

**Universidad de Palermo**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Licenciatura en Psicología**

**El accidente como síntoma**

**Autor:** Galak, Paula Ester

**Tutora** Dra. Analía Brizzio

## Índice

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....  | 3  |
| 2. OBJETIVOS .....  | 4  |
| 2.1. Objetivo General .....   | 4  |
| 2.1.1. Objetivos específicos .....                                      | 4  |
| 3. MARCO TEÓRICO .....  | 4  |
| 3.1. Antecedentes psicoanalíticos .....                                 | 4  |
| 3.1.1. El origen inconsciente de los accidentes .....                   | 4  |
| 3.1.2. Actos fallidos y síntomas .....                                  | 7  |
| 3.2. La teoría psicoanalítica de accidentarse .....                     | 14 |
| 3.2.1. Condiciones accidentogénicas .....                               | 16 |
| 3.2.1.1. Factores concurrentes .....                                    | 16 |
| 3.2.1.2. Fantasía inconsciente de accidentarse .....                    | 16 |
| 3.2.1.3. Situación de cambio y conflicto dilemático .....               | 17 |
| 3.3 Transferencia y Contratransferencia.....                            | 21 |
| 4. MÉTODO.....  | 24 |
| 4.1. Tipo de estudio .....  | 24 |
| 4.2. Participante.....  | 24 |
| 4.3. Instrumentos.....  | 25 |
| 4.4 Procedimiento.....  | 25 |
| 5. DESARROLLO .....   | 26 |
| 5.1. La ocurrencia del accidente.....                                   | 26 |
| 5.2 Las manifestaciones inconscientes que devienen en el accidente..... | 27 |

|  |    |
|--|----|
| 5.3 La situación dilemática que deviene en el accidente.....                   | 32 |
| 5.4 Vinculación transferencial construida entre el paciente y la analista..... | 39 |
| 6. CONCLUSIÓN.....   | 49 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 53 |

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se basa en la práctica profesional realizada en instituciones de formación, actualización e investigación psicoanalítica. Abarcando tanto espacios de formación teórica, seminarios, jornadas, ateneos clínicos, como observación no participante de entrevistas de admisión de pacientes en Cámara Gesell (supervisadas por miembros de la institución), participación de espacios multifamiliares, observación en espacios de supervisión a terapeutas.

Como otro pilar de esta residencia, se realizó el seguimiento de pacientes accidentados en el servicio de traumatología de un hospital. Servicio que dispone de un equipo de profesionales del área de la salud mental especializados desde hace 40 años en el estudio e investigación del hecho de accidentarse desde la teoría psicoanalítica. La institución que nuclea estos profesionales se encuentra abocada a la investigación, tratamiento, y prevención de accidentes desde un enfoque psicodinámico.

Durante la residencia se visitó a un paciente internado por un accidente grave con múltiples fracturas, acompañando a la terapeuta en las sesiones con el objeto de recabar información acerca de su situación. También se participó de las reuniones de supervisión de equipo, con los profesionales intervinientes que sostienen la teoría desde la cual se analizó el presente caso.

Dicha teoría es: *la teoría psicoanalítica de accidentarse* que elaboró el Dr. Granel (2009). Desde esta visión resulta interesante interpretar al accidente como un hecho que trasciende lo casual, un hecho que se vincula con aspectos conflictivos muy profundos e internos que atraviesan quienes lo padecen.

Surge el tema a desarrollar en este Trabajo Final Integrador, de la información recabada sobre las temáticas abordadas en las instituciones, de la interrelación con los profesionales a cargo, del interés personal y del aporte que se pueda realizar con el fin de prevenir este aspecto de la realidad, el accidentarse, que va in crescendo. Con la esperanza de que así sea.

## **2 . OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Analizar el accidente como síntoma desde la teoría psicoanalítica de un adulto accidentado de 49 años con múltiples fracturas.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Describir las motivaciones inconscientes que devienen en un adulto accidentado de 49 años con múltiples fracturas.
2. Describir la situación dilemática que deviene en el accidente de un adulto accidentado de 49 años con múltiples fracturas.
3. Analizar la vinculación transferencial construida entre el paciente adulto accidentado de 49 años con múltiples fracturas y la analista; durante el período de internación.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes psicoanalíticos

##### 3.1.1. El origen inconsciente de los accidentes

La teoría psicoanalítica está basada en la existencia de un contenido latente, que se encuentra en el inconsciente de los sujetos, como sustento del contenido manifiesto y de gran importancia en la vida de los mismos (Freud, 1901).

Desde la teoría psicoanalítica el accidente sería producto de un determinismo inconsciente y no un producto azaroso (Freiden & Slapak, 2009).

El contenido inconsciente se expresa de diversas maneras en la vida de los sujetos, es posible acceder a él a través de los sueños, el chiste, los actos fallidos y los síntomas. Las enfermedades psicosomáticas y los accidentes también son manifestaciones del inconsciente, entendiendo al accidente como un acto fallido, y siendo este acto fallido, un síntoma. Los síntomas entrañan un sentido y una significación, siendo sustitutivos de actos psíquicos normales; el descubrimiento de tal sentido incógnito coincide con la supresión de los síntomas. El acto fallido es un acto pleno de sentido que encierra deseos reprimidos y que son expresados a través del mismo acto. Dista mucho de ser un simple error o un desliz psíquico (Valls, 1995).

El mundo científico y psicológico de la época se vio conmovido cuando Freud (1901) presentó un libro fundamental: "Psicopatología de la vida cotidiana" (sobre el olvido, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, la superstición y el error). Freud (1901), ocupado de los sucesos de la vida diaria de los sujetos, que desempeñan un lugar muy importante, señaló operaciones que le sirvieron en un futuro para fundamentar la necesidad científica de concebir la existencia de *lo inconsciente*.

Un capítulo especial dentro de los sucesos de la vida diaria dedicó a la concepción de la génesis de los accidentes. Desde su teoría general de los actos fallidos, consideró a los accidentes como operaciones fallidas combinadas. Las agrupó con un término alemán *vergreifen*; que significa en su traducción al español: El Trastocar las Cosas Confundido. Los accidentes no son producto de la casualidad, sino resultado de un proceso inconsciente, producto de un planeamiento que encadena el accionar psíquico hacia una consecuencia inevitable y fatal: el accidente. Consideró que los accidentes tienen sentido y significado, y son producto de una intención inconsciente (Freud, 1901).

Freud (1901) distingue dos grupos de casos entre los equívocos del habla y los actos con efecto fallido, y en ambos está implicado el aparato motor. Un grupo es denominado como trastocar las cosas confundido, en este grupo de casos no existiría una intención consciente, sino que bajo el disfraz de la torpeza quedaría oculta la expresión de una intención inconsciente. El otro grupo, llamado acciones sintomáticas y contingentes son acciones que no se ven necesitadas del disfraz de la torpeza, por no tener una finalidad manifiesta. Equívocos y accidentes, que se incluyen dentro de la misma categoría, ponen de manifiesto situaciones inconscientes que el sujeto no puede expresar de otra manera (Freud, 1901). Freud (1901) toma como fundamental el hecho; lo acontecido; ésta es la expresión del inconsciente. El inconsciente necesita manifestar su contenido en la realidad, se vale de alguna circunstancia fáctica para expresarse y plasmarse en ella.

Hojvat y Gibert (2006) sostienen que el término *Vergreifen* patentiza lo manifiesto y lo latente de un accidente. En estos hechos las cosas están cambiadas de lugar; donde debería estar una persona caminando tranquilamente, ésta ha caído al suelo y se ha transformado en un herido; donde debería estar un automóvil circulando está detenido, volcado o destrozado. Todo se ha trastocado, todo está fuera de sitio, desde los objetos hasta el tiempo. La palabra confundido, plantean los autores, implica un sentido clínico que demuestra que un accidente siempre denota una situación de confusión donde el sujeto accidentado no ha realizado los actos coordinados para no accidentarse, un estado hipnóideo – sonambúlico.

Tanto lo manifiesto como lo latente constituyen al accidente y éste queda implicado en una situación confusa. Donde el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse, acto que podría expresar deseos inconscientes, latentes (Freud, 1901).

Freud (1901) refiere que los accidentes son consecuencia de movimientos que se presentan como una torpeza casual; pero que demuestran estar gobernados por una intención y alcanzan su meta con una seguridad que no ocurre en todos los movimientos voluntarios y conscientes. Para explicar la operación fallida, adjudicó un determinismo simbólico, más profundo e importante. Cierta destreza para realizar el accidente lo deja enmascarado como un azaroso infortunio. Freud (1901) destacó también para comprender el acto de accidentarse el concepto de cómo en la ejecución de los movimientos, sólo en apariencia torpes y casuales la persona que

se accidenta cuenta con el encuentro oportuno y complaciente del azar, que se combinará con la intención.

El accidente implica una situación de trastocamiento, de confusión; en donde están presentes lo manifiesto y lo latente. En esta confusión el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse, pero en realidad este acto es el camino de expresión de los deseos inconscientes, de lo latente. Granel (2009) define claramente este concepto con la siguiente frase “la torpeza enmascara la destreza” (p. 25).

Los accidentes podrían también ser un modo de autocastigo, incluso una forma de suicidio inconsciente, en los casos más graves. Suicidio sin intencionalidad consciente, donde el inconsciente se vale de la eximia capacidad de utilizar muy perspicazmente una situación que implica peligro de muerte para encubrir un intento de quitarse la vida bajo el cariz de una desgracia casual. En los accidentes existiría una intención inconsciente del sujeto, una agresividad autodirigida que lo puede conducir a la muerte.

La agresión aparece muy tempranamente en la evolución humana y, en ese principio está ligada a la actividad y al hecho de estar vivo. La agresión que expresa peligro hacia el otro es aquella que se encuentra escindida como contenido inconsciente y se manifiesta en actos hetero o autodestructivos. Por lo tanto la agresión sienta sus raíces inconscientes. (Winnicott, 1981).

Cuando la agresividad es dirigida hacia el interior, la pulsión de muerte queda colocada hacia el interior del sujeto, se podría pensar en enfermedades psicosomáticas. En los accidentes la pulsión de muerte queda dirigida hacia el exterior. El accidente sería una salida a un conflicto dilemático. El autor afirma que el psicoanálisis muestra que los síntomas aún en la psicosis son defensas frente a situaciones vinculadas a la muerte, por tanto el accidente es también una forma de defensa frente a diversos conflictos relacionados con la muerte aunque pueda llevarlo a la misma (Granel, 2009).

Por lo tanto el accidente se produce en medio de un conflicto dual que queda enmarcado entre las pulsiones de vida y de muerte. Y la propensión al accidente crece en tanto el sujeto no logre tramitar este conflicto, ni promover su resolución en el terreno de lo simbólico. En el momento del accidente, se produce una obnubilación, del tipo del sonambulismo, con participación del aparato motor que deja el control de los movimientos al inconsciente. Porque detrás de la torpeza



aparente de esos movimientos, existe una gran habilidad oculta a la consciencia, que expresa una intención pulsional inconsciente, un deseo de accidentarse. Deseo que se abre paso a través de la descarga motriz esquivando a lo consciente que queda ocupado en el armado de la escena del accidente (Freud, 1901).

El accidente queda enmarcado en un estado onírico, un sueño despierto donde la consciencia es tomada por representaciones del inconsciente, que ajustan la escena externa con la interna a través de ese accidente (Granel, 2008).

### **3.1.2. Actos fallidos y síntomas**

Freud (1915) descubre que la observación y el estudio de los actos fallidos y de estos trastocamientos de las cosas confundido, permiten acceder al inconsciente y conocer este ámbito psíquico que alberga las diversas patologías. Los actos fallidos incluyen un conjunto de operaciones, deslices en la lectura o escritura, deslices verbales, errores, extravíos o pérdida de cosas, etc. Si bien estos sucesos podrían no tener importancia, ellos están plenos de sentido psíquicos.

Un acto fallido se encuentra pleno de sentido inconsciente y es realizado, a nivel consciente, sin intención alguna, por casualidad o por error, y por gozar de esta excepcionalidad no se sospecha en él ninguna intencionalidad (Dávila, 2010).

A los actos fallidos Freud (1901) los denomina acciones sintomáticas, que por definición son formaciones de compromiso, síntomas, dadas entre la intención consciente del sujeto y lo reprimido en éste. Las acciones sintomáticas poseen dos condiciones esenciales, la primera que los actos no sean llamativos y la segunda que sus efectos sean desdeñables.

Así, Bleichmar (1999) afirma que estas acciones sintomáticas desempeñan el papel de un síntoma, y que, si bien no todo signo es un síntoma, todo síntoma sí se manifiesta como signo que remite a una manifestación, un observable, el accidente, que a simple vista no resulta comprensible en sí mismo, sino cuando se lo analiza en el conjunto de las determinaciones que lo originan.

Los actos fallidos tienen una razón, un significado y un efecto, más allá de su etiología fisiológica o psicofisiológica, Freud (1915) desestima estas últimas y suma a estas causas algo en relación a la manifestación de contenidos inconscientes, latentes hasta el momento de manifestarse. Las motivaciones inconscientes de los actos fallidos son diversas y distintas para cada sujeto, más allá de las aparentes

causas del mismo. El cambiar, permutar, trabar una palabra por otra determinada, se realiza de un modo particular, no de cualquier modo ni con cualquier palabra. Existiendo diferentes modos de incurrir en estos actos se impone uno que es el finalmente manifestado.

Tres categorías de actos fallidos fueron descritas por Valls (1995), en su interpretación sobre Freud (1915). Aquellos que estarían relacionados con las satisfacciones pulsionales, otros actuarían como forma de expresión de la resistencia y por último existe una categoría que estaría relacionada con el autocastigo. El accidente, considerado como un acto fallido, entraría en esta tercera categoría, la del autocastigo. En él la agresividad inconsciente se manifiesta en un acto autopunitivo.

Plantea Amigo (2009), que un niño que se lastima, accidenta, enferma o se somete a riesgo de vida en reiteradas veces, responde de esta manera dañándose por el fracaso en la tentativa de satisfacer a la demanda de otro (su madre), se siente exigido y presionado.

Asimismo, Winnicott (1981) explica la conversión de energía vital en agresión inconsciente como resultado de la oposición que encuentra el niño, cuanto mayor sea la oposición a la que se enfrenta mayor será esta agresividad. Consecuentemente esta acumulación de agresividad podrá devenir en una mayor propensión a accidentarse. Por lo tanto el accidente podría ser una forma, un camino de descarga de la tensión acumulada bajo la forma de agresividad.

Granel (2009) sostiene que como acción fallida, el accidente, es la manifestación de algún contenido inconsciente, y en él tiene lugar una descarga de agresividad acumulada que no ha logrado sumergirse en el mundo de las palabras. Es por ello que afirma que al considerar el estudio de los accidentes debe considerarse al mismo como un síntoma, y en consecuencia se constituye siguiendo los caminos de formación de síntomas. Esto significa que para ser exteriorizados los contenidos reprimidos, debieron ser previamente condensados, desfigurados y dislocados. La naturaleza de los actos fallidos devela la esencia de los síntomas y los procesos de su formación.

El concepto de síntoma fue descubierto por Breuer durante el tratamiento analítico de una paciente con síntomas histéricos, basado en conceptos acuñados

por los psiquiatras Janet y Leuret, quienes ya afirmaban que inclusive los delirios eran poseedores de un sentido (Freud, 1916).

Freud (1916) en su conferencia número diecisiete *el sentido de los síntomas*, desarrolla la importancia del mismo en la clínica psicoanalítica, destacando su valor por el sentido y por la expresión de las vivencias y fantasías inconscientes del paciente. El síntoma se constituye como un proceso patológico, que implica un conflicto entre el deseo y la defensa. Emergiendo como producto de ese conflicto, como resultado de la pugna entre ambas fuerzas Freud (1925).

Lejos de suprimir los síntomas como la creencia popular sostiene, creyendo que la enfermedad quedaría neutralizada de ese modo, el síntoma es el camino que desemboca en la enfermedad, sólo a través del síntoma accedemos a la cura de la enfermedad, en su defecto aparecerán síntomas nuevos (Freud, 1916). Freud (1916) explica que el síntoma aparece como “satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida” en *Inhibición, síntoma y angustia*, algo más que un deseo reprimido; aparece un concepto clave en la clínica freudiana, el concepto de *pulsión*, reelaborado en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920).

Valls (1995) define a la pulsión como un estímulo que proviene del propio cuerpo del sujeto y que en determinada situación, penetra en el aparato psíquico, aquí es donde finalmente el estímulo se convierte en pulsión, y esto acontece cuando la pulsión se liga a representaciones. La pulsión es una noción que limita entre lo somático y lo psíquico, no perteneciendo en exclusivo a ninguno de los dos ámbitos. La pulsión indica una demanda a resolver, funciona como una medida del trabajo que se impone a lo psíquico como consecuencia de su relación con lo corporal.

Freud (1917) distingue dos tipos de pulsiones, las de autoconservación, orientadas hacia la supervivencia del sujeto y las pulsiones sexuales, orientadas hacia la reproducción y el placer. Estas últimas se apoyan en las primeras. Estas pulsiones son independientes hasta la pubertad donde se sintetizan para dar origen a la sexualidad genital. Ambas, al ser de origen endógeno, son constantes, y el sujeto no se puede librar de ellas.

Dávila (2010) sostiene que el síntoma sería entonces un signo y un sustitutivo de una insatisfacción pulsional, y por ende, un resultado del proceso de la represión.

Signo remite aquí a una manifestación, un observable (podría ser el accidente) que a simple vista no resulta comprensible en sí mismo, sino cuando se lo analiza en el conjunto de las determinaciones que lo originan; y sustitutivo remite al carácter simbólico del síntoma en tanto representación indirecta y figurada de un conflicto, de un deseo inconsciente que puja por ser satisfecho en el mundo exterior.

Cuando la satisfacción directa de estas pulsiones se enfrenta con vivencias dolorosas que el sujeto ha experimentado en su pasado, o a situaciones prohibidas culturalmente, se opone a ellas una fuerza contraria, esta fuerza es la represión, impidiendo que la pulsión se descargue libremente y produciendo una separación entre el afecto y la representación a la que le dio origen. Pero nunca es completamente exitosa la represión, y el retorno de lo reprimido se expresa en los sueños, los chistes, los actos fallidos y los síntomas, entre los cuales quedan incluidos los accidentes (Valls, 1995).

Gonzalez Imaez (2013) explica el sentido del síntoma como una denuncia de aquello que perturba al sujeto, de aquello que puja por salir y expresarse desde el inconsciente. A través de la actividad de la represión se irá constituyendo un aparato psíquico representacional, ya que la represión se ejerce sobre las representaciones pulsionales, y cuando su fuerza no alcanza para mantenerlas en el inconsciente, es allí donde se producirá la formación del síntoma neurótico.

Sin embargo, Arbiser (2002) afirma que el síntoma es un elemento intrusivo que rompe con una situación de armonía aparente. Podría ser una expresión tanto de las situaciones internas del sujeto como de situaciones respecto a relaciones vinculares del mismo. En el modelo psicoanalítico a este proceso de descifrar, decodificar, desentrañar aquello que el síntoma trae oculto se denomina interpretación, y es labor del método psicoanalítico lograrlo.

Gutiérrez (2010) plantea que algo quedó por fuera del método terapéutico perfeccionado, a lo largo de los años, en respuesta de los requerimientos clínicos. El trabajo de interpretación, en el que se basaba el método quedaba subsumido por el principio del placer y el principio de realidad, y dejaba por fuera a una pulsión que, empujando desde el anonimato obstinadamente, obtenía satisfacción a través del displacer. Situación que generó un desafío a este modelo, la idea de que la ganancia de placer implicaba evitar el displacer ya no se sostienen. El sujeto consigue placer en el displacer.

Las ya mencionadas pulsiones de conservación y sexuales, quedan incluidas en la *pulsión de vida*, concepto que, a partir de la elaboración de lo que había representado la Guerra para toda Europa, queda reformulado con el objetivo de incluir en oposición a la pulsión de vida, el concepto de *pulsión de muerte*. Al encontrarse opuestas entablan inevitablemente una lucha entre ambas pulsiones, donde la pulsión de vida enlaza, crea y da placer, mientras que la pulsión de muerte empuja al sujeto a un estado anterior al de la vida (Freud 1920).

Rappaport de Aisenberg (1999) refiere que cuando el aparato psíquico está dominado por un trauma, la huella mnémica hostil y dolorosa no es investida libidinalmente, la descarga se realizará sin ligadura a representación alguna, directamente en un acto, o en el cuerpo. La pulsión será un máximo de potencia en acto y mínimo de significación. Por lo tanto en estas actuaciones, así como en las manifestaciones orgánicas del tipo de las enfermedades somáticas, no habría representación o simbolismo. También ha profundizado acerca de aquello irrepresentable y su relación con el inconsciente no reprimido, con el trauma, el dolor, la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte.

Dávila (2010) afirma no concebir la existencia de ninguna situación traumática sin la participación de la pulsión de muerte, ya que la función de la libido es la de ligar la pulsión de muerte, habrá que admitir entonces que la situación traumática, al alterar el equilibrio dinámico de las pulsiones, contribuye a desligar lo que ha ligado la libido; con lo cual se libera un cierto monto de pulsión de muerte. Por lo tanto, el trauma viene a activar la compulsión de repetición, por una parte, y por la otra, exige nuevas investiduras libidinales y nuevas medidas defensivas del yo (inhibiciones, evitaciones, fobias, etc.)

Hay personas según Fenichel (1982) que actúan impulsivamente, es decir que tienden a recurrir al *acting out* como forma de descarga. Estas conductas de carácter impulsivo expresan la imposibilidad del sujeto de elaborar a través del proceso de pensamiento secundario, por medio del pensamiento y las palabras. En consecuencia recurre al acto impulsivo para aliviar tensiones internas utilizando objetos externos. Este es el mecanismo a través del cual el yo evita enfrentarse con determinado material inconsciente que le resulta intolerable. Suele verse en la clínica personas con estas características que presentan cierta rigidez y patrones inadecuados de comportamiento en relación a los diversos estímulos.

Según Freiden y Slapak (2009) el proceso de simbolización desde lo verbal no alcanza y por eso se actúa. En el análisis de accidentes de niños estudiados por estas autoras el acting out se ve como expresión de fantasías e impulsos hostiles que no pueden ser exteriorizados de una manera simbólica.

La teoría sustentada por Granel (2009) piensa al accidente como un síntoma, él lo denomina el síntoma accidente. En el accidente habría un conflicto un choque de fuerzas, deseos fantasías e impulsos que no pueden llegar a la consciencia, que no se pueden expresar con palabras y que resultan en un Acto. El acto expresa un *conflicto específico accidentogénico* que toma forma en el accidente siguiendo las mismas leyes de formación del síntoma. El conflicto dilemático en que se encuentra el sujeto es entre dos fuerzas en choque denominadas *Cambio - Contra Cambio*. El accidente como síntoma presenta como característica que va más allá de ser una formación sustitutiva siendo también una forma de restitución, una forma de comunicación ya que esta conservada su capacidad expresiva (Granel, 2009).

D'Avila (2010) plantea en relación al accidente, que es un acto específico que da lugar a la ocurrencia de un hecho que no resulta en nada desgraciado, sino que no hace otra cosa que plasmar en el mundo externo la realidad del conflicto existente en el seno del mundo interno. Una de las características que presenta este conflicto interno que causa el accidente, es el hecho de no haber devenido representación-palabra, estableciéndose así un acontecimiento traumático. El accidente, al tener su raíz en un trauma se convierte en una dramatización con intencionalidad inconsciente de esta situación displacentera, que se produce a consecuencia del choque de las resistencias frente a los deseos inconscientes.

Cabe destacar el concepto de trauma para el psicoanálisis, así denomina Freud (1934) a impresiones, únicas o repetidas, de muy temprana vivencia, olvidadas luego y de gran importancia para la etiología de la neurosis. Denomina traumático a aquello que determina modificaciones definitivas en la energía movilizada por las demandas pulsionales, cualquier estímulo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones.

Hay una configuración escenificada que queda plasmada en el accidente mismo, lográndose a través de él cierta representatividad que si bien es insuficiente como concientización plena, le da cierto signo en la conciencia que le posibilita al aparato iniciar la elaboración de aquel suceso traumático que ha provocado en el

psiquismo un intenso afecto penoso no pudiéndose inscribir y devenir, consecuentemente representación-palabra (Dávila 2010).

En cambio diversos autores refieren que el accidente es un pasaje al acto, una mera descarga sin sentido. Tanto Green, (1998) como Rappaport de Aisenberg, (1999) sostienen que representar es hacer presente algo que no es perceptible por no estar presente e implica una capacidad evocativa, pero cuando las primeras relaciones objetales del infante son fallidas por exceso o por defecto se producen un vacío afectivo y representacional esto implicaría una dificultad en la capacidad de simbolizar y de poner en palabras aquello que los perturba.

Sin embargo, para Granel (2009) los accidentes entran dentro de los denominados actos fallidos, que como los síntomas, son poseedores de un sentido y determinismo inconsciente. Es por ello que resultan un camino regio de acceso a lo inconsciente. Los accidentes son expresión de un conflicto, que tiene una historicidad, y su consecuente sentido, que se ve representado en la escena del accidente aloplásticamente, donde el sujeto despliega su mundo interno y el choque de representaciones. El conflicto traumático vivido como un cambio catastrófico impediría la representación de las representaciones, no se trata de una falta de representación, sino de una falla en la capacidad de *representar las representaciones*, éstas no perderían carga sino que estarían encriptadas en la escena del accidente a la manera de ideogramas (Bion, 1965).

Se trata de ir, a través de la contención del paciente por parte del analista especializado en accidentología, recuperando contenidos traumáticos e integrando contenidos escindidos. Esperando restituir los entramados representacionales del paciente y su reinserción en la vida social, cuestiones que han quedado detenidas en el accidente.

Para Granel (2009) El accidente en la actualidad es una verdadera pandemia, es un síntoma y expresión del malestar en la cultura. En la actualidad se presentan altas tasas de muertes por accidentes en todo el mundo, y casos de pacientes con una marcada tendencia a accidentarse.

### **3.2. La teoría psicoanalítica de accidentarse**

La teoría psicoanalítica de accidentarse es presentada por Granel (2009) quien afirma que el accidente escenifica los conflictos inconscientes padecidos por el sujeto. Por lo tanto el accidente tiene una intencionalidad, un propósito y un sentido. En la escenificación del accidente queda enmascarada la intención inconsciente, y para ello se vale de situaciones externas. A través del accidente, tomado como un síntoma se tiene la oportunidad de acceder y descubrir la situación conflictiva por la que transita el inconsciente del sujeto.

Aquello que queda escenificado en el accidentarse es llamado por Granel (2008) una situación de cambio conflictivo, una situación dilemática, un dilema de cambio-contracambio que no se ha podido elaborar, resolver ni representar. El dilema en que se encuentra el sujeto es tan grande que el cambio no se ha podido realizar normalmente.

El aparato psíquico tiene la función de representabilidad. El trauma sobreviene cuando lo que llega a este aparato psíquico resulta intolerable. En consecuencia el accidente sería una manera regresiva y arcaica de darle forma a ese trauma, que no puede expresarse en palabras. En esta noción de accidente la no conciencia de ese significado, se explica por su disociación más que por la represión. Quedan representaciones aisladas y disociadas que no pueden juntarse o se unen de forma diferente sin poder organizar una idea. El accidente no sirve probablemente para elaborar lo traumático, pero le da una forma, una figurabilidad (Granel, 2009).

En los límites del cuerpo se condensan y procesan simbólicamente conflictos afectivos y relacionales en riesgo. Lo inconsciente se expresa en el cuerpo, y este cuerpo se transforma en un precipitado de significados inconscientes. Transmite aquello que no se puede hablar ni expresar a través de representaciones conscientes De Micco (2014).

Chiozza (1976) realiza sus aportes en relación a las enfermedades psicosomáticas, donde se observa un similar mecanismo. La enfermedad psicosomática como defensa ante la neurosis y la psicosis, donde el conflicto, expresado a través del soma, de síntomas del cuerpo, queda inconscientizado. La enfermedad somática vehiculiza los significados del conflicto inconsciente en una forma diferente de comunicación. Y la existencia de significado en la misma demuestra la capacidad presente de simbolización. Así es posible establecer una analogía entre estas reflexiones y los accidentes, siendo éstos también una forma de comunicación de conflictos internos.



Winnicott (19891), mencionado anteriormente, plantea que la agresividad inconsciente es aquella que queda expresada en los actos auto o heterodestructivos. Consecuentemente la investigación sobre la agresión debe iniciarse en el estudio de la raíz inconsciente de la intención agresiva.

La dirección de la agresividad hacia adentro, colocando la pulsión de muerte hacia el interior del sujeto deviene en las enfermedades psicósomáticas. Mientras que dirigir la pulsión de muerte hacia el exterior, es lo que ocurre en el caso de los accidentes (Granel 2009).

La enfermedad corporal es también un lenguaje que parece haberse presentado como un accidente indeseado; sin embargo si se puede leer este lenguaje corporal, la enfermedad se presenta como un capítulo indisoluble en la historia del sujeto (Galak & Novelli, 1995).

### **3.2.1. Condiciones accidentogénicas**

#### **3.2.1.1. Factores concurrentes**

Existen situaciones externas al sujeto que aunque no necesarias, actuarían como facilitadores para la concreción de un accidente. Situaciones tales como, el estado del vehículo a la hora de usarlo, de las rutas, de las señales de tránsito o el clima, niebla, lluvia, nieve, el humo cuando se quema pasto al costado de las rutas y afecta notoriamente la visibilidad. Factores inherentes al estado del conductor o actor del accidente, como que el mismo se encontrara en estado de embriaguez, drogado o sufriera un infarto, convulsiones o un accidente cerebro vascular. Todas o cualquiera de estas situaciones podrá facilitar la concreción del accidente. Pero cabe aclarar, que estas situaciones no necesariamente deben estar presentes para que un accidente se produzca, explica Granel (2009).

#### **3.2.1.2. Fantasía inconsciente de accidentarse**

Existiría una fantasía inconsciente universal de accidentarse, que al pensar de Granel (2009) todo ser humano la tendría. Este concepto será de gran importancia siempre que se conjugue con otras condiciones determinantes como una crisis de cambio y los elementos concurrentes. La fantasía misma tiene un

propósito o deseo, un objeto y un fin. Tanto el pensamiento como la acción están unidos en el inconsciente.

La fantasía inconsciente de accidentarse descansa en un modelo universal y arcaico, un archivo filo y ontogenético, donde se guardan las reacciones de violencia y agresión. Este es el motivo por el cual se debilitan aquellos reflejos que protegen a la persona como son la atención, la visualización y aquellas respuestas de acción que evitarían el accidente. Según Granel (2009) estaría hiperactivado, hipercatectizado este modelo arcaico, y universal. Y éste es el modelo descrito por Granel (2009) que lleva al sujeto a accidentarse en una determinada circunstancia. Del mismo modo que los factores concurrentes no son condición necesaria para el accidentarse, tampoco lo será la fantasía inconsciente. Tanto uno como el otro deberán combinarse con una situación de cambio por la que este atravesando el sujeto en ese momento y que le produce un conflicto (Granel, 2009).

Según Granel (2009) todos llevamos el germen del accidente como residuo del pasado, ya que el accidentarse es una posibilidad latente en todo ser humano. Situación que colabora en gran medida en la prevención del mismo. La fuerza histórica de los recuerdos traumáticos está lista para desplegar un accidente si se genera la combinación de los citados factores.

### **3.2.1.3. Situación de cambio y conflicto dilemático.**

El ser humano debe realizar constantemente operaciones especiales para efectuar los cambios adecuados al estadio por el cual transita, como ser vivo para crecer y desarrollarse se encuentra en permanente cambio psicofísico.

Freud (1905) describió las distintas etapas del desarrollo psicosexual, etapas que no necesariamente son cronológicas, la etapa oral, anal, fálica y genital. Las pulsiones, la psicosexualidad, los contenidos afectivos y los elementos constitutivos de la personalidad (yo-superyó-ello) se organizan, desorganizan y reorganizan constantemente. Ante las crisis de cambio estas estructuras conmocionan y para encontrar un nuevo equilibrio, es necesario que el sujeto se transforme asumiendo el cambio y la tolerancia de su medio externo para aceptar las transformaciones que sobrevendrán ya que hay cambios interpersonales e intrapersonales. La capacidad de flexibilidad y adaptación a los mismos serán de buen pronóstico para un crecimiento y desarrollo adecuado (Granel, 2009).

Bion (1966) aporta el concepto de “cambio catastrófico” que consiste en el momento crítico por el que todo cambio individual o grupal del proceso evolutivo atraviesa. Frente a cada nueva idea, con la fuerza disruptiva que conlleva el cambio se vivencia como catastrófico, porque es un desorden y una desestructuración.

El desarrollo y el crecimiento conllevan inevitablemente situaciones de cambio, que diversos autores de diferentes escuelas y modelos han descrito bajo criterios específicos. Estas situaciones de cambio serán la mayoría de las veces conflictivas. Entran en pugna, la pulsión de muerte que no desea el cambio, sino que tracciona hacia atrás, con movimientos tendientes a volver a un estado anterior, de tranquilidad, de la no vida (Freud, 1920); con el esfuerzo de ir hacia adelante que realiza la pulsión de vida, opuesta consecuentemente a la de Muerte.

Otro autor que describe el desarrollo mental del niño en estadios, es Piaget (1986). El sostiene que el desarrollo mental del niño es de construcción continua y durante este proceso se producen momentos de equilibrio y desequilibrio. Quedan descritos acorde al desarrollo madurativo del niño cuatro estadios, el estadio sensorio motor, el estadio pre-operatorio, el estadio operatorio concreto y el estadio operatorio abstracto. En cada estadio existe un elemento constante, nivel de necesidad afectiva, fisiológica e intelectual significado en la pregunta o interés y una variable según el nivel madurativo, que queda representado en el nivel de la explicación. En cada estadio se producen nuevas estructuras que les son particulares. Todos estos cambios no escapan a la normalidad de los sujetos, el ciclo vital de una persona, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez así como casamientos, divorcios, nacimientos, la pérdida de un ser querido cambios en la esfera, laboral, académica, etc. Son los cambios que se denominan normales.

En su teoría de la evolución psicosocial, Erikson (1968), describe el desarrollo de la identidad del sujeto dividido en distintas etapas sucesivas a lo largo de la vida, y entre cada una de ellas, un periodo de crisis, por el pasaje de una a otra. Durante este periodo el sujeto se encuentra más vulnerable, ya que representan momentos decisivos. Las etapas Eriksonianas son, la etapa de Confianza vs Desconfianza, de Autonomía vs Vergüenza/duda, de Iniciativa vs Culpa, de Laboriosidad vs Inferioridad, de Identidad vs Confusión de identidad, de Generatividad vs Estancamiento y de Integridad vs Desesperanza.

Mahler (1970) sostiene que el nacimiento psicológico del individuo no ocurre al mismo tiempo que el biológico; analiza los cambios que se producen en la

conducta psicomotriz del infante y en la interacción con su madre, y cómo se organiza la personalidad a partir de estos procesos. Para esta autora los primeros meses del niño son una prolongación del estado intrauterino, caracterizado por la dependencia absoluta del vínculo con la madre como única posibilidad para la sobrevivencia biológica y psicológica, este proceso se define como simbiosis. A través del tipo de conducta con la que la madre responde a las necesidades del bebé permita o no a éste adquirir autonomía; es determinante entonces para la constitución psíquica normal del niño. Superar este estado de indiferenciación, de fusión madre-hijo.

Este aspecto de la función materna conceptualizado como *Estructura encuadrante*, (Green citado por Sverdlick, 2013), genera en el bebé lo que el autor denomina la *matriz del psiquismo*. Y es en esta matriz donde se quedan inscriptas las experiencias de satisfacción mediante el trabajo de representaciones. Cuando la madre demora más de lo conveniente en responder a las necesidades de su bebé, producirá en zonas del psiquismo fallas en la inscripción de las representaciones, y esto, a su vez, va a provocar fallas en el pensamiento. Así Green (1980, citado por Sverdlick, 2013) desarrolla el concepto de *la madre muerta*, concepto que refiere a una madre que por estar inmersa en sus propios avatares no puede cumplir su función de maternaje, no se identifica con las necesidades de su bebé. La figura de la madre queda desinvertida de libido, y esta situación no genera el espacio psíquico necesario y disponible produciendo formas de vacío afectivo y representacional.

Los niños atraviesan a lo largo de su desarrollo la etapa de separación e individuación, donde, partiendo de un yo aún no diferenciado del no-yo, comienzan a sentir diferente lo interno y lo externo. La separación-individuación normal es imprescindible para adquirir el “sentimiento de identidad”, que se completará con el gran cambio que sucede luego con la separación de la madre. Cambio que se presenta acompañado de la ansiedad de separación. La etapa de separación-individuación comienza alrededor del quinto mes de vida, para concluir, idealmente, en el tercer año de edad Mahler (1970). La separación-individuación, última etapa, implica el *logro de la constancia objetal*, significa que el niño puede evocar a la madre sin dificultad. Para conseguirlo debe haber incorporado a la representación de la madre intrapsíquicamente (Mahler, 1970).

Los cambios psíquicos según García Badaracco (1991) atravesados por el niño y el adolescente implican un crecimiento psicológico en donde ocurren determinados procesos como la interiorización, la incorporación e identificación con su contexto y cultura. Cambios que implican atravesar momentos de angustia de separación y pérdida, producto de esta nueva etapa. En consecuencia, todo cambio implicaría crisis y de acuerdo a cómo el sujeto pueda elaborarla resultará en un verdadero cambio.

Crisis de cambio es definida por Bion (1972) como cambio catastrófico. Y éste posee tres características propias y específicas, la subversión, la invariancia y la violencia. La subversión se da en el orden estructural, como un cambio en lo establecido, producto de lo diverso. La subversión está acompañada a veces por sentimientos de desastre, dolor y frustración. La invariancia evoca a los contenidos que se mantienen presentes, constantes e inalterables en el proceso de transformación, que preservan la identidad de la persona o grupo frente a las situaciones de cambio. El sentido de la invariancia es evitar que, como resultado de estas situaciones de cambio, surja una cosa totalmente diversa que destruya el sistema. La violencia en el cambio catastrófico, está dada por la oposición entre subversión e invariancia; la confrontación entre el cambiar o no, inevitablemente deviene en violencia.

El grado de intensidad y manifestación de las mencionadas características se encuentra en concordancia con la posibilidad de contención de la crisis de cambio transitada. El grado de subversión o de invariancia que resulte de la violencia de la confrontación se puede leer en el material verbal y no verbal del paciente, incluyendo el material onírico, las ansiedades emergentes y la aparición de síntoma (Bion, 1972).

Las ideas de crecimiento y decrecimiento mental son las que dan cuenta de la existencia de un cambio psíquico. El crecimiento como resultado del cambio, quedaría ligado a la tolerancia a la frustración, mientras que el decrecimiento señalaría una falta de la misma. (García Badaracco, 1991).

Las situaciones de cambio pueden ser muchas, lo que reviste real importancia es el tipo de respuesta del sujeto frente a la necesidad y urgencia de un cambio; en los casos en los cuales la situación de cambio no es tolerable para el sujeto, lo vivencia como inaceptable, no lo puede asumir y no puede resolverse en el marco de un crecimiento mental, su resolución puede darse por el desencadenamiento de

un accidente. El sujeto al no poder decidir si realizar o rechazar el cambio, convierte en conflicto, un dilema en realidad, que como tal un lema excluye al otro y es allí, ese estado de turbulencia y confusión producido por este conflicto dilemático, es el escenario en que el sujeto se encontraría propenso a accidentarse (Granel, 2009).

Granel (2008), basa sus pensamientos en el trabajo de Bion (1963, 1966, 1970), quien describe el momento de crisis en que se encuentra un sujeto, con características de un cambio muy perturbador para el mismo, generando un dilema tan profundo e intenso que la oposición interna es violenta, ésta es la situación dilemática y así, el accidente surge como respuesta a esta situación dilemática.

Tres actos refiere Granel (2009) en el proceso que lleva al accidente; en el primero el sujeto utiliza operaciones defensivas, como represión, escisión, desmentida, encapsulamiento, sepultamiento, definitivos o pasajeros, mecanismos cuyo objetivo es impedir que lleguen a la consciencia los contenidos afectivos intolerables para el sujeto. En el segundo acto el sujeto se encuentra bloqueado para producir el cambio en su vida, con un gran incremento de tensión y con la imposibilidad de expresar el dilema en que se encuentra de una forma simbólica o sea a través de la palabra, reflexión, fantasía o sueño. Este dilema es inconsciente, irresoluble, inelaborable y irrepresentable. Esto lleva al sujeto al tercer acto que es el accidente; el mismo, aunque de una forma trágica es un intento de encontrar un camino de salida de la situación dilemática, que si quedara estancada podría ser aún más letal para el sujeto. El accidente escenifica el conflicto interno padecido por la persona. Es una manera de representar en el mundo externo y junto a él, el dilema traumático, la situación dilemática que al no poder representar y elaborar, se expresa y descarga en el afuera, a través del accidente. Entonces se convierte en el trauma externo psicofísico representativo del trauma interno.

En síntesis, la teoría psicoanalítica de Granel (1985) define al accidente, como un fenómeno conductual, social y psicopatológico; pandemia del siglo XXI, actuación con sentido e intencionalidad inconsciente (Freud, 1901). Para Freud (1901) accidente significa trastocar las cosas confundido. Subyace en la génesis del accidente, un dilema cambio-contracambio, que se ha transformado en un trauma, por ser inelaborable, irrepresentable y haber sido inconcientizado. Metapsicológicamente implica un accidente interno: una colisión de identificaciones entre las más antiguas y más narcisistas y las más jóvenes, nuevas y objetales. El dilema cambio-contracambio lo podemos referir como un conflicto dilemático entre

una idea nueva, sintetizadora de las representaciones más recientes y renovadoras, y las estructuras que se oponen, porque esta idea es revestida de un carácter excesivamente renovador y disruptivo. Y es vivida como una amenaza para las estructuras más estables, que tienden a conservar la identidad básica de la persona.

### 3.3. Transferencia y Contratransferencia

La *transferencia* es un concepto nodal en la teoría psicoanalítica, el analista es aquel depositario de las relaciones objetales primarias del paciente. Y éste vínculo es el que posibilita el proceso analítico. Analizar la transferencia facilita la modificación de estas relaciones, incluso correcciones de la misma (Freud, 1937).

Es el desplazamiento afectivo de los contenidos ya sean conscientes como inconscientes del paciente en la figura del analista, aquello que se denomina transferencia, es ese vínculo particular donde el paciente actualizará en el analista los deseos, emociones, sentimientos y prejuicios que tuvo hacia las figuras significativas de la infancia, proyectándolos en él. (Freud, 1912).

El modo de intervención del analista en el proceso analítico es sostener, contener y empatizar con su paciente, e intentar facilitar y desarrollar la producción de asociaciones libres. De modo que el sujeto rememore sus vivencias, su historia, a la vez que lo ayuda a esclarecer su mundo interno (De León de Bernardi 2002).

Como respuesta emocional del analista frente al paciente, dialécticamente, surge la *contratransferencia*. Otro concepto fundamental en este encuentro analítico (Heimann, 1950, citado en Tumas, s/f).

Esta noción es presentada por Freud (1910) pero no es él quien realiza un vasto aporte en el tema. Él destaca la importancia de percibir, reconocer y superar estos sentimientos inconscientes que emergen en el analista en respuesta a los sentimientos inconscientes del paciente, para facilitar el proceso analítico y que éste no se vea obstaculizado. Desde aquí surge la postulación del autoanálisis y el análisis didáctico como formador de un psicoanalista.

Racker (1951), a su vez, sostiene que la contratransferencia es el conjunto de emociones, actitudes, pensamientos que el analista experimenta en la relación analítica, y las percepciones de lo que a él le ocurre, situación que le permite entender el estado transferencial de su paciente. Quedan activados los contenidos

inconscientes del analista por los del paciente, que no tiene la posibilidad por su patología de hacer conscientes. Esta es la razón por la cual la contratransferencia es un excelente instrumento técnico para la teoría psicoanalítica. Esta relación dialéctica entre paciente y terapeuta, tan particular es aquella que permite que el paciente manifieste, despliegue, integre y metabolice conscientemente sus emociones.

También Racker (1951) considera al tratamiento psicoanalítico, como una bipatía donde interviene el aparato psíquico del paciente y el del analista. A esta relación Granel (1980) bautiza como relación coordinada, donde en el analista tienen lugar internalizaciones e identificaciones con los objetos internos, las representaciones y las emociones del paciente, esto se manifiesta en el terapeuta en forma de emociones, ocurrencias y fantasías contratransferenciales. Por eso se ha dicho que el analista es la caja de resonancia del paciente.

Como advierte Paz (2013) con respecto a la noción de contratransferencia, traduce a través de ella, la forma de aproximación al proceso analítico en su globalidad y los modos de concebir la estructura del inconsciente.

De esa estructura conjunta y coordinada, nacerá la interpretación adecuada y operativa, que emergerá de las vivencias del analista y se corresponderá con las vivencias del paciente. Pero en muchas oportunidades, las ansiedades del terapeuta han sobrepasado la posibilidad elaborativa y el analista carece o tiene disminuida su transparencia para interpretar; dando lugar a formas patológicas de contratransferencia: contratransferencia maníaca, contratransferencia psicopática, contratransferencia melancólica, contratransferencia complementaria, etc. Esto adquiere importancia en casos de pacientes graves con severos funcionamientos psicóticos: en pacientes con estructuras narcisísticas y en accidentados. En estos casos el aparato psíquico del analista, tanto para atender un accidentado como para ser capaz de prevenir un posible accidente, está exigido al máximo. Y puede ocurrir que la predicción de un posible accidente se haga imposible y este ocurra, como es típico de estos procesos psicopatológicos en forma súbita y por sorpresa para el paciente y también para el analista Granel (2006).

La contratransferencia está en una dinámica relación con la transferencia del paciente. Kemper (citado en Thomä 1986) sostiene que conformarían “unidad funcional”.



García Badaracco (1991) aporta acerca de la transferencia-contratransferencia que es crucial en la clínica psicoanalítica. Freud (1913) destaca la importancia de estar alerta ante estos sentimientos despertados por el paciente para un buen manejo de la relación terapéutica.

Freud (1914) sostiene que como parte de la transferencia dentro del tratamiento analítico podría darse el acting out. Viendo el analista en este fenómeno el retorno de lo reprimido conectado con la transferencia. El paciente utilizaría a la transferencia como una manera de dar cuenta de sus conflictos, y de vivirlos en el vínculo con el analista. En los casos en que el paciente utilice este mecanismo el analista se encuentra en la lucha por “retener en el ámbito psíquico”, en el trabajo con las representaciones, aquellos impulsos que el analizado descarga directamente por medio de un acto motor.

En el caso del accidente, el paciente tiene cierta urgencia motivada por el propio accidente y por el estado de padecimiento corporal que experimenta. Situación que genera que el empático y cálido vínculo entre el terapeuta y el accidentado deba establecerse de la manera más rápida y adecuada posible, con el objetivo de poder alcanzar el núcleo del trabajo analítico que está enmarcado por la historia, el proceso y conflicto dilemático, que lleva al paciente a accidentarse y la comprensión de la naturaleza del conflicto frente al cambio vivido por el sujeto (Granel, 2009).

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio:**

Descriptivo. Análisis de caso único.

### **4.2. Participante:**

Los participantes que se presentarán a continuación son quienes conforman la diada analítica: el paciente y la psicóloga.

- El paciente accidentado internado en el en el Hospital General de Agudos, en el área de traumatología, es un hombre de 49 años nacido en un país limítrofe que inmigró a los 18 años a Buenos Aires, Argentina. Su familia de origen está compuesta por sus padres fallecidos ambos, y dos hermanos que en la actualidad viven en el país limítrofe del cual es oriundo, con quienes no tiene una relación

fluida. El paciente está casado en segundas nupcias, transitando al momento del accidente la separación de ésta, su segunda pareja. Padre de cuatro hijos, los mayores son dos varones de 28 y 25 años, no son hijos biológicos, son hijos de su primer esposa a quienes el adoptó como propios. Fruto de ese primer matrimonio nació su primera hija biológica de 21 años en la actualidad. Y de su segundo matrimonio tiene una hija de 7 años. Trabajaba hasta accidentarse en una compañía de teatro en la supervisión técnica del espectáculo. En una productora y en trabajos free lance relacionados con su oficio de técnico en iluminación y sonido. Su trabajo es de supervisión técnica de alto compromiso físico. Y siempre ha trabajado mucho y en varios trabajos al mismo tiempo.

- La psicóloga del servicio de asistencia psicológica, hace 30 años que se desempeña en este área asistencial de accidentología, recibida hace 33 años, de 55 años de edad. Formada en psicoanálisis y docente en especializada en accidentología, asistencia e investigación.

### **4.3. Instrumentos**

Se realizaron entrevistas-sesiones semidirigidas que variaron entre 45 y 50 minutos de duración, entre el paciente y la psicóloga tratante. Se grabaron en su totalidad, y posteriormente se desgrabaron. Se tomaron notas de observación durante las mismas. Se recabó información acerca de las motivaciones inconscientes del accidente, de la situación dilemática por la que transitaba el paciente al momento del accidente.

Se realizaron reuniones luego de cada sesión con la analista del servicio a efectos de intercambiar información acerca de diferentes áreas de interés sobre el caso: temas en relación al vínculo transferencial, en relación a la perspectiva teórica de la terapeuta, a sus señalamientos, a la construcción de este vínculo, a las motivaciones inconscientes que devinieron en el accidente, al conflicto dilemático que estaba atravesando el paciente.

Se realizaron reuniones de supervisión de la analista a cargo con su equipo. En ellas se analizaron las sesiones. Se tomaron notas de observación durante las mismas. Se trabajaron los temas surgidos en las sesiones.

#### **4.4. Procedimiento**

Se realizó una observación participante durante las entrevistas-sesiones acompañando a la analista del servicio de asistencia psicológica durante la internación del paciente en el servicio de traumatología. Se llevaron a cabo cinco sesiones durante este periodo, una por semana de 40/50 minutos de duración. Se grabó cada una de las sesiones y se registró de forma escrita los temas relevantes.

Posterior a cada una de las sesiones se realizaron reuniones con la analista del servicio con una duración de 1 hora aproximadamente.

Las reuniones semanales con el equipo de supervisión se realizaron semanalmente después de cada una de las sesiones, con una duración de 90 minutos, donde se discutieron también junto a otros colegas los casos que atienden otros miembros del servicio.

### **5. DESARROLLO**

Para el análisis de este caso se utilizarán iniciales para cada uno de los intervinientes, J. para el paciente, A. para la terapeuta y P. para la practicante.

El paciente J. ingresa a la guardia del Hospital en ambulancia luego de haber sufrido un accidente cayendo desde el techo de su casa a un terreno baldío. J. arriba al nosocomio con múltiples fracturas, ambos pilones y tobillos rotos y tres vertebrae de la columna lumbar, además de lastimaduras en piernas y brazos y manos. Queda internado en el servicio de traumatología bajo indicación de cirugías múltiples con el objeto de restablecer su integridad física.

El servicio de traumatología de este hospital cuenta con un cuerpo de profesionales del área de salud mental, especializados en accidentología, quienes visitan a los pacientes con el objetivo de contenerlos y ayudarlos a transitar el trauma que pudieran estar padeciendo a raíz del accidente; como también colaborar en la toma de conciencia de las situaciones conflictivas o problemáticas que pudieran haber tenido alguna relación consecuente con el accidente. El conocimiento y entendimiento del suceso acontecido, sin duda ayudará a evitar la probabilidad de un futuro accidente que pudiera devenir.

A la semana de ocurrido el accidente el paciente J. es visitado por la profesional y la practicante.

### **5.1. La ocurrencia del accidente:**

El paciente J. se encontraba en su casa, en ocasión de estar esperando a los técnicos del aire acondicionado que vendrían a instalarlo, y controlando a los pintores que ya estaban terminando con su tarea. J. se encontraba arreglando su casa porque estaba tramitando la separación de su esposa y deseaba dejar el departamento en buen estado. Ya solo en su hogar J. consume cocaína, y entra en un delirio persecutorio que culmina con la brutal caída. Cuenta que nunca le había ocurrido hasta el momento algo por el estilo, que ha consumido otras veces pero nunca con ese impacto sobre su psiquis. Y atribuye esta situación a la mala calidad de los productos ingeridos.

Relata el delirio, que luego quedará explicitado con detalle, lo recuerda perfectamente y con grandes detalles y en relación al accidente, recuerda que comienza a correr, escapando muy rápidamente, desesperado sube al techo, camina de espaldas, se queda sin piso, de modo que cae 7 metros, desde el tercer piso, tratando de sostenerse a medida que iba cayendo de las plantas del frente de su casa, pero estas se iban cortando; hasta que finalmente cae a un terreno baldío. En ningún momento pierde el conocimiento, aunque su estado no era de lucidez plena. La policía lo socorre luego de gritar para que alguien lo oiga. En la caída se fractura ambos tobillos y dos vértebras, debiendo ser operado en reiteradas oportunidades. La policía lo traslada hasta el Hospital, allí lo asisten realizándole los primeros auxilios en la guardia y queda internado.

No es el primer accidente que sufre el paciente... hace 8 años pierde falanges de los dedos mayor y anular de la mano izquierda, en ocasión de estar vacacionando con sus hijos mayores en la montaña. Tuvo un accidente con una soga que le arrancó las falanges perdidas.

### **5.2. Las motivaciones inconscientes que devienen en el accidente**

El accidente del paciente J. presenta la tentación de creer que se provoca por el consumo de cocaína, y es lo que cualquiera que no conociera la teoría psicoanalítica de accidentarse podría pensar o decir, pero desde la teoría citada sería producto de

un determinismo inconsciente y no un producto azaroso (Freiden & Slapak, 2009). En la primer entrevista J. ya puede exteriorizar parte de la situación que estaba atravesando al momento de accidentarse.

**A.** *Y cuando te accidentaste dónde estabas vos... estabas solo o era tu casa con ella?*

**J.** *No... era la casa con ella.... lo que pasa es que ahora estábamos pintando...pero yo me estaba quedando en la casa porque íbamos a colocar un aire acondicionado porque yo no quería dejar la casa sola...y que se yo y estaba yo en la casa.... pero yo estoy convencido que... salgo de acá y... ya lo sé... ya lo sé... me voy... porque ella tira, tira, tira, tira, tira... hasta que en un momento yo agarro las cosas y me voy y che boluda... no hinchas las pelotas, no hinchas las pelotas...te mete a la nena en el medio... no por la hija. .. la familia... yo digo familia es familia... familia es un proyecto de familia... yo opino, vos opinas, ella opina y llegamos a un consenso. No....., nos vamos de vacaciones a tal lugar, tantos días salimos tal día..... eh!!!!... para loco, para un poquito, ... déjame decir no tengo ganas de ir a Mar del Plata.. . no tengo ganas de ir a Pinamar... no tengo ganas.... En realidad nos estamos separando y quería dejar bien la casa.*

Los accidentes no son producto de la casualidad, sino resultado de un proceso inconsciente, producto de un planeamiento que encadena el accionar psíquico hacia una consecuencia inevitable y fatal: el accidente. Consideró Freud (1901), que los accidentes tienen sentido y significado, y son producto de una intención inconsciente.

Fue en la última de las sesiones que se pudo terminar de dilucidar que lo que menos deseaba el paciente J. era separarse de su esposa y al no poder salir de su casa caminando lo hizo como pudo, o como no pudo...

**J.** *Una etapa difícil....*

**P.** *Cuando, ahora antes de caerte?*

**J.** *Si antes de caerme porque si bien tenía laburo... un montón de cosas o sea ...yo con Elena estaba separado... ya estábamos separados lo que faltaba era salir de casa.... Y bueno... ese tema no lo podía resolver yo....no podía agarrar las cosas e irme.... Cosa que hice un millón de veces con parejas distintas no? Tampoco un millón de veces pero no era la primera vez q me pasaba... en otras situaciones una vez que tomaba la decisión me iba porque iba ser para peor quedarme....mira loca me voy porque va a ser para peor...*

**A.** *Pero acá algo pasaba que no te querías ir....*

El contenido inconsciente se expresa de diversas maneras en la vida de los sujetos, es posible acceder a él a través de los sueños, el chiste, los actos fallidos y los síntomas. Las enfermedades psicosomáticas y los accidentes también son manifestaciones del inconsciente, entendiendo al accidente como un acto fallido y éste como síntoma (Freud, 1901).

Fue la segunda sesión, muy reveladora, donde no solo aparece un sueño, que manifiesta sentido y significación, sino que fue en esta sesión que el paciente J. relata que hace exactamente un año había muerto su madre en ese mismo hospital, y en sus brazos. Su mamá vivía en otro país y había venido de visita, estaban yendo al teatro y en el taxi la madre se sintió mal y muere de un infarto en el Hospital. Al preguntarle si recuerda la escena o de que estaban hablando en el momento del infarto, J. recuerda que estaban hablando de una tía que vivía en el campo y que cuando se separó de su tío, no quiso entregarle la mitad del campo que le correspondía al tío y se prendió fuego ella junto al campo... perdiendo el campo y la vida.

Este relato lo realiza casi al final de la segunda sesión, luego de contar su sueño.

**A.** *Tuviste algún sueño estos días?*

**J.** *Tuve un solo sueño rarísimo que fue genial... que fue un incendio... si ... había alguien disfrazado como yo que tenía la pierna esta ta ta ta disfrazado como yo... él se sacaba todo rápido pumba y zafaba pero yo me quedaba quemándome.... Es genial...*

**A.** *Es genial... me lo puedes volver a decir? Como es?*

*Había un incendio.... Había alguien como vos...*

**J.** *Un boliche suponete un boliche, baile de disfraces ... soñé que había alguien disfrazado igual que yo... o sea la pata vendada...*

**A.** *Igual que vos ahora...*

**J.** *Igual que yo ahora... Entonces imagínate que hago así.... me saco ... se produce un incendio claro el hace chichichichi y se lo saca todo el disfraz y sale corriendo y yo no podía, no era disfraz....Era yo...era sacar el yeso... sacar el otro yeso no podía salir corriendo... ese fue el sueño... genial!*

*Producir un sueño porque no soy de soñar mucho, no soy una persona de soñar mucho... sueño una vez cada muerte de obispo... no sueño así siempre...*

**A.** *Y que se te ocurre con quemado, con el fuego... que piensas del fuego...*

**J.** *No se... no.... aparte no le tengo miedo al fuego sabes? Al fuego no le tengo miedo...*

**A.** *Pero sabes que me llama la atención... que por un lado... luchas, laburas, y pones un montón de energía y por otro lado te estás aniquilando no? con toda otra forma de vivir. Digamos como si hubiera como en el sueño... dos.... Uno que labura porque quiere vivir bien y otro que se está matando...*

En esta misma sesión relató también el delirio de persecución que tuvo al momento de accidentarse.

**P.** *Y Vos nos habías contado que te perseguían...*

**J.** *Claro... delirio de persecución viste... camine para atrás camine para atrás... y me caigo y pero todo completo, completo todo... yo te puedo describir la cara de los tipos...*

**A.** *Y como eran?*

**J.** *Eran dos uno era gordo con zapatos de suela, pantalón de vestir claro una camisa amarilla clarita... no amarillo chillón con dibujos así viste como se usaban antes... y el otro era un pibe más joven con una remera tipo streech roja medio rubiecito...*

**P.** *Y porque te perseguían estaba en el delirio o no...*

**J.** *No ....yo preguntaba porque, porque? Que hice yo? si yo soy un infeliz...yo lo único que hago es laburar, laburar, laburar, laburar, y cuando termino de laburar, laburo, laburo, y laburo... soy un obsesivo del trabajo. Y le decía por lo menos decime porque... yo está todo bien me la banco... yo tengo que pagar? No importa pero por lo menos decime porque dame una razón, dame un motivo... sabes que.... decime porque!!! y no hablaban conmigo... nada no decían nada...*

El accidente implica una situación de trastocar, de confusión, en donde están presentes lo manifiesto y lo latente. En esta confusión el sujeto realiza un acto torpe que lo lleva a accidentarse, pero en realidad este acto es el camino de expresión de los deseos inconscientes, de lo latente Granel (2009) lo define con la siguiente frase "la torpeza enmascara la destreza".

Los accidentes podrían también ser un modo de autocastigo, incluso una forma de suicidio inconsciente, en los casos más graves.

Tres categorías de actos fallidos fueron descriptas por Valls (1995), en su interpretación a Freud (1915). Aquellos que estarían relacionados con las

satisfacciones pulsionales, otros actuarían como forma de expresión de la resistencia y por último existe una categoría que estaría relacionada con el autocastigo. El accidente, considerado como un acto fallido, entraría en esta tercera categoría, la del autocastigo. En él la agresividad inconsciente se manifiesta en un acto autopunitivo.

Entonces, el delirio donde J. pregunta a sus perseguidores por qué, por qué? Yo qué tengo que pagar pregunta... podría ser una hipótesis que quien debe pagar es él, porque tiene una deuda?, es un deudo?, de su madre?, podría ser inconscientemente el pago de culpa por la muerte de su madre.... que murió en sus brazos, y no pudo salvarla?. Por qué pregunta qué es lo que debe?

El delirio que tuvo J. fue persecutorio, no de otro tipo... sería posible pensar que J. siente la persecución y la culpa de no haber podido salvar a su mamá o a su matrimonio?. Son interrogantes que quedan abiertos, ya sea por las escasas entrevistas o por la dinámica de las mismas, pero que sería muy interesante poder desplegar.

Será que no puede separarse de su madre, la parte quemada, su parte consumida, su madre, su tía... esta tía que separándose se quema y pierde todo asociado al sueño donde él se quema, una parte de él... la otra sale puede salir del incendio, su parte sana.

Y, se podría asociar con que quemados están también quienes se drogan. En el sueño J. se quema, igual que su tía y no queda nada...será que si se separa no queda nada...entonces cae al abismo/vacío/baldío?. Muere su madre, pierde a su mujer, podría sentir inconscientemente que no le queda nada, ningún objeto que lo acompañe, en su inconsciente, mató a todos?. Quizás por eso consecuentemente, en el delirio dice porque?, que hice? Quedarían abiertos estos interrogantes como hipótesis a investigar y desplegar, ya que no se han profundizado durante las entrevistas.

Es de real importancia que cuando comienza a hablar de su madre, la analista le señala algo en relación al duelo... como si le faltara duelar a J. no sólo a su madre, sin no otros duelos de su vida.

En ese momento a J. comienza a dolerle un tobillo, se queja y dice que hasta ahora no le había dolido nada... y que justo ahora comenzaba a doler... que duele? el duelo?. Podría ser la ligadura que pudo realizar al hablar de su madre, lo que le



generó el dolor.? Sería posible que quedara manifestado conscientemente el padecimiento inconsciente.

El accidente queda enmarcado en un estado onírico, un sueño despierto donde la consciencia es tomada por representaciones del inconsciente, que ajustan la escena externa con la interna a través de ese accidente (Granel, 2008).

La escena del accidente... solo en su casa. Sabiendo que la soledad será su futuro en lo que a pareja se refiere, ya que según los dichos del paciente no quiere volver a tener pareja y su vez relata no soportar estar solo y la ansiedad que esto le produce, esa escena de soledad quizás podría estar reviviendo otras escenas de otros momentos de su vida, donde también sintió abandono y soledad, como retorno de lo reprimido; y relata que cuando J. tenía 19 años volviendo de unas vacaciones con amigos, luego de dos meses, a su casa y cuando entra, se entera que todos se han ido de la casa, sus padres se separaron y nadie le había avisado en ninguna de las muchas oportunidades que habían hablado por teléfono. La persona que les renta la casa le comunica lo acontecido y le pregunta si él se quedaría en el departamento. Responde afirmativamente ya que contaba con el dinero para pagar el alquiler.

Cuando la satisfacción directa de estas pulsiones se enfrenta con vivencias dolorosas que el sujeto ha experimentado en su pasado, o a situaciones prohibidas culturalmente, se opone a ellas una fuerza contraria, esta fuerza es la represión, impidiendo que la pulsión se descargue libremente y produciendo una separación entre el afecto y la representación a la que le dio origen. Pero nunca es completamente exitosa la represión, y el retorno de lo reprimido se expresa en los sueños, los chistes, los actos fallidos y los síntomas, entre los cuales quedan incluidos los accidentes (Valls, 1995).

Bleichmar (1999) afirma que las acciones sintomáticas desempeñan el papel de un síntoma, y que, si bien no todo signo es un síntoma, todo síntoma sí se manifiesta como signo que remite a una manifestación, un observable, el accidente, que a simple vista no resulta comprensible en sí mismo, sino cuando se lo analiza en el conjunto de las determinaciones que lo originan.

J. nos presenta su imposibilidad de separarse de su esposa, sin saberlo, sus duelos pendientes, su sentimiento de abandono y soledad. Su falta de objetos protectores, se agarra de las plantas a medida que va cayendo pero estas se

cortan... pues no tiene de donde agarrarse. Sí, se agarra de la analista y la practicante en las sesiones y solicita siempre que regresen.

Como se ha mencionado anteriormente la teoría psicoanalítica de accidentarse presentada por Granel (2009) afirma que el accidente escenifica los conflictos inconscientes padecidos por el sujeto. Por lo tanto el accidente tiene una intencionalidad, un propósito y un sentido. Será la necesidad de afecto, de sentirse cuidado, en lugar de abandonado y echado, será el hospital el lugar donde sentirse alojado para J.? será la necesidad de parar y detener la inminente separación de su mujer? En la escenificación del accidente queda enmascarada la intención inconsciente, y para ello se vale de situaciones externas. A través del accidente, tomado como un síntoma se tiene la oportunidad de acceder y descubrir la situación conflictiva por la que transita el inconsciente del sujeto.

### **5.3. La situación dilemática que deviene en el accidente**

El paciente J. tiene 49 años, edad de replanteos y balances, la mitad de la vida, esta situación no es indiferente en la suya. J. realizaba una vida muy activa hasta accidentarse, tenía muchos trabajos en simultáneo y todos de gran exposición física. Como se ha mencionado anteriormente J. es productor técnico teatral, controlaba todo lo relacionado con la luz y el sonido de los espectáculos, trabajaba al momento de accidentarse en una importante compañía teatral, además de trabajar en telecomunicaciones y en producciones pequeñas, él se consideraba un adicto al trabajo, trabajó siempre y mucho, comentaba. Como sostiene Erikson (1968) el sujeto pasa a lo largo de la vida por diferentes etapas, y cada pasaje implica una crisis ya que es un momento crucial, consecuentemente el sujeto se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Y la mitad de la vida... es una etapa a considerar.

J. refiere en la segunda entrevista:

*....Lo que yo necesito es tranquilidad no puedo agarrar dos trabajos y en un momento yo tenía 14 trabajos... hacia muchas cosas a la vez...*

Y en la tercera sesión retoma el tema:

*.....No puedo hacer lo que estaba haciendo antes que tenía 7 actividades a la vez.... Todo el día con el teléfono enloquecido... tenía... el laburo del teatro, la productora*

*chiquita, la productora de Clown, con Tomás mi amigo una empresa de escenografía y todo lo demás y a su vez lo de telecomunicaciones y a su vez una productora chiquita que andaba por ahí con un amigo que hacía Screamfield y no se que y cuando necesita una mano yo voy. No lo puedo hacer... ya no tengo 20 años....*

*Hacia mil cosas a la vez... y ahora no...*

Es evidente que el impacto del accidente marca un antes y un después en la cotidianeidad de J., pero aparece solapado el tema de la edad, no sólo no podrá seguir con sus excesivos trabajos por el accidente, sino que la edad de 49 años, también empieza a ser un límite para su desborde. El cuerpo envejecido y dañado, y la angustia que esto le provoca.

Durante la Tercer sesión J. reflexiona...

**J.** *Va a llevar mucho tiempo todo esto, pero se va a solucionar...*

**A.** *Y esto para vos es una novedad... es una novedad porque como q hay procesos que ya no los podes manejar a tu gusto sino que te los marca el cuerpo.*

**J.** *Y eso para mí es....Es una herida.... Es muy doloroso... es más que doloroso...*

**A.** *Pero pareciera que era necesario no?*

**J.** *Evidentemente si... como quien dice por algo es. Realmente o sea... yo viví mi vida contra reloj siempre hacía, hacía, hacía... ya esta olvidate... Viví mi vida contra reloj... siempre enloquecido, enloquecido, enloquecido siempre llegando sobre el pucho... siempre llegando sobre el pucho ....siempre llegando... siempre llegando y bue...*

**A.** *Por eso me da la impresión que este accidente tan doloroso y tan grave... tiene un poco esa posibilidad no? Te da esa posibilidad*

**J.** *Ese motivo... Las cosas pasan por algo pasan... cada día más estoy convencido... hay un motivo... cada día mas*

**A.** *Y que más pansas...?*

**J.** *Un montón de cosas de compromisos... amigos... gente... vos te das cuenta q por algo fue... me están llegando un montón de cosas que .... O sea ... yo siempre fui muy generoso con el dinero y me deben mucho dinero y no consigo que me lo paguen...muy difícil y no son digamos lo suficientemente piolas como para decir... bueno lo necesita...*

En esta sesión aparece algo en relación a lo causal, al motivo, comienza a poder poner en palabras, a entender algunas cosas, o por lo menos a pensarlas. Puede expresar el dolor, la pena de estar atravesando este momento situación que

hasta aquí no era posible para él. Puede empezar a parar... desde lo mental como consecuencia del parate físico, originado y cerrando el círculo, desde el mundo psíquico. Nuevamente la sensación de incompreensión, de ingratitud de injusticia para con él. J. se muestra muy receptivo a los señalamientos de la terapeuta.

El concepto de “cambio catastrófico” aportado por Bion (1966) plantea que todo proceso evolutivo, todo cambio individual o grupal pasa por un momento crítico, frente a cada nueva idea, con la fuerza disruptiva que conlleva el cambio se vivencia como catastrófico, porque es un desorden y una desestructuración.

Estas situaciones de cambio serán la mayoría de las veces conflictivas. Entran en pugna, la pulsión de muerte que no desea el cambio, sino que tracciona hacia atrás, con movimientos tendientes a volver a un estado anterior, de tranquilidad, de la no vida (Freud, 1920).

J. está en pareja hace 15 años, tiene una hija con esta pareja de 7 años y refiere que ya se terminó la relación.... Pero si bien entiende que ya no pueden seguir juntos, no puede irse de la casa.... Se plantea aquí esta pugna, este desorden y desestructuración, que emerge en forma de accidente. Esta nueva idea disruptiva, catastrófica.

Aquello que queda escenificado en el accidentarse es llamado por Granel (2008) una situación de cambio conflictivo, un dilema de cambio-contracambio que no se ha podido elaborar, resolver ni representar. El dilema en que se encuentra el sujeto es tan grande que el cambio no se ha podido realizar normalmente.

J. no pudo irse de su casa, no pudo elaborar su separación, separarse era quedarse sin nada, sin su madre, sin su esposa, sin su casa....no pudo realizar el cambio normalmente.

En la primera sesión J. cuenta:

**J.** .... *Hace 15 años que estoy con ella y bue... ya está...*

**A.** *Que, te separaste?*

**J.** *Estábamos en eso*

**A.** *Ah estaban en tema de separarse? Tienen hijos?*

**J.** *Una nena de 7*

**A.** *Y la separación porque era? Por estos quilombos de consumo?*

**J.** *No... desgaste...después de 15 años...*

En las primeras sesiones J. expresaba su enojo y su dolor por situaciones vividas con su pareja, pero sobre todo subyacía una queja o un sentimiento de falta

de amor, de cuidado, de interés por parte de ella hacia él que parecía ser el origen de su malestar.

**A.** *O sea que ahora tu mujer no está viniendo a verte...*

**J.** *Si viene... yo lo que le pedí porque me produce mucha ansiedad estar solo que todos los días venga 2 o 3 horitas...y en ese momento si me pica, si necesito algo,... yo me la estoy bancando sinceramente... pero ella no se da cuenta... yo estoy y me la estoy bancando. Yo de esto voy a salir... voy a salir...voy a volver a mi vida, he tenido suerte que en mucha parte de mi vida he sido exitoso. Me ha ido bien...voy a volver a esa vida... la voy a ningunear de una manera terriblemente fea...no le va a gustar...se va a ir a la puta que la pario.*

**A.** *Estas muy enojado...*

**J.** *Claro.... como no voy a estar enojado si en 120 cumpleaños que tuvimos... 60 de ella... 60 míos.... Fuimos 60 de ella y uno mío... y encima ella enojada te dice no,... si pero yo fui al cumple de Pepito ese día que... que me estas cargando tarada?*

**A.** *Vos decís como que no te valoriza...*

**J.** *No sé si me valoriza... no le importa...*

Hasta el tercer encuentro J. no demostraba más que enojo... y cierta resignación hacia el final anunciado pero comienza a modificar su expresión manifestando su deseo de no separarse, de no querer irse de su casa... es muy trascendente que asome algo en relación a su deseo...

**P.** *Es para reveer esto de separarse?...*

**J.** *No....yo lo podría reveer... ella no lo quiere reveer... es como la vida que tiene etapas... es así (y con las manos hace como que sube y baja) ....es como natural... las relaciones son como naturales... para mí son así... empiezan ta ta ta ta y... terminan.*

**A.** *Pero vos decís que no quiere saber más nada porque...*

**J.** *No quiere saber más nada.... Ya está, aunque yo no quiera.*

Las situaciones de cambio pueden ser muchas, lo que reviste real importancia es el tipo de respuesta del sujeto frente a la necesidad y urgencia de un cambio; en los casos en los cuales la situación de cambio no es tolerable para el sujeto, lo vivencia como inaceptable, no lo puede asumir y no puede resolverse en el marco de un crecimiento mental, su resolución puede darse por el desencadenamiento de un accidente. Es en ese estado de turbulencia y confusión producido por este conflicto dilemático en que el sujeto se encontraría propenso a accidentarse (Granel,

2009). En el caso de J. esa confusión lo lleva al consumo que genera más turbulencia aún deviniendo el accidente. Así, el accidente surge como respuesta a esta situación dilemática.

En el proceso de accidentarse quedan enmarcados tres actos, describe Granel (2009); en el primero el sujeto utiliza operaciones defensivas, como represión, escisión, desmentida, encapsulamiento, sepultamiento, definitivos o pasajeros, mecanismos cuyo objetivo es impedir que lleguen a la consciencia los contenidos afectivos intolerables para el sujeto.

En el primer encuentro con J. al preguntarle qué le pasó, su respuesta fue, nada... un altercadito... un exceso... un delirio de persecución y caí..., todo queda cerrado, reprimido y sepultado bajo el consumo de cocaína, defendiéndose de todo lo intolerable para él, de modo que no llegue a la conciencia.

En la primera sesión al preguntarle lo sucedido, J. hace referencia a que el producto consumido era de mala calidad, que *toda la droga es de calidad mala, la cocinan en el país y es cualquier cosa*; responsabilizando su estado a la baja calidad de la droga. La analista le hace el siguiente señalamiento.... Y en su respuesta queda evidenciada la negación y represión de su padecimiento.

*A. Ahora, no puede ser que aparte de que los productos seguramente cambiaron algo también está cambiando en vos? Algo te pasaba a vos para que esa vez te pegue así? Porque yo no es la primera vez que escucho que pega de diferentes maneras....y vos decís que nunca te pego así....*

*J. Sisisi..... pero no no no no.... fue un día normal, tranquilo, común....no no no no fue un día ni con bronca... porque a veces viste cuando yo tomaba alcohol... yo tome mucho tiempo alcohol...de hecho soy alcohólico por eso no tomo... cuando tomaba alcohol y tomaba con bronca.... me pegaba mal terrible... me entendés y esto probablemente pueda haber pasado algo parecido... pero no fue así... era un día como siempre...común... un día común...*

En el segundo de los tres actos descriptos por Granel (2008) el sujeto se encuentra bloqueado para producir el cambio en su vida, con un gran incremento de tensión y con la imposibilidad de expresar el dilema en que se encuentra de una forma simbólica o sea a través de la palabra, reflexión, fantasía o sueño. Este dilema es inconsciente, irresoluble, inelaborable y irrepresentable. Este segundo acto queda claramente evidenciado en el bloqueo que presenta J. al estar drogado, esta imposibilidad de expresar su dilema, lo lleva al tercer acto que es el accidente; el

mismo, aunque de una forma trágica es un intento de encontrar un camino de salida de la situación dilemática, que si quedara estancada podría ser aún más letal para el sujeto. El accidente escenifica el conflicto interno padecido por la persona. Es una manera de representar en el mundo externo y junto a él, el dilema traumático, que al no poder representar y elaborar, se expresa y descarga en el afuera, a través del accidente. Entonces se convierte en el trauma externo psicofísico representativo del trauma interno.

También es importante tener en cuenta el modo que tiene J. de expresar sus sentimientos de enojo, angustia, desolación. Situación que es señalada por la terapeuta, como la imposibilidad de sostener la angustia y desbordar a través de los excesos por ejemplo, el alcohol, el consumo, el trabajo. Experiencias todas que se vuelven contra él.

Finalmente, en este tercer acto, J. se rompe los pilones. Los tobillos y la columna. Queda sin sostén, situación que descargó su falta de sostén interno y lo lleva como se analizó en párrafos anteriores, a detener su vida, parar y empezar a buscar un camino de salida a este dilema.

En la última sesión finalmente surge la siguiente reflexión, donde puede ligar aquello que le ocurrió. Puede expresarlo a través de la palabra.

**J.**....*Yo estaba en una etapa como de no dar pie con bola... una etapa difícil*

**A.** *Antes del accidente?*

**J.** *Si antes de caerme porque si bien tenía laburo... un montón de cosas o sea ...yo con Elena estaba separado... ya estábamos separados lo que faltaba era salir de casa.... Y bueno... ese tema no lo podía resolver yo....no podía agarrar las cosas e irme.... Cosa que hice un millón de veces con parejas distintas no? Tampoco un millón de veces pero no era la primera vez que me pasaba... en otras situaciones una vez que tomaba la decisión me iba .*

**A.** *Pero acá algo pasaba que no te querías ir....*

**J.** *Y es probable... yo no quería... tampoco quería.... tampoco estaba satisfecho con lo que estaba haciendo... la verdad era una etapa de insatisfacción... estaba como insatisfecho... mal... el sabor de la comida no era bueno me entiendes?. El sabor de las cosas el placer de las cosas de las pequeñas y de las grandes... y no te puedes mover de donde estás es extraño porque tampoco me quería ir... me decía dale ya está...*

Consecuentemente, en el accidente como síntoma se expresan un choque de fuerzas de cambio-contras cambio, conflicto dilemático que como tal un lema excluye al otro, J. no se puede ir de su casa y no puede quedarse en su casa... la separación pareciera ser vivida como pérdida, reavivando el duelo de su madre y el sentimiento de abandono y soledad vivenciado en otros momentos de su vida. Por qué no se podía ir? Será la imbricación del sentimiento de soledad y sus 49 años, podría pensarse que frente a su momento vital una separación significase la caída? El darse cuenta que ya no es fácil volver irse como otras veces...

Al no poder llegar a la consciencia por efecto de la represión que actúa frente a su excesiva carga afectiva, el conflicto pierde la posibilidad de expresarse a través de la palabra, y encuentra como forma de expresión la puesta en acto, la escenificación en el accidente. Siendo éste una forma de comunicación y de restitución (Granel, 2009).

Analizando el caso de J., se pueden observar las características de un conflicto dilemático, en la mitad de su vida, crisis vital, momento crítico; que genera malestar y angustia, añadiéndose también una inminente separación de su mujer, que representa la soledad y el abandono, y que despierta y activa recuerdos anteriores, adolescentes en J. sobre estos angustiosos sentimientos, situación que resulta intolerable. Si se piensa al accidente como un síntoma, se podría atravesar por la palabra los conflictos y padeceres sufridos otrora por el paciente.

#### **5.4. Analizar la vinculación transferencial construida entre el analista y el paciente.**

Para el desarrollo de este tercer objetivo, cabe destacar que el encuadre de las entrevistas tenidas, fueron en un marco hospitalario, en la habitación donde el paciente se encontraba internado, habitaciones compartidas entre cuatro pacientes. En el caso de paciente J. dos de las cinco sesiones se realizaron fueron en una habitación individual, porque J. estaba transitando una infección y debía permanecer aislado. Las entrevistas fueron semanales, en alguna ocasión han transcurrido 10 días entre las entrevistas por causa de los cambios originados en la planificación de las cirugías. El servicio de asistencia psicológica, en el área de traumatología, se ofrece a todos los pacientes accidentados que se encuentran internados. Este aspecto es relevante en el análisis de la construcción del vínculo transferencial, dado que, si bien el paciente puede desistir del ofrecimiento, situación que no ocurrió



con J., se debe considerar que no concurre a su sesión por demanda propia y espontánea en un comienzo.

Estas observaciones relacionadas con el tiempo, el espacio, la demanda y el encuadre son de vital importancia en el establecimiento de la transferencia-contratransferencia, conceptos nodales de la práctica psicoanalítica.

Desde un primer contacto el paciente J. demostró mucho interés en la presencia de las terapeutas, hasta llegó a plantear como necesario este encuentro. A medida que las semanas transcurrían el vínculo iba creciendo y afianzándose, J. tuvo muy buena predisposición, situación que posibilitó el acercamiento, entendimiento o dilucidación del devenir del accidente.

Y contratransferencialmente, las terapeutas se vieron en la misma situación de entusiasmo y predisposición.

Fueron cinco las sesiones con el paciente J., hubo una sexta visita que fue infructuosa, ya que el paciente estaba recién operado y apenas podía hablar, pero pidió muy enfáticamente que las terapeutas volvieran lo antes posible. Las entrevistas se realizaron a media mañana, oscilando entre las 11 y 11.30 hs; razón por la cual en más de una oportunidad hubo que despertar al Sr. J., ya que se encontraba durmiendo. En toda ocasión expresando gran entusiasmo e interés por tener su sesión. Cabe aclarar que todas las sesiones fueron con el paciente acostado en su cama, en algunas oportunidades casi inmóvil, con sus miembros inferiores colgando de sostenes ortopédicos y en las últimas si bien estaba acostado y sin poder levantarse, podía moverse y cambiar de posición, con marcado dolor que expresaba su cara.

Fue notable la evolución durante el período de los encuentros. Su apertura incrementaba en cada encuentro, junto con su capacidad de análisis e introspección. Durante los dos primeros encuentros fue una catarata de decires, cierta euforia e indiscriminación en su discurso, como si se hubiera abierto una canilla, donde a borbotones brota un contenido incontenible. A partir de la tercera sesión el discurso se volvió más controlado, más reflexivo y más consciente de la situación por la que estaba transitando, dando lugar a determinados señalamientos que le ofrecían el espacio para bucear en su interior, situación que fue tomada rápidamente por J. y capitalizada en su evolución.

La relación dialéctica entre paciente y terapeuta, tan particular es aquella que permite que el paciente manifieste, despliegue, integre y metabolice

conscientemente sus emociones. (Racker, 1951). Situación que fue gradualmente ocurriendo, merced a la experticia de la terapeuta y necesidad del paciente.

La primera sesión fue determinante en el estilo del vínculo que se iniciaba, la habilidad de la terapeuta en captar el espíritu de J. habilitó un entendimiento tácito, una empatía que al decir de J. fue motivadora. La informalidad en el discurso generó una confianza desde primer momento.

El modo de intervención del analista en el proceso analítico es sostener, contener y empatizar con su paciente, e intentar facilitar y desarrollar la producción de asociaciones libres. De modo que el sujeto rememore sus vivencias, su historia, a la vez que lo ayuda a esclarecer su mundo interno (De León de Bernardi 2002). Cronológicamente fue el Sr. J., explorando y abriendo nuevos espacios hasta poder retrotraerse a imágenes infantiles, experiencias y sentimientos de etapas arcaicas de su vida.

J. tiene una personalidad arrolladora, seductora, histriónica, algo manipuladora, inteligente y atractiva como también desvergonzada, poco formal, desprejuiciado... que genera gran interés a los oídos ávidos de escucha.

La necesidad del reiterado pedido de retorno frente a la despedida de cada encuentro, podría reflejar este pedido desesperado del no abandono, no ser nuevamente abandonado, la necesidad de aferrarse a alguien que no lo deje como su madre, como su familia, como su esposa, como expresa en una de las últimas sesiones, *el sentimiento abandonico lo sentí toda mi vida....*

Queda plasmada la definición de transferencia en estos sucesos, siendo ésta el desplazamiento afectivo de los contenidos ya sean conscientes como inconscientes del paciente en la figura del analista, es ese vínculo particular donde el paciente actualizará en el analista los deseos, emociones, sentimientos y prejuicios que tuvo hacia las figuras significativas de la infancia, proyectándolos en él. (Freud ,1912).

En el primer encuentro J. relató como había ocurrido el accidente y ya asomó el tema conflictivo en relación a su pareja. Estaba muy preocupado por no tener fecha de operación y estaba ansioso. Relató el suceso de otro accidente que tuvo donde perdió falanges de los dedos mayor y anular de la mano izquierda... al mostrar su pérdida... saco la mano de debajo de la sábana y colocó su dedo trunco en la nariz a modo de humorada.... que no causó gracia en las terapeutas. Al contar bajo que circunstancias se había accidentado nombre al accidente como tonto.... *tonto pero*

*te saco parte de los dedos....* dijo la terapeuta, no revestía mayor importancia al decir de J. El clima fue muy ameno y cordial al momento de retirarse las terapeutas la siguiente, fue la despedida:

**A.** *Te parece que nos volvamos a ver en estos días?*

**J.** *Cuando ustedes quieran chicas.... A mí me hace muy bien... saber...*

**A.** *Lo que pasa es que necesitas tratar de sacar y entender...*

**J.** *.....yo el primer día que llegué a la guardia le pedí a la psicóloga que no tarden en venir que vengan rápido... buenos demoraron 10 días... la carne viva la tenía hace una semana atrás*

**P.** *Muy bien nos vemos entonces.... que estés bien!*

Varios temas a rescatar en este encuentro iniciático, como se ha mencionado anteriormente ya queda delineado algo en relación a su conflicto dilemático, no quiere irse de la casa, no le gusta estar solo, sale por el techo, rompe su sostén y apoyo, pierde este sostén. Allí está su conflicto, en la zona decatectizada. La columna y los tobillos. Aparece un signo de castración, los dedos cortados cohabitando con la perversión de colocarse el dedo en la nariz. Revierte la falta de cuidado, quejándose por la tardanza en la operación o por las escasas visitas de la esposa.

La segunda entrevista fue muy reveladora, aparece un el sueño relatado anteriormente, junto con la explicación del delirio, la muerte de su madre, su primer matrimonio y separación, su dificultad y temor a la soledad....

Al entrar a la habitación a modo de bienvenida, muestra una herida abierta que tiene el codo, diciendo *mira lo que tengo... no está lindo no?... que feo se puso no?....* al mismo tiempo que mantenía el codo en alto y no lo bajaba, mostrando casi con orgullo la herida.... Estaba esperando que vengan a curarlo. Igualmente dice que no siente dolor para nada, que no le duele ni le dolió nada. Y que está muy contento porque lo van a operar...

Comienza a rascarse la espalda baja por debajo de la sábana y comenta que no puede estar transpirado porque se escara... y sacando la mano de allá abajo toca a la analista comentando algo acerca de otro tema. Situación que incomodó bastante a las terapeutas.

Cuenta que siempre trabajo mucho y que fue la causa de su primer divorcio, no tenían casa y él pudo comprarla pero a costa de mucho trabajo y la ex mujer no aguantó ese estilo de vida.

La terapeuta hace un señalamiento que J. acepta con interés....

**A.** *Pero sabes que me llama la atención... que por un lado... me da la impresión de que por un lado luchas, laburas, y pones un montón de energía y por otro lado te estás aniquilando no? con toda otra forma de vivir. Digamos como si hubiera como en el sueño... dos.... Uno que labura porque quiere vivir bien y otro que se está matando...*

**J.** *Exacto... generalmente gana el que vive bien... nunca fui así... un desastre... ni tire la casa por la ventana... nunca perdí nada... nunca perdí trabajos... nada a raíz de esto...*

Algunas reflexiones se desprenden de lo antedicho, nunca tiró la casa por la ventana? Se tiró él? Nunca perdió nada? ...perder es sólo perder trabajos, y no perder a las mujeres?, más hilos para pesquisar, más hipótesis para explorar.

En el momento que la analista le dice que parece que le faltaran realizar algunos duelos, a raíz de la muerte de la madre que él relata, en ese momento que la analista liga esta situación a su vida... comienza a dolerle el tobillo... se queja mucho del dolor de tobillo y dice... *nunca me dolió nada... no sé, porque me duele ahora?* Esto da cuenta de que hay una conexión y necesidad muy grande de este espacio para él. Que es muy receptivo a los señalamientos y hace eco de ellos. De hecho en la despedida vuelve a insistir e incluso pregunta si es posible que las terapeutas vayan más seguido, y si lo operan que por favor vayan aunque este recién operado.

Contratransferencialmente... pasa que este paciente ejerce algo de fascinación en la terapeuta por un lado, y entendiendo lo que genera la fascinación, como un estado que aleja del pensamiento, que queda en la obnubilación y no deja pensar, tapando esos agujeros psíquicos, que el paciente tiene, el paciente no piensa ni deja pensar... vale aquí la definición de Granel (1980) en tanto bautiza como relación coordinada, este vínculo donde en el analista tienen lugar internalizaciones e identificaciones con los objetos internos, las representaciones y las emociones del paciente, esto se manifiesta en el terapeuta en forma de emociones, ocurrencias y fantasías contratransferenciales. Por eso se ha dicho que el analista es la caja de resonancia del paciente.

Y retomando la contratransferencia, por otro lado, reforzando este concepto, la terapeuta siente algo del orden del asco y la vergüenza, en relación a los diques que en toda evolución del desarrollo psíquico se presentan y que el paciente no los tiene, metiéndose el dedo en la nariz o rascando su cuerpo y luego tocándola. Algo de lo perverso en relación a este tema. La sensación es que hay mucho material para trabajar y es muy bien recibido por J. todo lo que las terapeutas señalan.

Racker (1951), sostiene que la contratransferencia es el conjunto de emociones, actitudes, pensamientos que el analista experimenta en la relación analítica, y las percepciones de lo que a él le ocurre, situación que le permite entender el estado transferencial de su paciente. Quedan activados los contenidos inconscientes del analista por los del paciente, que no tiene la posibilidad por su patología de hacer conscientes.

Llegando a la tercera sesión el Sr. J. está muy dolorido... y con fiebre por una infección que están estudiando los médicos con el fin de saber de dónde proviene. Y comenta que es probable que al día siguiente le realicen una toilette para limpiar la herida de la operación de columna. Hasta el momento J. se mostraba muy animado pero algo cambió en su ánimo y es que quizás que se dio cuenta que no tan rápido podría sobreponerse a esta situación, realizó una descripción detallada de sus dolencias y su situación médica. Habla de sus dolencias físicas y psíquicas. Puede hacer una revisión de sus últimos tiempos, de su forma de vivir e incluso hasta encontrar un sentido a este accidente. Luego de un señalamiento de la terapeuta. Hay una concientización acerca de su vida, entiende que ya no puede seguir trabajando como lo hacía, ni seguir viviendo del modo que vivía. Se reconoce distinto y dice:

*J....esta situación... este mes cambié... y me duele a mi también...si... y me agoto... ahora así ta ta ta ta me canso... me canso de hablar y me canso físicamente estoy físicamente cansado... mira si será real que ayer para ir de cuerpo... hacia 24 hs que no iba de cuerpo y no podía... y ya estaba listo y yo me di cuenta que no tenía fuerza...*

*A. Empezó a aparecer como una sensación de que no es tan fácil como parecía al principio...*

*J. Y es que si por supuesto... pero eso pasa con todo no? ...cuando empezás ta ta ta ta no sabes que después va a ser tan difícil...*

Es habitual que el Sr. J. utilice la repetición de sílabas en medio de su relato, como ta ta ta ta o similares. Se volvió llamativa esta forma de llenar un espacio con sílabas sin sentido alguno, cumpliendo la función de emitir sonidos sin significación, sin palabra. Y podría remitir al vacío en relación a la soledad y abandono, que ahora está empezando a darse cuenta que siente... toda su vida lleno espacios vacíos, con trabajo, con excesos, alcohol, droga.

Durante este encuentro hizo referencia a la mudanza que deberá encarar apenas se externe, a vivir solo, situación que ahora a diferencia de las sesiones anteriores, le provoca angustia y preocupación.

Nuevamente, en el momento de la despedida pide que regresen las terapeutas, agradece mucho la visita, dice haberle encantado que fueran, reitera lo bien que siente que le hace hablar y lo mucho que le gusta que vayan. Plantea lo importante de hablar con otro, ya que hablando solo, él siempre tiene razón, queda manifestada la transferencia positiva, el cálido y contenedor vínculo generado.

En la cuarta entrevista, el Sr. J. se encuentra aislado en una habitación, porque le han descubierto una infección y no puede estar en contacto con gente. Al recibir a las terapeutas como ya es costumbre una sonrisa se le dibuja en la cara, y se alegra de verlas. Se encuentra mejor y menos dolorido, aunque como el expresa, *un poco bajoneado*. En este entrevista el Sr. J. habló de su papá, de su infancia, de su placer por la lectura, de algunas broncas familiares, reclamos a su esposa. Se encontraba decepcionado, utilizó la palabra *estafado*, hablando de su esposa, reclamando que no se quedó nunca a dormir con él y la falta de interés hacia él, y reprochando que él se había hecho cargo de la familia de ella cuidando a una tía en sus últimos días, contaba que la tía tenía 84 años y él se quedaba en el hospital con ella, la bañaba y eso le producía risa porque decía que nunca nadie la había visto desnuda. Se extendió bastante en este tema, y otra vez provocó alguna sensación de incomodidad en las terapeutas, algo de rechazo en la detallada descripción.

Fue interesante el relato de su anterior accidente cuando perdió parte de sus dedos.

*J. Fuimos de vacaciones estábamos con los dos chicos más chicos de los grandes....este ella y yo y nos fuimos a pasar unos días de vacaciones y aparte yo fui a buscar algo para el laburo que iba a empezar y estábamos en la primera etapa de buscar un bebé, de uy estoy ovulando veni... plin plin plin.... Ese momento de prprprpr era todo medio raro pero... y me pasa primero lo de los dedos.... Y yo soy*

*muy creyente.... Entonces me pasa lo de los dedo y yo estaba enfrente del hospital... después de todo ese proceso me habían operado..... esperando que trajeran el medicamento. Y yo pensaba porque....si dios me saca algo es porque me va a dar otra cosa y compre un Evatest y viene ella tatatata y llegamos a la noche al hotel y le digo te podés hacer el Evatest por favor... me lo tiro por la cabeza... descargo me puteo me tiro toda la bronca que tenia por el accidente tatata yo no le di bola... y al otro día a la mañana me levantó y viene llorando a la cama y me dice que estaba embarazada... entonces yo realmente sentí en ese momento que... y lo que me paso era eso sacar para tener.*

**A.** *Por qué.... Por qué vos cuando ganas algo tenés que perder otra cosa.....*

**P.** *y no cualquier cosa... una parte de tu cuerpo..... no?*

**J.** *Pero fue así...*

**A.** *Fue así pero no debería....Porque digo.... lo que pasó ya pasó.... pero para que no te siga pasando...*

Surge aquí una reflexión, *que ganaré ahora que perdí todo esto?*, es muy interesante el planteo que J. hace, aparece esta noción subyacente de autocastigo, los accidentes según Freud (1901) pueden entenderse como una forma de autocastigo cierta agresividad autodirigida disfrazada de casualidad. Como señaló una de las terapeutas, tenés que perder para tener, esto lo deja en una situación de tener que entregar algo para poseer algo, entonces siempre queda en deuda.

En otro momento logra ligar el accidente (lo que pierde), con lo que ganará que es parar la vorágine de sus días, y empezar de nuevo. Gana una vida más ordenada, que cree que podrá sostener aunque tiene dudas, teme aburrirse de que todo le funcione bien, y aquí nombra a su padre, que era un buscavidas, un *sobreviviente* lo llama, cambiaba muy seguido de trabajo y no tenían una estabilidad. Porque el papá, igual que él se aburría. Pero P. señala que él sí pudo lograr cierta estabilidad en su trabajo, que es muy trabajador y bueno en lo que hace. Acepta y reconfirma el señalamiento.

Cuando llega la despedida no deja de expresar lo bien que le hace poder hablar con las terapeutas, refiere la posibilidad de poder pensar mas claramente y de pensar diferente, repensar cosas que nunca había pensado. El vínculo es cada vez más estrecho. El narcisismo de las terapeutas no pudo disimularse frente a la sensación de logro con que viven esta asistencia.

Y finalmente la quinta sesión, sin saber ninguno que sería la última, funcionó como una síntesis, un cierre donde se arribaron conclusiones, donde J. pudo manifestar y sacar a la luz, mucho de lo que permanecía oculto para él. Seguía en una habitación privada, ya que transitaba una infección y no podía compartir la habitación con los demás pacientes.

Estaba de mejor ánimo, le alegraba estar próximo a salir del hospital, se iría a una clínica de rehabilitación.

**J.** *Estoy de mejor ánimo, sobre todo de mejor ánimo...que era la parte que estaba más... yo les dije el otro día, algo fui cambiando... ahora estoy durmiendo mejor... que se yo... pero pensando mucho estas cosas.... Yo te pido mira yo necesito que vengan....y Tatata y en cierta manera vienen... y esas pequeñas cositas para mí son fundamentales viste?*

Esta reflexión, pone en evidencia la transferencia que se ha construido desde la necesidad de cuidado y dedicación que J. requiere frente a sus sentimientos abandonados y facilitar desde este lugar el acceso a su contenido inconsciente.

J. realiza una especie de recuento o síntesis de algunos momentos de su vida y reflexiona:

**J.** *....No tengo la fuerza muscular....pero bue... no importa.... Me va dar dificultad para caminar NO. Voy a quedar rengo SI... me preocupa estar rengo NO... hoy me preocupa estar rengo NO...*

**A.** *Y claro....claro zafaste...*

**J.** *Y eso es lo que yo les decía que me influye cuando hablo con ustedes.... Yo realmente me he dado cuenta de que pase por un estadio que me podría haber muerto, no me morí, ahora no tengo derecho a morirme. Ningún derecho a morirme.... Ni ningún derecho ni de hacer cagadas... ningún derecho...*

**A.** *Claro porque tus muchas cagadas siempre fueron como un intento de burlarse de la muerte... viste?*

**P.** *Vos te jugabas con la vida a ver si podés...ahora la tomas con más respeto....*

**J.** *Si, Lo más lejos que uno pueda...Sisisisisi yo les soy sincero...y sé que toda la vida estuve al límite...siempre estuve al límite....por miles de cosas*

**A.** *Eso me gustaría saber... vos tenes idea de por qué? Qué se te ocurre? Porque digamos no es una etapa de la vida... fue una forma de vida....*



**J.** *Sabes que no sé porque, pero era como que me....aburría... no se, no se no puedo decirlo....Como que yo estaba bárbaro con todo, normal, bien... para mi normal era como algo que no.... No.... No....*

Esta introspección ubica a Sr. J. en otro lugar, y reafirma esta posibilidad de poder cambiar algo de su historia, que quite sufrimiento a sus días.

También habla mucho de su mujer y reconoce lo que venía gestándose, este pánico a la soledad y esta situación donde la separación arrasa con todo, y finalmente cae al vacío.

**J.** *Con mi mujer...Mejor todo....Mejor me vinculé... mejor me quise vincular más que nada....fue con la única q yo afloje un montón de cosas personales mías por la pareja....*

**A.** *Claro y si se ve que sí... se ve que tu sensación fue me separo y caigo a un abismo no? Me quedo sin nada...*

**J.** *Y puede ser... puede ser....exactamente.... este sentimiento abandonico de toda la vida no? Siempre sentí eso...*

**A.** *Por qué siempre sentiste eso?*

Aquí relata su experiencia adolescente cuando su familia se fue de la casa sin avisarle luego de sus vacaciones con amigos.

En otro momento de la sesión la analista le señala:

**A.** *Por eso pareciera que vos viviste un montón... hiciste un montón de cosas... y me parece que este es el momento que estas pidiéndote a vos mismo de poder integrar todo eso. De integrarte vos... y ver de todo eso, como te vas armando y cómo vas a seguir... o sea que cosas tenés ganas de seguir... de que manera... me parece que este es el momento...*

**J.** *Si yo creo que este es el momento... que no puedo hacer lo que estaba haciendo antes que tenia 7 actividades a la vez....*

**A.** *.Porque vos vas a tener que aprender también y creo que la situación te está ayudando a entender como a bancarte cierta angustia... porque vos frente a la angustia empezas y no paras... y a veces hay que bancarse un poco la angustia... contenerla y ver que pasa y poder pensar que hace uno con esa angustia... donde la quiere poner en que la quiere transformar... que hace con eso... pero si no te la bancas enseguida buscas algo para hacer que puede ser cualquier cosa y te puede salir muy bien o te puede salir muy mal. Porque como no lo piensas... sale como sale lo que fuera... a veces es fantástico y a veces es un desastre....*

*J. Eso que no lo piensas es genial eh...porque ninguno de mis laburos me senté a pensar que iba a hacer....*

El Sr. J. asocia este señalamiento a su parte laboral, porque finalmente él como adicto al trabajo, se constituye en el trabajo, es su identidad. Pero no logra asociar el accidente, con este no pensar que se plantea.

También resulta interesante eso de vivir tanto y tan intenso, lo que ya se ha mencionado en relación a llenar los vacíos, los agujeros psíquicos que tiene.

Y como broche de oro de este fructífero encuentro culmina diciendo que se siente mucho mejor que antes... después de ver a las terapeutas. Y que desea continuar con los encuentros en cualquier lugar donde esté.

Cabe repensar, porque no se lo vio más hasta ahora al Sr. J., quizás se retome el contacto más adelante, pero acaso contratransferencialmente también volvió a sufrir un abandono el Sr. J.?

Teniendo en cuenta que el proceso analítico descrito es muy particular, de características especiales y analizando la importancia de la transferencia contratransferencia que ejerce en este proceso. Las terapeutas cumplieron una doble función por un lado fueron facilitadoras de la posibilidad de J. de entender algunas de las motivaciones inconscientes y conflictos dilemáticos por los que atravesaba al momento de accidentarse. Por otro lado sirvieron de sostén, de anclaje, de continente frente al sentimiento de abandono imperante en J. Esta condición fue imprescindible y generadora de esta capacidad de descubrimiento desarrollada por J. A pesar de los escasos encuentros, fue revelador el cambio discursivo en J., su capacidad de empezar a vislumbrar sus deseos, su necesidad de modificar algunas cuestiones en su relación con el afuera, su cómo seguir después de este accidente que mientras se volvía más limitante en su conciencia, adquiriría una significación cada vez más preponderante y paliativa en su vida. La posibilidad de retomar, cambiar el rumbo y volver a empezar.

## **6. CONCLUSIONES**

Atribuir al azar o al destino el origen del accidente tiene como lógica consecuencia la idea de su inevitabilidad, y por ende esta concepción conduce a la aceptación de que el accidente sería un suceso independiente de la voluntad humana, que se encontraría desencadenado por la acción súbita y rápida de una

causa exterior que podría traducirse en una lesión corporal o mental, sin por esto poner en tela de juicio que, aquello que aparentemente surge como suceso independiente de la voluntad humana, es el emergente de una multiplicidad de factores psíquicos que al momento del accidente coexisten con aquellos factores exteriores que son concomitantes a los psíquicos, y que montan el escenario propicio para el suceso de ese acontecimiento visto y descrito popularmente como imprevisto, desgraciado y que ocurre por casualidad, definiéndolo así como accidente.

Si bien por un lado el accidente produce, en la mayor parte de los casos, un gran daño y dolor físico; al mismo tiempo, el accidente resulta ser un alivio momentáneo para quien lo protagoniza, alivio de ese dolor psíquico que genera un quantum de displacer aún mayor del que pudiera provocar el accidente mismo. Es por ello que el accidente es un intento de “dar forma a lo informable”, es un intento de poner en una trama simbolizante e historizable aquello que en su momento ha quedado obturado a nivel de la palabra. De esta manera el drama potencial, difuso e insoluble del mundo interno es reemplazado por un drama real localizable en el mundo externo que se presenta como el contenido manifiesto y la transformación de un “accidente interno” que no pudo alcanzar los niveles organizados de representatividad en el mundo interno.

Aprendiendo acerca de esta teoría, también debo decir que si bien he encontrado un correlato impecable entre la misma y la realidad del caso paciente J., y en muchos otros casos estudiados y compartidos en las supervisiones y leídos en investigaciones desde hace 40 años, no sería correcto caer en el fanatismo de pensar que siempre, todos los accidentes presentan esta vehemente característica, el psicoanálisis se ha destacado por la especial atención de la subjetividad de los sujetos, del caso único y del caso por caso. Es por ello que creo que es necesario conservar este mismo espíritu.

En el caso J. el conflicto dilemático inconsciente por el que estaba atravesando, por su alto contenido traumático, ha impactado fuertemente sobre su sostén físico y emocional. Valga la literalidad, estuvo más de tres meses sin poder caminar ni pararse por sus propios medios.

Al momento del accidente el paciente J. se encontraba abrumado por la sensación reactivada de abandono y soledad, en una falta de resolución frente a

este dilema por el que transitaba, con cierta facilitación de las circunstancias concurrentes (haber consumido cocaína), que propician su terrible accidente.

En esta presentación se ha descrito el conflicto por el que estaba atravesando el paciente J., un hombre de 49 años transitando la mitad de su vida y separándose de su pareja. Esta situación reactiva en J. el sentimiento de abandono y soledad, escenas de otros momentos de su vida, que junto al duelo por la madre fallecida hace un año, la falta de objetos y vínculos protectores, deviene en el accidente. Toda esta temática queda escenificada en el accidente, como forma de expresión de contenidos inconscientes.

El primer objetivo planteado en este trabajo, se ha puesto en evidencia desde la primera sesión hasta la última. J. sabiendo que debía separarse y terminar su relación de pareja, no podía hacerlo, no podía dejar su casa. Esta situación resignifica sentimientos inconscientes que devienen en el accidente, que representa un punto de inflexión en su vida. Si pierde su pareja, cae al vacío/baldío. Estando en la mitad de su vida y con un cuerpo lesionado, ya nada será como hasta ahora. Ser cuidado y atendido, en lugar de abandonado.

El accidente representa la posibilidad de poner en palabras y manifestar sus motivaciones inconscientes, oportunidad para trabajar a través de la palabra el dilema, para descubrir su deseo, decidir y resignificar a partir de ahora las nuevas alternativas posibles.

En relación al segundo objetivo, cuando el sujeto se encuentra frente a un conflicto dilemático derivado de una situación de crisis de cambio, cambiar o no cambiar, el aparato psíquico se encuentra sobrepasado de estímulos traumáticos y la verbalización no alcanza o está directamente vedada, tal como sostiene la teoría que se ha seguido para analizar los accidentes. El conflicto dilemático por el que atraviesa y la demanda quedan escenificados en el accidente de J., y es generado a partir de la vivencia frente al cambio, de la impotencia y sentimiento de abandono. Pareciera no tener vivencia de invariancia para realizar el cambio, no queda nada que contenga el cambio, he aquí la situación dilemática cambio/contracambio. Su aparato psíquico no le permite ligar el conflicto, no posee los objetos que lo sostengan. (Bion, 1972)

Frente al conflicto dilemático, y la imposibilidad de resolución, literalmente la única forma que encuentra de irse de su casa es por el techo, accidentándose. Al quedar bloqueada la posibilidad de resolución del conflicto, el cuerpo aparece como la única alternativa, las lesiones como camino para acceder al mundo interno del paciente.

Fue sorprendente el vínculo establecido con J., a pesar de los escasos momentos en que se tuvo contacto con él. J. estaba ávido de ser escuchado, ha presentado una apertura en su decir y una recepción muy comprometida con los señalamientos hechos por la terapeuta. El vínculo establecido fue muy empático y contenedor. No es menor el tema del contexto poco habitual en el modelo psicoanalítico. El paciente ha hecho un trabajo introspectivo importante, pudiendo relatar situaciones de su vida privada, vivencias y sentimientos personales y pudo leer partes de su vida como reveladoras. En cada encuentro agradecía mucho la visita y refería lo importante que era para él poder hablar con las psicoterapeutas. Pudo poner en palabras sentimientos, decisiones y deseos en relación a su vida pasada y futura.

En mi opinión han quedado varias puntas, o hipótesis desplegadas para seguir trabajando, luego de analizar el contenido de la sesiones surgen interrogantes en los que hubiera sido muy provechoso ahondar y seguir desarrollando, trabajar en ciertas direcciones o líneas que han quedado abiertas para indagar. De modo de seguir ampliando y no concluir o cerrar ciertas interpretaciones. Varias reflexiones han surgido del análisis de los encuentros, ha quedado mucho por preguntar y se podría dar curso a estas líneas que han quedado planteadas.

En relación a las limitaciones encontradas para el desarrollo del presente trabajo, se podría mencionar la escasez de investigación en relación a la temática, desde la teoría psicoanalítica. Teniendo en cuenta el incremento de accidentes en los últimos años es de vital importancia investigar esta temática con el fin de prevenirlos o evitarlos. Inclusive, popularizar de algún modo esta teoría también lograría una toma de conciencia acerca de los mismos. También cabe destacar que en psicoanálisis la metodología de las investigaciones y trabajos presentados es muy diferente a la solicitada en el presente trabajo, lo que significó cierta dificultad a la hora de encontrar autores y materiales para incluir en esta presentación. La escasez de encuentros también me pareció limitante en algún sentido.

Como sugerencia, sería de gran valor poder realizar un seguimiento del paciente una vez externado, para continuar o quizás cerrar, depende el caso, con el proceso generado durante la internación. Ocurre que en varias oportunidades el paciente se externa y se pierde el contacto. Sin poder realizar un proceso de cierre en la relación entablada.

Fue muy gratificante el apoyo de los profesionales y la institución a cargo de este proyecto, se ha facilitado la tarea merced a sus aportes, conocimientos y buena predisposición. El trato y seguimiento con pacientes presenta un valor extraordinario en la realización de la práctica. El compromiso de los profesionales de la institución y su alto nivel académico hizo de ésta, una experiencia muy enriquecedora y educativa.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, S. (2009). *Paradojas clínicas de la vida y la muerte. Ensayos sobre el concepto de "originario" en psicoanálisis*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.
- Arbiser, S. (2002). Capitalismo, sociedad y lazo social. *XXIV Jornada de Residentes de psicólogos y psiquiatras de la provincia de Buenos Aires. XI Jornadas de Salud Mental de la Pcia. De Buenos Aires*.
- Aisenberg, E.R. de. (1999). Más allá de la representación: los afectos. *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina* 42 (6) 197-214.
- Bion, W. (1965) Transformaciones. Centro Editor de América Latina. Bs As (1972).
- Bion, W. (1966/1981). Cambio Catastrófico. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina* 30 (4). 165-188 (Trabajo original publicado en 1966).
- Bleichmar, S. (1999) *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiozza, L. (1976) Cuerpo, afecto y lenguaje. *Psicoanálisis y enfermedad somática*. Buenos Aires: Paidós.
- Dávila, M. R. (2010). Los factores concomitantes a los accidentes en la infancia. Estudio de campo sobre traumatofilia infantil. *Revista de Epistemología y Ciencias Humanas*, 2, 33-50.
- De León de Bernardi, B. (2002) Interpretación transferencial al inicio del tratamiento y estilos interpretativos. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 59 (2).
- De Micco, V. (2014). Manifestaciones corporales. *Revista di Psicoanalisi Borla Italia*. 3 (4) 87-112.
- Erikson, E. (1968/1994). Un modo de ver las cosas. México. Fondo de Cultura económica.

- Fenichel, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Freidin, F. & Slapak, S. (2009). Accidentes en niños. *Memorias del 1er Congreso Internacional de Investigación y Prácticas Profesionales en Psicología. XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en psicología del MERCOSUR. TI, 45-47*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Freud, S. (1901/2007). El trastocar de las cosas confundido. En *Psicopatología de la vida cotidiana*. En *Obras Completas: Vol. VI*, (pp. 160-187). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1901).
- Freud, S. (1905/2007). La sexualidad infantil. Cap. II *Obras Completas: Vol. VII*, (pp. 157-210). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1910/2007). Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas: Vol. XI*, (pp. 129-142). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1912/2007). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas: Vol. XII*, (pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1915/2007). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas: Vol. XIV*, (p. 105). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1916-1917/2007). Conferencias de Introducción al psicoanálisis. 27 Conferencia. La transferencia. *Obras completas: Vol. XVI*, (pp. 392-406). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1916-1917).
- Freud, S. (1916-1917/2007). 17 Conferencia. El sentido de los síntomas. *Obras completas: Vol. XVI*, (pp. 245-254). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1925-1926/1980). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas: Vol. XX*, (pp. 73-164). Buenos Aires: Amorrortu (trabajo original publicado en 1925).
- Galak, L. & Novelli, E. (1995). Consideraciones para una subjetividad de lo sano y lo enfermo en la clínica de hoy. *Memorias curso de posgrado en Psicología*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.



- García Badaracco, J. (1991). Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. Tomo XLVIII (2) 213-242.
- González Imaz, M. (2013) El síntoma en la clínica psicoanalítica. *Revista Itinerario*. Año 7, N 14.
- Granel, J. (1985). Consideraciones sobre la capacidad de cambiar, la colisión de identificaciones y el accidentarse. *Revista de Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Argentina*, 42 (5), 1065-1078.
- Granel, J (2008). Un cambio catastrófico, el accidente y su relación con la idea mesiánica. Congreso de Bion. Roma 2008.
- Granel, J. (2009). *Teoría psicoanalítica del accidentarse*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Green, A. (1998). El retorno de lo reprimido en la psicósomática. En A. Fine y J. Schaffer (Ed.). *Interrogaciones psicósomáticas*. (pp 48-63). Bs As: A. E.
- Gutiérrez, G. (2010). La banalidad de la pulsión de muerte. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. Tomo LXVII (4)
- Hojvat, M. & Gibert, C. (2006) Hacia una Teoría Psicoanalítica del Accidente. (Bases para una Accidentología Psicoanalítica). *Memorias del Congreso El legado de Freud a 150 años de su nacimiento. Fepal - XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis Lima, Perú* .
- Mahler, M. (1970). Estudios 1: Psicosis infantiles y otros trabajos. Buenos Aires: Paidós.
- Paz, R. (2013) *Realidades y ficción en la clínica psicoanalítica*. Recuperado el 20 de agosto 2015 de [fepal.org/nuevo/images/trabajo\\_paz.pdf](http://fepal.org/nuevo/images/trabajo_paz.pdf)
- Piaget, J. (1980). *Seis estudios de psicología*. Buenos Aires: Ariel.
- Racker, E. (1951/1983) Observaciones sobre la contratransferencia como instrumento técnico. Comunicación preliminar (1951). *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 1(3), 605-617.

- Sverdlick, M. (2013) La clínica del narcisismo de vida y de muerte del “complejo de la madre muerta” a la actualidad. *Actualidad Psicológica* 422, 11-13.
- Thoma, H. (1986) La contratransferencia en una perspectiva histórico-crítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 43 (6).
- Tumas, D. (S/F). *Introducción a la temática de la contratransferencia*. (Documento Inédito). UBA. Buenos Aires.
- Valls, J. (1995). *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: Yebenés.
- Winnicott, D. (1981). Cap 7. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo (1963). En *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 99-110). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1981). Cap. 4 Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso (1960). En *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 169-184). Barcelona: Laia.