

Introducción

Los relatos que realizan los pacientes en sesión no siempre coinciden con las escenas que despliegan al hablar. Suele ocurrir que relaten, por ejemplo, un hecho concreto dramatizándolo, una situación de injusticia con un lamento u otras posibles combinaciones, o sea, situaciones en las cuales difieren la escena relatada y la desplegada al hablar. Se complejiza la perspectiva si se toma en cuenta también su valor en el conjunto de la sesión y si se observa además las intervenciones del terapeuta y su vínculo con el paciente. Con el objeto de deslindar algunos de estos interrogantes con un equipo de investigadores (Álvarez, Sneiderman, Pérez Zambón) analizamos el discurso de una paciente y con otro (Pérez Zambón y la que suscribe) también el de su terapeuta, ambos coordinados por D. Maldavsky, aplicando el método algoritmo David Liberman (ADL). Si bien este trabajo forma parte de dichos estudios, nuestro objetivo en esta oportunidad es focalizar la relación entre los relatos realizados por dicha paciente y su despliegue durante la sesión, sobre todo teniendo en cuenta los puntos de angustia y el motivo de consulta ligado a los daños autoinfligidos.

El problema

Freud contrastó a lo largo de su obra diferentes tipos de escenas, algunas de ellas eran comparaciones entre escenas narradas (una escena actual y un sueño, dos escenas actuales o infantiles, etc.) y en otras ocasiones eran escenas narradas y escenas desplegadas en sesión. Un ejemplo claro de esta última comparación es la que realizó en el caso Dora (1905) cuando comparó sus reproches y críticas al padre y los que luego dirigió contra el mismo Freud. En este contraste entre el nivel de análisis transferencial (con Freud) y extra transferencial (con el padre) Freud destacó la coincidencia entre ambos niveles. Posteriormente (1914) subrayó la importancia de que se dieran diferencias entre ellos como en las situaciones en las cuales algunos procesos psíquicos del paciente no aparecen relatados como escenas de vínculos extra transferenciales sino sobre todo actuados (repetidos) en sesión con el terapeuta, aspecto considerado como un modo de acceso a la conciencia de lo sepultado.

Se han puesto en evidencia hasta el momento diferentes alternativas de combinaciones: 1) una de ellas es que el paciente despliegue en sesión las mismas escenas que relata; 2) otra posibilidad es que intente, de manera resistencial, desplegar de modo exitoso ante el terapeuta aquello que fracasó en su vida cotidiana; 3) también puede ocurrir que el paciente presente una evolución clínica positiva (en cuyo caso se evidencian discordancias entre las escenas relatadas y las desplegadas, en la defensa y su estado, por ejemplo, patógena en los relatos, y funcional en las escenas que despliega), o a la inversa, que se manifieste un agravamiento clínico durante la sesión (por ejemplo, desmentida en el nivel de los relatos centrales y desestimación de la realidad y la instancia paterna en las escenas que el paciente despliega al hablar); 4) por último, puede existir una diferencia entre ambas escenas y coincidencia entre las escenas desplegadas y algunos relatos laterales (Maldavsky, et al 2006) como veremos luego en la sesión analizada.

La propuesta de este trabajo es desarrollar algunas vías de resolución de los problemas que presenta el intento de comprender y armonizar dichas diferencias. Para ello tomamos la sesión de una paciente (que como dijimos consultó por cortes autoinfligidos) en la cual relató un episodio con su padre en el que se lastimó la piel

rasguñándose, sesión en la que predominan las dramatizaciones, tanto en la paciente como en su terapeuta. Dejamos de lado en esta oportunidad lo referido al aspecto metodológico, o sea, el desarrollo del método utilizado para la realización de los estudios (algoritmo David Liberman), la muestra, el procedimiento seguido y el detalle de los análisis que llevamos a cabo, sólo comentaremos y discutiremos los resultados obtenidos y expondremos las conclusiones a las que arribamos.

La sesión

Comenzaremos a describir, en primer lugar lo referente a los relatos que realizó la paciente. El tema que abarcó la mayor parte de la sesión fue la relación con su novio (50%), seguido en orden decreciente por la relación con el propio cuerpo. Otros temas desarrollados en la misma fueron el vínculo con el padre, con la hermana, con la familia, con el tiempo libre y con el psiquiatra. Pudimos observar, en primer lugar, que los procesos psíquicos son diferentes según la temática relatada. En segundo lugar, es importante destacar que se pusieron en evidencia desenlaces de cierre disfóricos (defensas fracasadas) en la relación con el padre, la hermana y la familia. Asimismo, estos resultados aportan dos aspectos relevantes que merecen nuestra atención. Por un lado, los relatos disfóricos relacionados con su padre narran lo referente al daño sobre su propio cuerpo, manifestación que fue el motivo de consulta. Por otro lado, los relatos referidos a la relación con el tiempo libre, la hermana y la familia se relacionaban también al vínculo con su padre.

A diferencia de los relatos cuyos deseos dominantes son la libido intrasomática y el oral primario (LI y O1) y las defensas, son la desmentida y la desestimación del afecto, en las escenas desplegadas en sesión se puso de manifiesto un predominio del deseo fálico genital (FG), con preponderancia de dramatizaciones (como anticipamos al comienzo), combinado con la represión + rasgos caracterológicos histriónicos. Vale aclarar, que esta conjetura surge a partir de la idea de Liberman de que la hipertrofia de un estilo es indicador de patología (en este caso hipertrofia de FG + dramatizaciones). En segundo lugar, el deseo anal secundario (A2) en el que prevalece una defensa funcional, acorde a fines, con un predominio de información de hechos concretos que se distribuye de manera equilibrada con otros tipos de escenas desplegadas A2. En suma, observamos en las escenas desplegadas un predominio de la defensa acorde a fines para el deseo anal secundario (A2) y represión + rasgos caracterológicos histriónicos para el deseo fálico genital (FG). Por último, es importante aclarar que las defensas que acompañan a ambos deseos (A2 y FG) son exitosas.

Algunos comentarios

Prosiguiendo con el objetivo propuesto (desarrollar soluciones a los problemas que presenta el intento de armonizar las discrepancias entre las escenas que relata un paciente y las que despliega en sesión) observamos que los deseos predominantes en las escenas que la paciente desplegó, o sea, anal secundario (A2) y fálico genital (FG), no coinciden con los que dominaron en los relatos centrales, o sea, libido intrasomática (LI) y oral primario (O1). Sin embargo, sí hay coincidencias en el contraste entre escenas desplegadas y algunos relatos de menor relevancia (no los centrales) respecto del deseo anal secundario (A2) y la defensa exitosa acorde a fines. Este deseo tiene mayor relevancia en las escenas desplegadas y menor, pero significativa, en relatos laterales relacionados con el novio (cuando relata que le contó que quiso matarse, él no

la entendió, siguió enojado y entonces ella le dijo que siguiera con sus cosas), y con el psiquiatra (cuando relata que le contó, a pesar de que le dio vergüenza, que vio personas deambulando por la casa). El predominio del deseo fálico genital (FG), en cambio, se encuentra en un solo relato en el cual decía que el novio la retó y a ella no le gustó que la retara así. Este relato de carácter lateral y poco significativo, combinado con defensas caracterológicas histriónicas fracasadas, se diferencia del estado que presenta esta defensa en el nivel de las escenas desplegadas que es exitoso. O sea, se presenta en este caso una defensa fracasada en los relatos y exitosa en el despliegue en sesión. Esta situación nos permite conjeturar el intento de la paciente de recuperar en sesión un estado eufórico (exitoso) de su sistema defensivo patógeno perdido en los vínculos extra-sesión.

Por otra parte, a partir del estudio de los tipos específicos de frases que predominaban en cada uno de los siete temas expuestos en los relatos observamos, por un lado, la preponderancia del deseo anal secundario (A2) con defensas fracasadas o mixtas, en los relatos referidos a la familia, a la hermana, al padre y al tiempo libre, y el deseo fálico genital (FG) combinado con defensa exitosa en las frases de los relatos referidos al novio, al cuerpo o al psiquiatra. Por otro lado, cuando en los relatos predominaban los desenlaces eufóricos (defensa exitosa) y en las escenas desplegadas prevalecía el deseo fálico genital (FG) combinado con represión + rasgos histriónicos exitosos se ponía en evidencia que dichos relatos estaban al servicio de una actitud resistencial. No sucedía lo mismo cuando los relatos tenían un desenlace disfórico (defensa fracasada) y en las escenas desplegadas prevalecía el deseo anal secundario (A2) y la defensa exitosa acorde a fines. Estos episodios intra-sesión mostraban una actitud colaboradora con su terapeuta y con el trabajo clínico lo que permite inferir que la elección de los episodios relatados por el paciente puede considerarse resistencial o colaborativa.

Por último, al analizar las escenas relatadas y desplegadas desde la perspectiva del vínculo paciente-terapeuta observamos que esta última se centró en el tema del vínculo con su novio poniendo el acento en el sufrimiento mudo. Relacionó este tema con el concepto de la duda (si hablaba o no por temor a herir).

Prosiguiendo con nuestro objetivo de focalizar la relación entre los relatos realizados por la paciente y su despliegue durante la sesión teniendo en cuenta los puntos de angustia y el motivo de consulta ligado a los cortes mencionaremos dos aspectos relevantes. Por un lado, los relatos de la paciente con desenlace disfórico se relacionaban con su padre y se combinaban, a su vez, con la aparición de angustia y con los episodios referidos a la alteración en el cuerpo que fue el motivo de consulta. Dichos relatos son, en consecuencia, los que facilitarían el acercamiento a los problemas que requerían la atención clínica. Sin embargo, los que fueron tomados en cuenta para el trabajo terapéutico fueron aquellos relatos referidos al novio. Por otro lado, la situación problemática de la paciente ligada a los relatos centrales (referidos a la relación con el padre y el daño en el cuerpo) se enlaza con el vínculo de dependencia de la paciente respecto de un sujeto que desvaría, en este caso su padre, que le habló de una bruja que había diagnosticado en ella un daño hecho por una amiga y su madre. Mientras que esta situación reunía los puntos nucleares de angustia a considerarse en la sesión, la terapeuta suponía que el problema central y su explicación podía ser entendido en términos de que la paciente padecía una situación de parálisis (duda) correspondiente al deseo anal secundario (A2) y la represión exitosa (sanción social y condena moral), al decirle que dudaba si hablar o no hablar con el novio (por temor a dañarlo) o con el psiquiatra: “le digo o no le digo”. El riesgo de no trabajar esta situación problemática es que dichos procesos psíquicos (entendidos como la combinatoria de deseos y defensas) permanecen al acecho con posibilidades de nuevas repeticiones. O sea, podemos

observar que no fue considerada en esta sesión la explicación de los procesos psíquicos que determinaban sus crisis y puntos de angustia, en este caso, la combinatoria del deseo oral primario, O1 y la desmentida fracasada, combinada con la libido intrasomática, LI y la desestimación fracasada del afecto.

Asimismo, observamos a partir del estudio de las frases en las intervenciones centrales (establecimiento de nexos, comparaciones, consejos, etc.) un predominio del deseo fálico genital (FG) y el deseo anal secundario (A2). La combinación de este último (A2) con la defensa exitosa acorde a fines parecía indicar que ambas podían concentrarse en los problemas clínicos acuciantes, mientras que el deseo fálico genital (FG) combinado con la represión + rasgos caracterológicos exitosos con un predominio de dramatizaciones en ambas interlocutoras, no parecía corresponder a un estilo complementario. En consecuencia, se producía un refuerzo entre paciente y terapeuta en cuanto a los deseos anal secundario (A2) y fálico genital (FG) y las defensas (y los estados) acompañantes.

Conclusiones

Una de las posibilidades para estudiar la alianza terapéutica (contribuciones de paciente y terapeuta) y la alianza resistencial está ligada al concepto de complementariedad estilística, requisito para la realización de intervenciones clínicas pertinentes (Lieberman, 1970). Siguiendo esta estrategia en la sesión descrita pudimos observar que se dio una infrecuente coincidencia total de deseos, defensas y su estado dominantes en las frases, coincidencia que no se da si el terapeuta logra alcanzar una complementariedad en cuanto a su estilo con el estilo del habla del paciente. Como dijimos poco antes, el empleo del deseo fálico genital (FG) permitía inferir que existía una alianza resistencial, mientras que el empleo del deseo anal secundario (A2) parecía corresponder a una alianza terapéutica entre ambas.

Conjeturamos, en consecuencia, que se desarrollaba una alianza clínica resistencial opuesta a la alianza terapéutica, cuando la paciente recurría a los relatos en los cuales predominaban las defensas patógenas exitosas y las frases fálico genitales (FG) combinadas también con defensas patógenas exitosas y la terapeuta a su vez ponía el énfasis en los temas correspondientes a estos mismos relatos recurriendo también a frases fálico genitales (FG) y no en los temas acuciantes ligados a los relatos del vínculo con su padre y el daño en el cuerpo (O1 + desmentida y LI + desestimación del afecto ambos fracasados). O sea, una alianza en la cual resultaban apartados el punto de angustia y el motivo de consulta. Sin embargo, a pesar de que la terapeuta tuvo aciertos parciales en la selección e interpretación del material se puso en evidencia en estos estudios de las intervenciones de la terapeuta su disposición a escuchar las rectificaciones de la paciente. Destacaremos para finalizar los efectos positivos que debe haber tenido, y que quizás permitieron el avance en el tratamiento, el hecho de que la terapeuta interviniera de manera clara, sencilla y, sobre todo confiable por el valor que debe haber adquirido esto en una paciente que parecía desorganizarse ante la dependencia de interlocutores que suponía falsos.

Bibliografía

Freud, S. (1905 [1901]) Fragmento de análisis de un caso de histeria (Caso Dora) en *Obras Completas*, AE. Volumen 7.

(1914) Recordar, repetir, reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) en *Obras Completas*, AE. Volumen 14.

(1915) Pulsiones y destinos de pulsión en *Obras Completas*, AE. Volumen 12.

Liberman, D. (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72.

Maldavsky, D. (1999) *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires, 1999

(2003) *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2004.

(2008) Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. *Revista Electrónica de Psicoterapia CEIR*. Vol. 2 (1) Mayo, 2008, (185-219)

Maldavsky, D., et al. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos: Teoría y método: secuencias narrativas*, Buenos Aires, 2001

(2006) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2007.

(2009) “La violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Liberman (ADL)” *Revista Actualidad Psicológica*. Año XXXIV. N° 380. Noviembre, 2009.

(2010) *Manualización y pruebas de confiabilidad y validez de los instrumentos del ADL para el estudio del discurso verbal*, inédito.

Maldavsky, D., Scilletta, D., Pérez Zambón, S. (2010a), *Investigación de la pertinencia clínica de las intervenciones del terapeuta. Un estudio con el algoritmo David Liberman*, en prensa.

(2010b), *Sobre la unidad de análisis para el estudio de los deseos en los actos del habla con el algoritmo David Liberman, ADL, Subjetividad y procesos cognitivos*, en prensa.

Maldavsky, D., Álvarez, L.H., Pérez Zambón, S., Scilletta, D., Sneiderman, S. (2010c), *Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. Un estudio con el algoritmo David Liberman (ADL), Subjetividad y procesos cognitivos*, en prensa.