

MECANISMO DE DEFENSA: SPLITING RIZOMÁTICO¹.

Ps. Juan V Gallardo C
Indepsi. 2016

El capítulo de la Semiología o estudio de los síntomas y signos clínicos de las enfermedades distingue entre los Síntomas como el conjunto de molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad: dolor, vértigo, mareos, náuseas y otros; y los Signos como las manifestaciones objetivas o físicas de la enfermedad: fiebre, ictericia, diarrea, edema y demases. El Modelo Biomédico Clásico como consecuencia de su marcado énfasis en lo fenoménico (lo que aparece a la conciencia del observador, el qué y el cuánto) ha logrado elaborar numerosos y complejos sistemas de clasificaciones bajo la forma de agrupaciones, clúster o racimos de dichas “evidencias o pruebas materiales” ordenadas según su frecuencia de aparición y concomitancia, y ha intentado con menor éxito elaborar una explicación de las causas y razones de sus ocurrencias. Sin embargo, más allá de los grandes logros alcanzados a nivel del conocimiento biológico, desarrollo en tecnología de Salud y el abordamiento macrosocial de patologías -manifestado tanto en colectivos como en un paciente particular-, ello ha ocurrido con una dosis no menor de iatrogenia médica y ha presentado grandes dificultades a la hora de distinguir críticamente el origen -el dónde y el cuándo-; la causa y la función - el porqué y el cómo-: y el motivo -el para qué - de estos síntomas y signos.

Como consecuencia de ello ha terminado creando modelos explicativos unidireccionales y unidireccionales un tanto arbitrarios: modelo del desequilibrio homeostático; modelos epidemiológicos: agente, huésped, medio; modelo genético entre otros; señalándose en cada caso relaciones causa-efectos parciales y/o aparentes: especificidad, contagio, bacteria-enfermedad, genes; y/o, finalmente, ha terminado explícitamente renunciado a ello, como en el caso de los trastornos inespecíficos o de los síndromes.

No obstante, un síntoma definido en última instancia como una “1.m Manifestación reveladora de una enfermedad. 2. m. Señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder: señal o indicio” (RAE, Real Academia Española) es un término que requiere ciertas distinciones, mas allá de la “fiabilidad” es decir de que el “dato clínico” se pueda identificar en un mismo momento por dos observadores distinto o en momentos distintos; y de la replicabilidad o la posibilidad de que el dato pueda ser observado y reproducido en distintos contextos. El “dato clínico” si bien es algo que se hace manifiesto a los sentidos directa o indirectamente y que refiere a un suceso que sucede en un organismo, un órgano o una función del mismo, puede ser en sí mismo un indicio de algo normal o anómalo, funcional o disfuncional, de regularidad o defectualidad, de universalidad o variabilidad de un sujeto a otro, de algo espacial o temporal, etc... y cada una de estas características resignifican su sentido de índice de Salud o Enfermedad.

Una de aquellas características más llamativa es que muchos Síntomas y Signos resulten ser la expresión de ciertos Mecanismos de Defensas de un organismo, y en consecuencia, ellos en ocasiones refieren a los procesos normales auto-sanadores de éste: el dolor, en tanto mecanismos de Alerta y de Defensa, señalando localizaciones e inmovilizando al organismo para facilitar los mecanismos restauradores; la náusea y la

1.- Usamos el concepto pensamiento rizomático para graficar la capacidad relacional del pensamiento, en tanto función cognitiva compuesta por un conjunto de operaciones, de técnicas y de conocimientos con vistas a vincular un conocimiento individual con aquello que se presenta en la realidad en otros dominios y dimensiones, y con lo cual ese conocimiento guarda relación. La etimología de rizoma nos remite a una palabra griega que puede traducirse como “raíz”, y un rizoma es un tipo de tallo que crece de manera subterránea e interconectada como parte de una misma unidad.

diarrea para expulsar agentes patógenos del sistema digestivo; la fiebre para destruirlos; la tos y estornudos para expulsar secreciones o materiales extraños del árbol bronquial y laringe, y así sucesivamente. Además, se debe considerar que un Mecanismo de defensa, si bien en líneas generales refiere a un conjunto de operaciones somáticas cuya función es producir, transformar o controlar presencias y/o movimientos relacionado con amenazas para el sistema y en ese sentido preservar la indemnidad del mismo, sólo en determinadas ocasiones los mecanismos pueden funcionar mal -por hipoactividad o hiperactividad, funcionar sin necesidad, no funcionar, etc.- convirtiéndose recién en ese momento en un dato clínico.

Naturalmente ni el modelo biomédico, ni ningún modelo lógico-formal lineal puede lidiar con estas condiciones, ni menos con cuando la ausencia del mecanismo defensivo es lo anormal, o cuando lo es su presencia según los diferentes grados de manifestación, ni con las diferencias interindividuales de dichos mecanismos, ni con la iatrogenia resultante del desconocimiento de estas consideraciones.

En el dominio de lo psíquico -en el cual se encuentra la misma confusión entre respuesta normal y sintomática- los Mecanismos de Conservación aluden a tres operaciones: a) a una señal de Alerta: la ansiedad y/o Angustia -también llamado “síndrome de activación”, que refieren a un aumento de la alerta somática en tanto apresto para una acción aun indeterminada, b) a operaciones de Adaptación Alopásticas o Emociones: Rabia, Miedo, Alegría, Pena y Amor en tanto reacciones funcionales para la generación de conductas específicas con un propósito dado: ataque, huida, conservación, duelo y apego; y c) a operaciones de Adaptación Autoplásticas o Mecanismos de Defensa, para mantener un equilibrio u homeostasis entre las señales de Alerta, las Emociones y las demandas o exigencia del medio externo, pudiendo ser “secundarios o avanzados” para el propósito de la “existencia” o “primarios o primitivos” para el de la “sobrevivencia”.

Estas operaciones desde una perspectiva más psicoanalítica -que no bioanalítica- han sido concebidas como “operaciones cognitivas -conscientes y/o inconscientes- cuya finalidad es regular la tolerancia de la función yoica a magnitudes críticas de las pulsiones: sensorialidades, angustias y emociones; y en consecuencia a contenidos psíquicos: percepciones, memorias y fantasías asociadas a ellos”; y han sido clasificadas según distintos criterios: tipo de afección, etapa del desarrollo psicosexual en que aparecen, grado de elaboración del conflicto, magnitud de pulsión que se tramita, y otras; siendo la distinción más precisa aquella que distingue entre mecanismos surgidos a partir de la represión de ciertos contenidos (Represión) y de la escisión de contenidos psíquicos (Splitting), y otra que distingue entre Mecanismos de defensa del Yo (Representacionales) y Mecanismos de defensas del Ello (Somatopsíquico).

SPLITING RIZOMATICO

Sandor Ferenczi fue el primer investigador que en su exploración del psiquismo infantil y patológico describió tanto los mecanismos de introyección, proyección y re introyección como estructurante del aparato psíquico, como el hecho de que la organización psíquica infantil correspondía a un escenario de configuración psicológica radicalmente diferente a la de los adultos. En su profundización del fenómeno del Abuso y Trauma, también describió los mecanismos de la Escisión, en particular la Fragmentación y la Atomización, y sentó las bases de los mecanismos de la Identificación con el Agresor (ICA) y el de la Identificación con el Desmentidor (ICD)

En la línea de los aportes de Sandor Ferenczi y trabajando por ampliar los límites del Bioanálisis, en tanto un nuevo modelo de Psicomedicina, que intenta dar cuenta de nuevas categorías en el ámbito del suceder de la Salud Humana, y en base a un modelo tetralógico de pensamiento articulado en torno a cuatro categorías: 0, 1, $f(0)$ y $f(1)$, y el marco general delineado por el médico húngaro, presentamos la conceptualización de un nuevo mecanismo de defensa primitivo: el splitting rizomático.

El splitting rizomático: bajo este concepto comprendemos una fractura -conjeturalmente una disfunción a nivel del cuerpo calloso- en la capacidad de establecer relaciones entre una unidad y el conjunto de elementos del cual la unidad es parte, y mediante el cual el aparato mental se escinde tras una apariencia

de producción de pensamiento lógico-formal lineal, rígido, de encadenamientos causa-efecto artificiales y carácter pseudo denotativo.

El mecanismo lo ubicamos a la par de los clásicos mecanismos de escisiones del aparato psíquico: estructuralmente hablando el splitting estático y el splitting dinámico, junto con otros tales como el “acting out o exoactuación”, la idealización y devaluación primitivas, la “identificación con el agresor”, la “identificación con el desmentidor” y la “identificación proyectiva”. En su expresión más inmediata en este mecanismo se aprecia una exacerbación del pensamiento operatorio, ligado a un marcado déficit en la capacidad de mentalización, originado en la fase de desarrollo: óseo activa-uretral pasiva.

Corresponde a un mecanismo de defensa primitivo y en ese sentido es un mecanismo “órfico” cuyos fundamentos se encuentran en el cerebro reptilíneo o cerebelo. Lo situamos en la antípoda de la “identificación mimética” en la cual la representación en pantalla de sueño resulta ser hiperplástica con capacidad evocativa de procesos neurovegetativos y autonómicos mientras que en el “splitting rizomático” en pantalla de sueño se aprecia una adherencia anormal a ideas inoculadas sin metabolización previa y sin más referente perceptual que la cadena de signos lógicamente encadenados, y con capacidad de inhibición de procesos neurovegetativos ni autonómicos.

El sujeto presenta una severa dificultad de la capacidad de mentalización de las problemáticas en cuestión, manifiesta una gran capacidad de producción automática de pensamientos regulada por automatismo lingüístico y presenta dificultad de la capacidad de “soñar” y de fantasear. En casos más sofisticados, la cadena lógico formal, adquiere la forma de “espina de pescado” sin embargo sigue careciendo de relaciones rizomáticas.

Dos características típicas de este funcionamiento son: a) a la persona le desagrada que le hablen en metáforas, ejemplos analógicos o ejemplos utraquístico, insistiendo en ese caso que se les hable de “cosas concretas u objetivas”, y b) si se les interrumpe la secuencia de la cadena de pensamiento suelen molestarse o irritarse, perdiendo el hilo del discurso y teniendo dificultades para retomarlo. En esos casos, es corriente observar la irrupción del mecanismo de identificación con el agresor directo (ICAD²²) que alejado del acto de pensar sirve como instrumento de poder y control, y que aparece asociado a una cierta hipnosis paterna bajo la forma de “discurso de autoridad”, y que operan como “terrorismo del sufrimiento.

La disolución del splitting rizomático se acompaña del retorno de una compleja gama de síntomas de retorno, entre ellos: la irrupción de pensamientos saturados de elementos betas, trastornos psicossomáticos severos, una fase de intensas sensorialidades anobjetales y contenidos transferenciales primitivos -incluida un estado depresivo anaclítico- que sugieren una regresión benigna en líneas a disolver la “Voluntad de vivir” reeditando experiencias de muerte infantil para reactivar cierta “Alegría de vivir”.

Volver News-1 ALSF
Volver a Recursos Terapéuticos

2.- Distinto al mecanismo de identificación con el agresor complementario (ICAC) durante el cual mediante la identificación mimética el sujeto abusado se convierte en el objeto de deseo del abusador mediante el expediente de mutar sus procesos autonómicos por los de la necesidad del abusado.

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org .