(3):371-94.
- Collins (s.f.). Diccionario de inglés-español de consulta en línea. <https://www.collinsdictionary.com/es/diccionario/ingles-espanol>
- Cortez-Vergara, C y col. (2012). Automutilaciones en pacientes psicóticos: reporte de dos casos inusuales. *Rev Neuropsiquiatr*, 75 (3).

- Dartiguelongue, J. (2012). *El sujeto y los cortes en el cuerpo*. Letra Viva.
- Dehouve, D. (2010). Ritos sangrientos. *Revista Letras Libres*. Nro. 133. Enero de 2010.
<https://www.letraslibres.com/mexico/ritos-sangrientos>
- Diario de Avisos (2017, 5 de mayo). Una mujer se autolesiona en su trabajo para cobrar el seguro y le sale mal la jugada.
<https://diariodeavisos.elespanol.com/2017/05/una-mujer-se-autolesiona-trabajo-cobrar-seguro-le-sale-mal-la-jugada/>
- Doshi, A. y col. (2005). National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of Emergency Medicine*. 46(4), 369-375.
- Dotzauer, G. e Iffland, M. (1976). Self-mutilations in private-accident-insurance cases. *International Journal of Legal Medicine*. 77(4), 237-288
- El Boletín (2013, 9 de enero) Fans de Justin Bieber se autolesionan para ‘castigar’ al cantante por fumarse un porro. <https://www.elboletin.com/contraportada-67819-fans-justin-bieber-autolesionan-porro-html/>
- El Tribuno (2014, 4 de junio). Adolescentes salteños se produjeron autolesiones por Justin Bieber. <https://www.tribuno.com/salta/nota/2014-6-4-13-35-0-adolescentes-saltenos-se-produjeron-autolesiones-por-justin-bieber>
- Favazza, A. R. (1987/1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 186(5), 259–268.
- Favazza, A. R. y col. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 19(4), 352-362.
- Favazza, A. R. y Conteiro, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community and Mental Health Journal*. 24(1), 22–30.
- Favazza, A. R. y Conteiro, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 79(3), 283-289.
- Favazza, A. R. y Rosenthal, R. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioral Neurology*, 3, 77-85.
- Favazza, A. R. y Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.
- Freud, S. (1895a/1986). Manuscrito G. Melancolía. Obras Completas. Vol. I. 2da. edición. Amorrortu.

- Freud, S. (1895b/1986). Proyecto de psicología. Obras Completas. Vol. I. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1895c/1985). Estudios sobre la histeria. Obras Completas. Vol. II. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1895d/1986). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. Obras Completas. Vol. III. 2da. Amorrortu.
- Freud, S. (1896/1986). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. Obras Completas. Vol. I. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1897/1986). Manuscrito N. Obras Completas. Vol. I. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1901/1986). Psicopatología de la vida cotidiana. Obras Completas. Vol. VI. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1909/1986). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. Obras Completas. Vol. X. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1911/1986). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Obras Completas. Vol. XII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1984). Introducción al narcisismo. Obras Completas. Vol. XIV. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1915a/1984). La represión. Obras Completas. Vol. XIV. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1915b/1984). De guerra y muerte. Temas de actualidad. Obras Completas. Vol. XIV. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-17/1984). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Vol. XV y XVI. (1984). Amorrortu.
- Freud, S. (1917a/1984). Duelo y melancolía. Obras Completas. Vol. XIV. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1917b/1984). Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. Obras Completas. Vol. XIV. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1919a/1986). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? Obras Completas. Vol. XVII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1919b/1986). Lo ominoso. Obras Completas. Vol. XVII. 2da. edición. Amorrortu.

- Freud, S. (1920/1984). Más allá del principio del placer. Obras Completas. Vol. XVIII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1921/1984). Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas. Vol. XVIII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1923a/1984). Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido. Obras Completas. Vol. XVIII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1923b/1984). El yo y el ello. Obras Completas. Vol. XIX. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1924a/1984). Neurosis y psicosis. Obras Completas. Vol. XIX. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1924b/1984). El problema económico del masoquismo. Obras Completas. Vol. XIX. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1926/1986). Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. Vol. XX. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1930/1986). El malestar en la cultura. Obras Completas. Vol. XXI. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1933/1986). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras Completas. Vol. XXII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1938/1986). Esquema del psicoanálisis. Obras Completas. Vol. XXIII. 2da. edición. Amorrortu.
- Freud, S. (1962). Carta a S. Ferenczi (04/02/1920). En *Sigmund Freud. Epistolario 1873-1939*. Biblioteca Nueva.
- Fulwiler, C. y col. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(1), 69-77.
- Gallo, H. y Ramírez, M. E. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Grama.
- Gil Hernández M. A. y col. (2004). Intento de autoenucleación: un caso incompleto de edipismo. *Arch Soc Canar Oftal*, 15: 135-138.
- Goldstein, M. (2008). Cutting: una práctica de nuestro tiempo. *Letra Urbana*. Revista digital. Edición 11. <http://letraurbana.com/articulos/cutting-una-practica-de-nuestro-tiempo/>
- Iammatteo, M. I. (2014). Otra marca posible. En Laurent, E. y otros. *Cuerpos que buscan escrituras*. Paidós.

- Joucla, J. (2010). Cortes significantes. En J-A. Miller y otros. *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Paidós.
- Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana. 8a edición.
- Klimowsky, G. (1997). *Las desventuras del conocimiento científico*. A-Z editora.
- Kumar, G. y col. (2004). Adolescent psychiatric inpatients self-reported reasons for cutting themselves. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192(12), 830-836.
- Kury, J. A. y Pérez, C. D. (1977). *Desarrollos en psicopatología psicoanalítica*. Letra Viva.
- La Banda Diario (2014, 15 de junio). Alumnas se autolesionan por reconocido cantante internacional. <https://labandadiario.com/alumnas-se-autolesionan-por-reconocido-cantante-internacional/>
- Lacan, J. (1974/1975). Seminario RSI. Clase 10-12-74. Inédito.
- Lacan, J. (1984). La agresividad en psicoanálisis. En *Escritos I*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984) El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1985) Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos*. Manantial.
- Lacan, J. (1988). La tercera. En *Intervenciones y textos 2*. Manantial.
- Lacan, J. (1999). *Seminario 11 (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2003). Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista. En *Escritos II*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). *Seminario 10 (1962-63). La angustia*. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Latini, C. (2006). Abzurdah. *La perturbadora historia de una adolescente*. Planeta.
- Laurent, E. y otros (2014). *Cuerpos que buscan escrituras*. Paidós.
- Lauru, D. (2004). *La locura adolescente*. Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2019). *La piel y la marca. Acerca de las autolesiones*. Topía Editorial.
- Le Breton, D. (2020). *Experiencias del dolor: entre la destrucción y el renacimiento*. Topía Editorial.
- Levenkron, S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming self-mutilation*. Norton.
- Lieberman, R. y Poland, S. (2006). Self-Mutilation. In Bear, G. G. & Minke, K. M. (Eds). *Children's needs III: Development, prevention, and intervention*. (pp. 965-976). National Association of School Psychologists. x, 1106 pp.
- López, G. (2014). Lo que quema del cuerpo en la adolescencia. *Virtualia Revista digital de la EOL*. Noviembre de 2014. Año XIII. Nro. 29. pp. 99-101.

- López, H. (2003). *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Lazos.
- Martínez, H. (2006). Ensayos sobre la investigación en psicoanálisis. *Rev. Perspectivas en Psicología*. Vol. 3. Nro.1. Fac. de Psicología. UNMDP. pp. 35-43. Noviembre 2006.
- Matsumoto, T. y col. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 58(2), 191-198.
- Matsumoto, T. y col. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(3), 319-326.
- Miller, J-A. y otros (2010). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Paidós.
- Müller, E. (2010). Me gusta ese tajo. *Revista Topía. Psicoanálisis, sociedad y cultura*. Año XX. Nro. 60. pp. 22-23. <https://www.topia.com.ar/articulos/como-trabaja-con%E2%80%A6-autoagresiones>
- Nasio, J-D. (2001). *Los más famosos casos de psicosis*. Paidós.
- Nasio, J-D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Paidós.
- Nasio, J-D. (2011). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil?* Paidós.
- Ons, S. (2016). *Amor, locura y violencia en el siglo XXI*. Paidós.
- Pattison, E. y Kahan, M. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Penn, J. V. y col. (2003). Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 762-769.
- Pinilla, M. (2021). Esther empezó a autolesionarse con 15 años: "Lo hacía para soltar la tensión y poder sentir algo". Portal Yasss: https://www.yasss.es/psicologia/autolesiones-testimonio-joven_18_3219048894.html
- Pommier, G. (2012). *Los cuerpos angélicos de la posmodernidad*. Nueva Visión.
- Real Academia Española (2014). Diccionario de la lengua española. 23.^a edición. Versión en línea. <https://www.rae.es/>
- Recalcati, M. (2003). *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Reece, J. (2005). The language of cutting: initial reflections on a study of the experiences of self-injury in a group of women and nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 571-574.
- Reisfeld, S. (2004). *Tatuajes. Una mirada psicoanalítica*. Paidós.

- Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(3), 134-141.
- Rojas-Zapata, A., Enríquez-Eraso, O., y Carvajal-Guzmán, G. (2020). El Otro y la dinámica de la fantasía en la autolesión cutánea. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 12(1), 179-202.
- Rosen, P. M., y Walsh, B. W. (1989). Patterns of contagion in self mutilation epidemics. *American Journal of Psychiatry*, 146, 656-658.
- Ross, R. R. y McKay, H. B. (1979). *Self mutilation*. Lexington Books.
- Saadoun, Z. (2012). *Cien cicatrices*. Sudamericana.
- Santiere, A. (2003). Letra con sangre... descarna lo simbólico. *Revista Imago Agenda*. Nro. 75. Letra Viva. pp. 20-22.
- Simeon, D. y Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. En D. Simeon, & E. Hollander (eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1–28). American Psychiatric Publishing.
- Soler, C. (1989). *Estudio sobre las psicosis*. Manantial.
- Soler, C. (2009). *La querrela de los diagnósticos*. Letra Viva.
- Stake, R. E. (2010). *Investigación con estudio de casos*. Quinta edición. Morata.
- Storchi, A. (2005). Cortes en el cuerpo. En Millán, E. G. (coord.) *Preguntas de la clínica. Investigación*. El megáfono.
- Sujoy, O. (2020). Catástrofes vinculares. Impulsiones en las adolescencias. En Morici, S. y Donzino, G. (comps.) *Problemáticas adolescentes*. Edición digital. Noveduc.
- Tomasini, A. y Rodríguez C. P. (2006). De un corte que no sea en el cuerpo. En *Paradigmas, Métodos y Técnicas, memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Tomo II, pp. 479-81.
- Visa, E. (2014, 8 de junio). Se sierra una pierna para cobrar del seguro. *El periódico de Aragón*. <https://www.elperiodicodearagon.com/sociedad/2014/06/08/sierra-pierna-cobrar-seguro-47289991.html>
- Walsh, B. W. y Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. Guilford.
- Williams, J. C. (2005). Working with young women who self-injure: A qualitative analysis of therapists' experiences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol 66(5-B), 2844.

- Winchel, R. M. y Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148(3), 306–315.
- Yaryura-Tobias, J. A. y col. (1999). Clinical and theoretical issues in self-injurious behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 178-183.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35–74.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar 1*. Brujas.
- Žižek, S. (2005). *Bienvenidos al desierto de lo real*. Akal.
- Zlotnick, C. y col. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296–301.
- Zoroglu, S. S. y col. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57(1), 119-26.

ANEXO

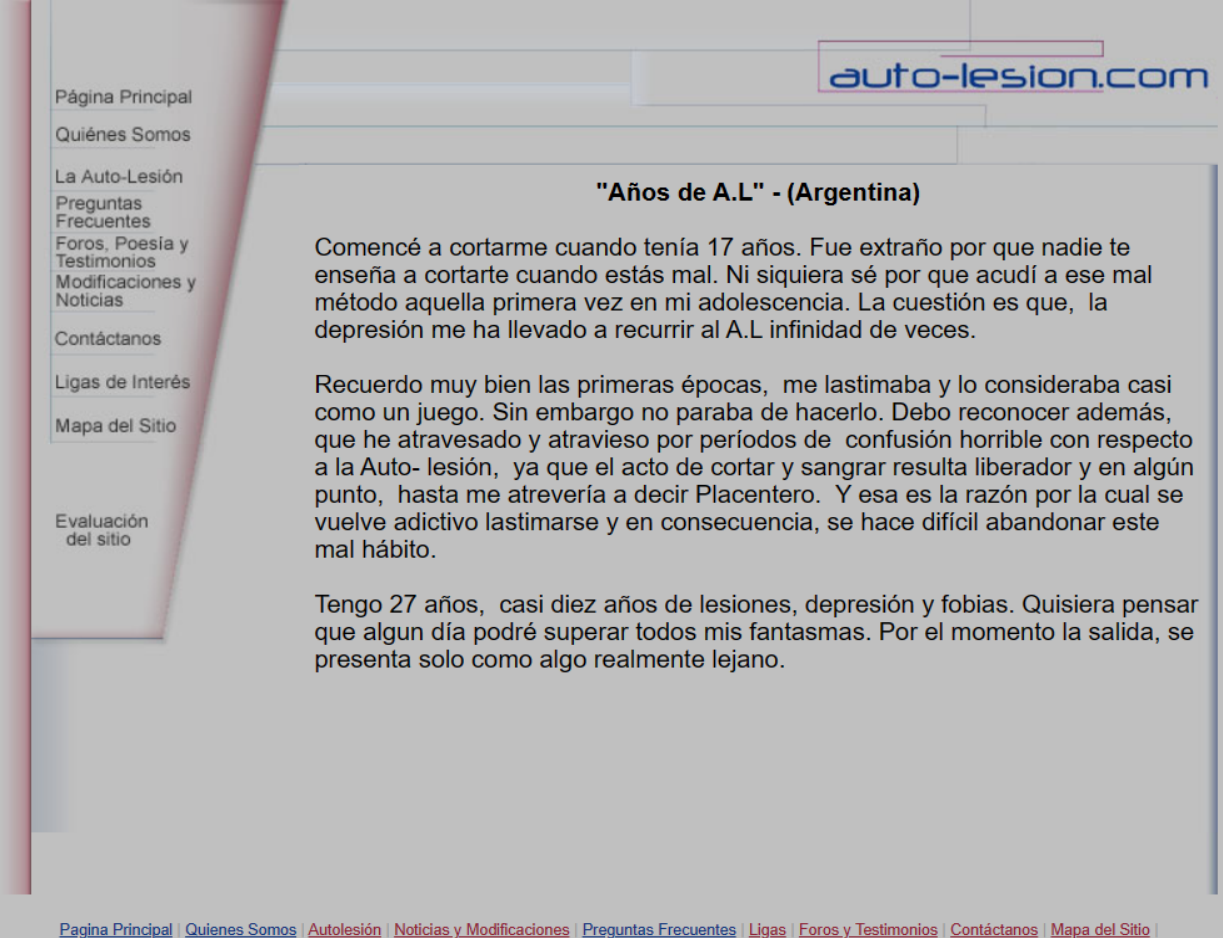
ANEXO

En el transcurso de esta investigación pudimos acceder a una serie de testimonios que se publicaron en un sitio web abierto denominado "auto-lesion.com". Los posts eran libres, en algunos los autores mencionan nombre de pila o seudónimo. De esta manera, pudimos recopilar una serie de testimonios, en el año 2009, que transcribimos en este Anexo y que utilizamos como casos de análisis, dado que el sitio se bajó luego.

A los fines de esta investigación, los testimonios recopilados tienen la ventaja de haber sido posts autónomos en los que el anonimato en la web les permitía una expresión libre, de la que ellos mismos dan cuenta, según puede constatarse en los textos.

El presente Anexo sirve a los fines de que el lector complete la lectura de los casos, si así lo requiere, así como también de fuente documental para la investigación, junto a los demás casos que se citan pertinentemente, tomados de otras fuentes.

En la siguiente imagen puede verse, a modo de ejemplo, el diseño del sitio original y un posteo:



The image shows a screenshot of the website auto-lesion.com. The page layout includes a sidebar on the left with the following navigation links: [Página Principal](#), [Quiénes Somos](#), [La Auto-Lesión](#), [Preguntas Frecuentes](#), [Foros, Poesía y Testimonios](#), [Modificaciones y Noticias](#), [Contáctanos](#), [Ligas de Interés](#), and [Mapa del Sitio](#). Below these links is a section for [Evaluación del sitio](#). The main content area features the website logo at the top right and a testimonial post titled **"Años de A.L." - (Argentina)**. The text of the testimonial is as follows:

Comencé a cortarme cuando tenía 17 años. Fue extraño por que nadie te enseña a cortarte cuando estás mal. Ni siquiera sé por que acudí a ese mal método aquella primera vez en mi adolescencia. La cuestión es que, la depresión me ha llevado a recurrir al A.L. infinidad de veces.

Recuerdo muy bien las primeras épocas, me lastimaba y lo consideraba casi como un juego. Sin embargo no paraba de hacerlo. Debo reconocer además, que he atravesado y atravieso por períodos de confusión horrible con respecto a la Auto-lesión, ya que el acto de cortar y sangrar resulta liberador y en algún punto, hasta me atrevería a decir Placentero. Y esa es la razón por la cual se vuelve adictivo lastimarse y en consecuencia, se hace difícil abandonar este mal hábito.

Tengo 27 años, casi diez años de lesiones, depresión y fobias. Quisiera pensar que algún día podré superar todos mis fantasmas. Por el momento la salida, se presenta solo como algo realmente lejano.

At the bottom of the page, there is a footer with the following navigation links: [Página Principal](#), [Quiénes Somos](#), [Autolesión](#), [Noticias y Modificaciones](#), [Preguntas Frecuentes](#), [Ligas](#), [Foros y Testimonios](#), [Contáctanos](#), and [Mapa del Sitio](#).

Se identifica cada testimonio con un número romano a los fines de ordenar el documento y se transcribe el texto tal y como fue publicado en el sitio.

Testimonio I

“Años de A L” - (Argentina)

Comencé a cortarme cuando tenía 17 años. Fue extraño por que nadie te enseña a cortarte cuando estás mal. Ni siquiera sé por que acudí a ese mal método aquella primera vez en mi adolescencia. La cuestión es que, la depresión me ha llevado a recurrir al A.L. infinidad de veces.

Recuerdo muy bien las primeras épocas, me lastimaba y lo consideraba casi como un juego. Sin embargo no paraba de hacerlo. Debo reconocer además, que he atravesado y atravieso por períodos de confusión horrible con respecto a la Auto-lesión, ya que el acto de cortar y sangrar resulta liberador y en algún punto, hasta me atrevería a decir Placentero. Y esa es la razón por la cual se vuelve adictivo lastimarse y en consecuencia, se hace difícil abandonar este mal hábito.

Tengo 27 años, casi diez años de lesiones, depresión y fobias. Quisiera pensar que algún día podré superar todos mis fantasmas. Por el momento la salida, se presenta solo como algo realmente lejano.

Testimonio II

Cada vez peor

Hola, me permito dar mi testimonio otra vez...

Esto va cada vez peor, mi sentido de la vida cada vez se deteriora al grado de pensar en terminar con todo de una buena vez, cabe mencionar que desde comencé mi adolescencia, siempre he pensado en quitarme la vida, y en la actualidad tengo 23 años, y a nunca he dejado de considerarlo, es cobarde de mi parte querer morir, pero también es cobarde no decidirlo de una vez por todas, supongo que estoy esperando una buena excusa.

Me siento culpable por sentirme así, culpable por defraudar a mi familia y no confiar lo suficiente en ellos para contarles sobre esto, culpable de ser torpe, culpable de ser estúpida, culpable de no ser lo suficientemente hermosa,

culpable de no ser buena hija, culpable de fracasar en una relación sentimental...así podría continuar, siento que soy culpable de todo y que los demás están hartos de mi, que los canso, que soy una molestia, que me ven por compromiso, que en realidad no quieren estar a mi lado, sólo lo hacen por mero compromiso, quisiera dejar de estorbar, de respirar, de sentir, de llorar y de cortarme.

Un día de estos, me da miedo pensarlo, pero en vez de cortarme la piel, terminaré con mis venas un millón de veces lo he pensado, pero me detienen mis padres, el pensar en ellos, pero últimamente no me está importando mucho, estoy muy asustada, no puedo dormir pensando en eso, estoy muy triste, hace meses que estoy así, llorosa, vulnerable, no puedo reír sin inmediatamente después recordar la basura que soy y que siento dentro de mi, son mis demonios que no me dejan en paz, me siguen a todas partes, ESTOY HARTA DE MI!!!

Siento mucho rendir testimonio pero es el único método que tengo de expresar casi como me siento, ya que con NADIE, puedo hacerlo, se me cierra la garganta y debo siempre aparentar que nada me pasa, que estoy bien, que soy feliz, bromista, etc...muriéndome por dentro.

Que Dios me perdone, pero algo he hecho que estoy siendo castigada, y soy culpable de TODO.

Letizia Z.

Testimonio III

Cicatrices

Una vez escuche en una película que “las cicatrices demuestran experiencia”, para mi puede que lo vea de esa forma... pero mas que experiencia..me muestra mi vida, por lo que he pasado, por lo que he vivido, en lo que me he convertido, en la vida que opte tomar..el camino que decidí caminar. Es difícil, ohhhh si que lo es, todo los días se pone peor.

Leí casi todos los testimonios de las personas que los han compartido en esta pagina, y de todos saque lo mismo “a penas se cortan sienten miedo... sienten que todos saben que han hecho”, pues para mi al principio fue así. Mi familia siempre ha querido un prototipo de mi, mi familia me ama, los lastimo cunado yo me lastimo, pero toda su vida se han cegado frente a mis comportamientos repentinos. Yo me corto no porque me de satisfacción, es solo que toda mi vida he dicho que prefiero el daño físico que

psicológico... puedo soportarlo mas. Si, es verdad.. lo haces y luego te das cuenta de todo y como has quedado, pero al menos me ayuda a desviar mis emociones que me provocarían mas daño, que el que puedo detener con un poco de gaza y alcohol. Terminas totalmente concentrada en lo que estas haciendo en cómo corre la sangre, en el dolor que sientes cuando ese cuchillo separa tu piel de su forma actual y le da otros colores a los cuales esta acostumbrado a ver con ojos por dentro.

Yo soy de Chile, y llevo 7 años y medio en esto. ¿Varios años no?... toda una vida así, pero es lo único que me logra tranquilizar por breves momentos. Las noches me atormentan, las mañanas trato de sobrevivir... y es difícil cuando tienes a tanta gente que te quiere, pero que te pone al límite, que quiere mas y mas de ti...que te pone a prueba para ver qué mas puedes hacer “si puede hacer esto.. cómo no va a poder hacer esto”.

Estudio Pedagogía en Educación Parvularia... y esa ha sido mi felicidad, pero no mi felicidad de las 24 hrs. ¿Por qué no?... porque no los tengo las 24 hrs del día para mi, no veo a mis pequeños todo el día.

Miles de veces he intentado de desaparecer, de atentar contra mi vida. Para ser exacta 6 veces. Y de esas 6, siempre ha llegado alguien a auxiliarme, este mes lo he pensado una vez mas, porque no logro vivir mi vida tranquila.

“Complacelos...y luego los culparás”... eso he pensado y no quiero que sea así, complazco a tanta gente con mi compañía pero sin embargo yo no gano nada de ello, y no es que lo haga con esa intención... de esperar algo de alguien.... si no que en ocasiones cuando realizas cosas... acciones de alguna manera te retro alimentas... consigues algo de ello sin haberlo pensando imaginado... ni menos esperado. A mi ni eso me pasa. Dios Santo, paro un momento y leo lo que escribo y me da una tristeza del porte de un buque.

Empecé a cortarme a los 14 años, y a esa misma edad comencé a vomitar... y ahora tengo: bulimia y depresión severa (entre otras cosas).

Quizás el que lea esto que escribí pensara (solo quizás...): “Si esta.. tan mal... que esperanza podría ver aquí de ayuda”... y es que no la quiero, nunca se la he pedido a nadie, creo que una sola vez pedí ayuda, pero fue por la bulimia..porque estaba vomitando sangre y ya no aguantaba... unos cortes no merecen pedir ayuda. No pretendo insinuar a nadie que lo hago, porque no se lo recomiendo a nadie. Llegue a esta página porque por primera vez en mi vida quise enterarme el porqué (mas menos) me cortaba... para ver si le encontraba algún sentido... y salía “la auto flagelación: las personas que se auto flagelan, que se hacen cortes... lo hacen por arrepentimiento” y quede plop!.. ¿sera

tan así?.. pues no lo sé. Siempre he dicho que no quiero vivir mi vida de arrepentimientos... y veo esto y si es tan así.. pues he vivido mi vida al revés de lo que quise vivir. No lo sé.

En fin.. tenía ganas de contar esto, tampoco sé porque. Y lo repito no insisto a nadie a que lo haga, creo que hoy la juventud tiene más que oportunidades, que las que pude yo ver a mis 14 años (ahora tengo 21)... que vivir de esta forma. Creanme que nunca se termina. Como yo.. vives tanto tpo. Encontrando esperanza en esto nada más...que de un día para otro te manden con alguna personas.. recetandote miles de pastillas y aconsejandote y pagándole \$37.000 por consulta... no te sana. Esa persona no ha estado 7 u 8 años contigo viviendo en este agujero negro. Y así sigues tu vida.. mintiéndole a los que te aman incondicionalmente, por cada herida que te pudiste provocar, y que se te paso ocultar.

Chile

Testimonio IV

Capítulo sin Cerrar

Bueno creanme que no es fácil hablar de esto... bueno tengo 16 años y soy de Chile no recuerdo muy bien pero creo que la primera vez que me AL fue cuando tenía 14... solo fueron 1 que otro corte, pero la segunda vez fueron más y más y cada vez aumentaban. lo asía porque me sentía sola, odiaba mi cuerpo y jamás me e sentido querida.

También en algún día pense en suicidarme porque odiaba lo que estaba viviendo. Una vez mi prima (que es psicóloga) me dijo que las personas se suicidaban para producirles daño a la gente que le rodeaban... pues yo jamás quise hacer eso, osea si me suicidaba era porque yo no quería seguir viviendo, jamás para causar daño...

Mientras pasaban los días, mas me odiaba y me AL... incluso me encantaba las cicatrices que quedaban... pero con el tiempo les empece a tener miedo, nos e porque pero lo asía... después los sapsos de tiempo de que me AL eran largos, solo en ocasiones me AL pero eran mas intensos... jamás fui al psicólogo... no me dan confianza.

Bueno actualmente no me AL ya casi 3 meses... pero tengo miedo de volverlo hacer....

Las marcas quedan pero le deseo de volverlo hacer tampoco se ira...

Testimonio V

Cuando la soledad no te deja respirar

No recuerdo la primera vez que me corté, pero estaba en el colegio y desarmaba el sacapuntas y con la hoja me realizaba pequeños cortes en las manos. No lo hacía seguido, sólo cuando la angustia era mucha. Años después, tenía depresiones por tiempos muy prolongados, durante el invierno eran más intensas, sentía un peso enorme en el pecho que no me dejaba respirar, sobretodo en las noches que no me dejaba dormir, entonces fue cuando descubrí el alivio que me producían los cortes, luego me acurrucaba y podía dormir. Al día siguiente, me embargaba la culpa y la vergüenza, mientras me hacía los cortes sentía que era muy lógico lo que estaba haciendo, pero al día siguiente me sentía muy estúpida, sobretodo cuando los cortes eran muy profundos y me costaba parar el sangrado. Junto con la presión en el pecho se me desarrolló una arritmia cardíaca y entre otras cosas el doctor me recetó tranquilizantes a base de benzodiazepinas.

Por esos días pasaba por la fase más profunda de mi depresión y sentía que la dosis inicial era insuficiente y comencé a aumentarla progresivamente, para lograr anestesiarse el cuerpo, pero nunca era suficiente y tampoco impedía que me realizara cortes, cómo estaba dopada no calculaba la profundidad de las cortaduras y una especialmente profunda, que no pude controlar me llevó a recurrir a pedir ayuda a mi padre, llorando de vergüenza, porque no podía justificar lo que estaba haciendo, me sentía cada vez más estúpida e insignificante....

Por orgullo dejé de hacerme cortes, llegando el verano descubrí lo difícil que es ocultar las evidencias, pero comencé con problemas estomacales. Si bien yo misma no me provocaba heridas, mi organismo las producía de todas maneras.

Al dejar de cortarse, no se acaba el problema, siento que va a seguir por siempre. Tuve un novio que lo conocí en el otoño y al llegar la primavera y verme las marcas me miró como si me viera por primera vez, sintió que estaba al frente de una loca y no pude sacarle esa idea de la cabeza, tras eso me abandonó.

El calvario de llevar las marcas en el cuerpo lo vivo todos los días, desde que abro los ojos hasta que los cierro, durante la temporada de calor y no puedo estar con manga larga, percibo la mirada reprobatoria de extraños, sobretodo en el transporte público. Vivo con la incomprensión de mi familia, que lo ven como una conducta tonta para llamar la atención, tener que aguantar el “que te pasó ahí” de cada persona nueva que conozco.

Mi actual pareja, está esperando que me “mejore” para casarse conmigo, siento que si me ve una nueva cortada, me va a dejar también.

No se como parar de auto-agredirme, tengo temor a que me venga un ataque angustia que no pueda controlar y lo tenga que hacer de nuevo. Últimamente para evitar dejar marcas permanentes me muerdo y golpeo o me tiro el pelo, ganas de cortarme no me faltan, pero es más grande el temor a que no me quieran.

Fernanda

Testimonio VI

De los diez a los doce

Se que no es una historia muy larga, pero fue pq yo sufrí de AL cuando tenía cerca de 10 años hasta los 12 anduve con eso.

Si, a esa edad uno es muy pequeño para agarrar un cuchillo para cortarse la piel. Evidentemente, por ello yo recuerdo que cada vez que me sentía sola y triste (pq yo me sentía aislada porque nunca encontré a alguien como yo, que tuviese los mismos intereses... o algo especial) llegaba a mi casa, para que no me vieran llorar, iba a mi pieza y me mordía mientras lloraba, me mordía el brazo durante un largo tiempo.

Pero no era una mordida amistosa, dolía mucho, peor como que duele al principio y despues te relajas mucho.

Sí, eso fue, todo el tiempo me hacía eso. Pero de allí me establecí, aprendí a enfrentar mis problemas y ahora estoy bien, pero no soy ajena a la AL.

Bueno, no entendía pq hacía eso, peor ahora comprendo porque lo hacía, seguramente sentía los problemas tan terribles, que no podía lidiar con ellos ni tenía alguien de confianza para contárselo.

Todos somos propensos a AL a cualquier edad, lo importante es reconocerlo y aprender de los errores =)

Testimonio VII

Dolor por placer

La mayoría de las personas, se lastiman para aliviar su dolor interno, porque se odian a si mismos, o por sentimientos de frustración, impotencia y tristeza. Yo personalmente, no lo hago necesariamente por eso; quizás en un principio fue así, pero ya no.

La primera vez que me hice daño, fue hace unos 4 o 5 años. Ahora tengo 15, y en realidad hace poco tiempo que le di otro enfoque al AL.

En un comienzo, lo hacía cuando necesitaba descargar la ira o la pena urgentemente, y sentía una gran desesperación por ello, generalmente era luego de una pelea o algo por el estilo. Debo decir, que mi vida no ha sido del todo trágica, no he tenido problemas de abusos, ni de enfermedades alimenticias como anorexia o bulimia, si he tenido depresión unas 3 veces, y suelo pasar por periodos muy negros, pero sólo me he tratado con antidepresivos en una ocasión.

Jamás he intentado suicidarme, porque siempre he pensado que los “intentos” no son nada, sólo sirven para llamar la atención. Siempre he pensado que si uno se quiere suicidar lo hace y ya, nada de avisos ni fallas, no es nada difícil y hay un millón de formas de hacerlo. Además tengo muchas creencias acerca del suicidio que no comparten muchas personas quizás, pero a mi parecer es un acto cobarde, discúlpeme si soy muy cruda o algo, pero es lo que pienso.

Es como escapar simplemente en vez de enfrentar los problemas, la vida en realidad es como uno la quiere ver, y cada persona es responsable de su propio destino.

Si he tenido depresión por lo tanto, no ha sido por grandes problemas o desaires en mi vida, ya que de cierta forma no se me ha dado tan difícil, mi gran problema es que soy demasiado hipersensible, susceptible a todo, incluso a cambios de ánimo de cualquier persona que me rodea, y todo me afecta demasiado, pero he sabido reponerme sola siempre. Claro que siempre es necesario el apoyo de gente que uno estima, y nadie está completamente solo jamás, sólo que a veces no sabemos ver y apreciar a las personas que nos rodean.

Yo me hacía daño (luego explicaré por qué hablo en pasado) porque me produce un placer enorme, al principio sólo pensaba que así lograba canalizar mi dolor espiritual de otra manera, y con cada gotita de sangre se escapaba lejos de mi un mal sentimiento, aunque esa tranquilidad durara quizás sólo durante la sesión, pero era suficiente por mientras. Siempre me ha hecho sentir muy bien, y sólo me he sentido culpable en contadas ocasiones; ya que cuando lo hago, estoy muy conciente y analizo muy bien lo que estoy haciendo, aunque al mismo tiempo entre en una especie de trance. Tampoco me avergüenza ni nada, quizás no me siento orgullosa.

Pero mis cicatrices son marcas no sólo físicas, puedo recordar cuando y como hice cada una de ellas y con que motivo fueron diseñadas, lo único que me hace sentir incómoda es la gente que juzga por ello. Que te dicen “estás loca o algo, necesitas

ayuda!”, pero no es así, a veces si he pensado que estoy un poco trastornada, pero no necesariamente por AL. Si desagradan mucho las personas que no son capaces de sentarse a escuchar por que razón lo haces, en especial cuando la mia no es exactamente igual a la de la mayoría de las personas. Además siempre he pensado que los que te rechazan por algo así y no se dan el tiempo de comprender, en realidad es porque careces de importancia en sus vidas, un verdadero amigo siempre estará a tu lado.

Ahora, cómo me di cuenta de que busco placer en esto, más que liberarme del dolor. Recuerdo muy bien, incluso la fecha, que fue este año.

Estaba teniendo una conversación por msn con mi actual novio, con webcam y todo, de repente surgió el tema de AL porque yo tenía muchas ganas de cortarme, y le pedí permiso para hacerlo, la conversación subió demasiado de tono, y terminé dándome cuenta de que cortarme me causaba incluso excitación sexual. Terminé desde ese día teniendo muchas fantasías sadomasoquistas, ya que mi novio es más sádico, y he cumplido varias con él.

En un momento mientras estaba con él comencé a cortarme demasiado, y él comenzó a ponerme límites, que me ayudaron demasiado, nunca me presionó en extremo, pero fue lo suficiente para que cuando de verdad necesitara cortarme, el siempre encontraba otras formas de descargarme, o bien me cortaba el mismo o me rasguñaba la espalda, que bueno; lo declaro aquí, es bastante mejor y más agradable hacerlo acompañada y encontrar esta forma mucho más divertida de dañarse. Cortarme en ese momento se había vuelto mi vicio, junto que al conocer a mi novio, también fumaba, tomaba y a veces hasta me drogaba, también hacerme piercings era como un vicio ya que el dolor y el placer que se siente es increíble. Todo esto el lo desaprobaba, y ahora soy una chica completamente sana gracias a él quizás. Y si dejé todo esto en realidad no fue tanto por sumisión o algo así, fue porque él me enseñó a quererme y respetarme a mi misma, que eso es lo que nos hace falta a todos nosotros.

Si quieres disfrutar de AL, que no sea por un motivo triste o malo, hazlo porque de verdad te causa placer y te gusta, que después no te de culpabilidad, y no lo hagas para suicidarte, menos para llamar la atención, ya que los demás siempre se dan cuenta de eso, y siempre se alejan. No porque te hagas daño, si no que una persona que lo hace para llamar la atención es muy poco auténtica, y eso es bastante molesto.

Para agradecerle a los demás, primero hay que agradarse a uno mismo, no es tan difícil, TODOS tienen defectos, pero también TODOS tienen virtudes.

Porqué recalcar sólo lo malo?

Si alguien me quiere escribir, pídadle mi correo a Dora

Testimonio VIII

Empecé a los 12

Bueno, pues yo solo queria compartir mi historia con todos ustedes.

Yo comencé a autolesionarme cuando tenia 12 años, recuerdo que una de mis amigas de la escuela lo hacía y que yo no me explicaba el por qué , pero después de la primera vez que yo lo hice me senti un poco mejor por que asi podia externar el dolor que tanto me costaba explicar.

Creo que la segunda o la tercera vez que lo hice no fue solo para lesionarme, si no que lo hice para suicidarme, me dolia mucho estar asi, tan sola, tan vacia, siempre en cotra de lo que todos querian y de lo que todos veian. Las personas que me conocian nuca imaginaban que yo fuera capaz de hacer eso, por que mi familia y yo teniamos la imagen de “la familia feliz”.

Los lapsos en los que yo dejaba de cortarme eran entre 3 o 4 meses, pero poco a poco se fueron haciendo mas cortos al grado que llegue a cortarme diario. La manera en la que lo hacia era simple, las primeras veces fueron con tijeras o pedazos de espejos, hasta que despues ya no encontraba con que hacerlo y le quitaba las navajas a los sacapuntas.

La primera vez que me asusto el lastimarme fue cuando lo hice en frente de dos amigos, por que en ese momento tenia tanto coraje, tanta impotencia, que no me importo en donde y con quien me encontraba, las heridas ni siquiera las senti aunque fueron profundas ,lo unico que senti fue que ese dolor que me estaba matando comenzaba a salir y que el sentimiento ya no me dolia tanto.

En estos dias habia tratado de no hacerlo, pero me he sentido tan presionada, tan vacia, tan sola ,lo peor es que ya casi no confio en nadie, por que muchas personas ya me han lastimado, y las pocas que sabian lo que hago ya no están en contacto conmigo y practicamente me han dejado sola.

Se que muchos no comprenden por lo que estoy pasando y el por que lo hago , se que no es la mejor solucion, pero el hacerlo me ha ayudado, ironicamente, a sobrevivir. Tal vez consideren tonto esto, pero siento que la unica persona que me entiende y que ha estado conmigo en los momentos mas dificiles es alguien que ya no vive, o al menos en

este mundo, pero con todo los recuerdos que tengo de el ha evitado algunas veces que lo haga.

Bueno, creo que eso era todo lo que tenia que compartir con ustedes, pero tambien espero que muchos encuentren la forma de externar su dolor de un modo diferente, ya que el lesionarse ayuda, pero es solo una ayuda minima, por que muchas veces, despues de hacerlo, viene el arrepentimiento, yo he encontrado distintas formas de hacerlo, como llorar, escribir acerca de como te sientes en ese momento, platicar con alguien que te entienda, o minimo que te escuche sin juzgar.

Espero que encuentren algun sentido a lo que les he dicho y que no olviden que siempre hay luz en medio de las sombras.

Testimonio IX

Empecé hace un año

hola, yo comenze con la autolesion desde ase aproximadamente un año.

Tengo varias hipotesis del porque comenze con eso, he tenido muchos problemas en mi familia: mi padre tiene un hijo con mi media hermana, además es ebrio, mi mama siempre esta enferma y siempre estamos endeudados, nunca nos rinde el dinero.

Ademas de eso, y aunque no he querido tomarle mucha importancia, el hermano de una amiga me tocaba, nunca se lo he dicho a nadie, creo que a nadie le importaria y ademas me da algo de verguenza, y paso ase mucho tiempo, tenia como 8 años, ahora tengo 14.

Para mi, la autolesion es una forma de acabar con el dolor que sientes en los momentos de ardua depresion, es como si el dolor fisico te hiciera olvidar por un momento lo que se esta sintiendo, pero me he autolastimado tantas veces que mis brazos estan repletos de cicatrizes, y aveces digo que ya no lo hare, pero, siempre hay algo que me hace recaer.

No se si en verdad es muy importante o tal ves me concideren una loca, pero en realidad quisiera dejarlo; hay tantas cosas en mi vida que noche a noche me hacen llorar: desde mi sobrepeso, el rechazo y la humillacion que tengo que soportar de todas esas personas que me ven como una diversion, nunca tener dinero para nada, que mi mama siempre este mal, mi papa borracho, y yo, ahi, ocupando un lugar en la mesa, que tal ves de no estar ahi, les ahorraria unos centavos a mis padres para servirse algo mejor de comer.

Tal vez si desapareciera acabaría con mi propio dolor y con el estorbo que represento para los demás.

¿Acaso debo suicidarme?

Testimonio X

Entiendo por qué me autolesiono

Yo empecé hacerme daño de muy chica, tendría yo 10 años. No me acuerdo como empecé. Lo que sí es que para los 12 años se me hacía normal quemarme. Lo escondía porque pensaba que la gente iba a pensar que estaba yo loca, porque no entendían lo que me estaba pasando.

Me quemaba cuando ya no aguantaba la presión, cuando me sentía sola, cuando decía algo que no debería de haber dicho y hacía sentir mal a mi mamá, o a mi hermana o alguna amiga.

Me iba sintiendo cada vez peor, y cuando ya no podía más, iba a mi cuarto, cerraba con llave, y me sentaba frente al espejo. Sacaba una llave, una vela y un encendedor. Prendía la vela, acercaba la llave y cuando ya estaba bien caliente la ponía sobre mi antebrazo, o mi tobillo en algún lugar donde no tuviera ya una marca. Presionaba la llave hasta que ya no podía con el dolor. A veces hacía esto varias veces. Luego guardaba todo, muy despacio. Sentía una tranquilidad muy rica. Me sentaba a ver como la quemada iba cambiando de color, como el dolor cambiaba.

Después de un par de horas, limpiaba la quemada y me dedicaba las próximas dos semanas a cuidarla. Que nadie la viera, que no se infectara, que la ampolla no se rompiera. Y cuando era hora de que la ampolla se rompiera, cuidaba de mantener la piel limpia. Todo se sentía muy bien.

El problema venía después, cuando ya no había que cuidar. La quemada había sanado y me encontraba una vez más acumulando presión, sentimientos de soledad, enojo, etcétera. Pasaron diez años de quemarme, cuidarme, sentirme bien, luego sentirme peor y volverme a quemar y así día tras día, semana tras semana. Tenía pocos amigos y prefería aislarme para que cuando quisiera quemarme lo pudiera hacer sin tener que esconderme o dar explicaciones.

Un día que estaba lista para quemarme, pude detenerme e imaginar cómo iban a ser las próximas semanas y me di cuenta que en menos de un mes me iba a encontrar una vez más frente al espejo, con la llave, la vela y el encendedor buscando algún lugar libre

de marcas para quemarme. En ese momento me di cuenta que yo me estaba engañando: la quemada no era tan buena como yo pensaba, ya que no me sacaba del hoyo.

Busqué ayuda. Me tarde bastante en contarle al terapeuta que me quemaba. Yo creo que habrán pasado unos ocho meses hasta que me atreví.

Después nos tomó más de un año hasta que me sentí segura de pensar en que lo podía dejar de hacer, y no fue hasta dos años después que un día que sentí unas ganas locas de quemarme, paré un instante y me dije: no lo tengo que hacer, puedo hacer algo diferente, puedo hablarle a mi terapeuta y decirle que tengo ganas de hacerlo. Y así lo hice.

Y así ya llevo tres años que no me quemó, aunque a veces me dan ganas, pero tengo ya otras opciones como hacer muchas abdominales y sentadillas. Aunque a veces parece imposible dejar de hacerse daño, me he dado cuenta que se puede, y que el tener la opción de ahcerlo o no nos da una libertad enorme y a la larga conlleva a sentirnos más tranquilas.

Testimonio XI

La mayor parte de mi vida he estado triste

Todo empezó cuando tenía 12 ó 13 años y cursaba la secundaria, había peleado con una amiga y fue la primera vez que pensé en el suicidio.

Siempre he sido una chica reservada, callada, tímida, introvertida. Nunca he mantenido las relaciones de amistad, no tengo una mejor amiga, aunque ahora tengo 3 con quienes llevarme pero no son de mi total confianza.

La mayor parte de mi vida he estado triste, una vez fue cuando el niño que me gustaba y quería me botó por otra pero me hacía creer que me quería; otra vez fue cuando me fui a estudiar fuera de la ciudad y a los 3 meses no quise seguir estudiando esa carrera, mi madre me dijo que no había problema, que me podía regresar, pero no fue así... desde entonces me reprocha y me hace sentir una frustrada todo porque ya hubiera terminado la carrera y ya estuviera trabajando.

No estoy segura de que haya sufrido una violación sexual, pero cuando niña, un hermanastro se quedó en casa, mis padres salieron e inició un "juego" con mi hermano y conmigo, consistía en llevarnos a la cama uno por uno y se acostaba encima de nosotros... no me tocó con sus manos, sólo se movía encima de mi... aunque ese recuerdo es como un sueño, ya no me afecta, pero tal vez tendrá algo que ver.

Ahora, cómo comencé a AL, fue en abril de este año, no había ido a la escuela, tomé un rastrillo, le saqué las navajitas, fui a mi casa con la idea del suicidio, pero dolió mucho.

Fue allí donde me di cuenta que ese dolor me tranquilizaba y me gustaba sentir la sangre tibia rodando en mi piel. A partir de allí lo hago cuando me enojo con mis padres, cuando algo no me sale bien como un examen, cuando me hace llorar el chavo que quiero, y algunas veces no hay motivo, sólo siento el deseo de hacerlo, me desespero, es como cuando quieres un cigarro, es un droga.

Ah, y estoy enamorada, tal vez, no estoy segura, pero es ajeno a mi, tiene novia, es mi amigo. El sabe que me corto, a veces me avergüenzo cuando ve mis cicatrices, y está al pendiente de que no tenga nuevas, pero hay formas de cubrirlas, con pulseras, y también me corto en las piernas o en el abdomen, eso no lo puede ver.

Es así como desde abril me autolesiono. Ya me cansé, iré sola al psicólogo porque nadie se preocupa realmente en mi casa. En junio me tomé pastillas, lo único que hicieron fue llorar, echarse la culpa, mi padre no me miró a los ojos en una semana y sólo palabras al aire de que me llevarían al psicólogo. Así que lo haré yo sola, saldré de esto sola, aunque pienso a menudo que la única solución sería morir.

Ésta es una pequeña parte de mi historia, gracias por su tiempo.

Testimonio XII

Este es mi testimonio

Todo empezó hace algo más de dos años. Había escuchando algo sobre el AL en foros de pro anna y mia en los que me solía conectar, pero no lo entendía, no me metía en esos temas, respetaba sin más, pensaba que si nos autodestruíamos con la comida que diferencia había en hacerlo de otra forma.

Recuerdo que la 1^o vez fue un martes, llevaba un tiempo en el que me encontraba muy mal, estaba muy obsesionada con mi peso, no me iban bien los estudios, había y hay muchas movidas en mi casa, sentía y siento que el espacio que estoy ocupando no me pertenece, debería de ser ocupado por el aire y yo dejar de existir.

Ese día cuando iba siendo ya muy habitual todo me salió mal, estaba desesperada, cansada, angustiada, harta, agobiada, sentía que no podía más, no quería seguir así...

Así que en teoría quise cortarme las venas, cogí lo 1^o que alcance pero nada, no sirvió de nada, no soy capaz...pero me di cuenta que ese dolor físico me había aliviado el dolor del alma..

A partir de ese día hasta hoy lo sigo haciendo, como ya he dicho antes tengo muchas movidas familiares, si, todo el mundo tiene problemas, pero para cada uno lo suyo es lo mas, aunke a veces sientas ke no tienes derecho ni a sentirte mal, ni bien ni mal, todo es malo. Tb lo hago cuando me siento mal, x impotencia, rabia, odio, sentimientos de culpa, para castigarme, para sentir, tb ha habido veces k no se el xk, pero lo he exo...A veces es xk siento k me kiero morir, dejar de sentir, de sufrir y de hacer sufrir a los demas....etc.....Es un asko....

Claro ke los metodos no son los mismos, empece arañandome y ahora me corto, aunke hay de todo pero en la mayoria de los casos el cortarse es lo ke mas ayuda.

A veces pienso en ke kiero dejarlo,pero claro...como voy a dejar lo uniko ke me ayuda?? Pero no kiero mas cicatrices, no...