

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, son situaciones en las cuales difieren la escena relatada y la desplegada al hablar. Asimismo se complejiza la perspectiva si se toma en cuenta no sólo cada relato y su despliegue sino también su valor en el conjunto de la sesión. Por otro lado, esta relación se complejiza aún más si observamos el discurso del paciente, las intervenciones del terapeuta y el vínculo entre ambos.

Es posible entonces preguntarse por la disarmonía existente entre las escenas relatadas y el despliegue que realiza el paciente durante el relato, por la pertinencia de las intervenciones del terapeuta, el vínculo entre ambos y en el conjunto de la sesión. Con el objeto de deslindar algunos de estos interrogantes analizamos con un equipo de investigadores (Liliana Álvarez, Silvina Pérez Zambón, Susana Sneiderman y la que suscribe) el discurso textual de una paciente de 18 años que se auto-infligía cortes en piel y (Silvina Pérez Zambón y la que suscribe) también el de su terapeuta, ambos equipos coordinados por el Dr. David Maldavsky Este trabajo forma parte entonces de otros estudios llevados a cabo con diferentes propósitos aplicando el método algoritmo David Liberman (ADL). Nuestro objetivo en esta oportunidad es focalizar la relación entre los relatos realizados por la paciente y su despliegue durante la sesión, sobre todo teniendo en cuenta los puntos de angustia a lo largo de la misma y el motivo de consulta ligado a los daños autoinfligidos. Es importante aclarar que se han dejado de lado en esta oportunidad el estudio de las manifestaciones paraverbales y motrices.

Este tipo de estudios constituye un aporte a la clínica y al desarrollo de la investigación sistemática del discurso que lleva a profundizar los análisis y, entre otras cosas, a anticipar posibles situaciones de riesgo de repeticiones de daño físico en casos graves o en casos leves como el aquí presentado.

Comenzaremos entonces planteando el problema, luego desarrollaremos una síntesis abreviada del método aplicado en las investigaciones, realizaremos los comentarios surgidos a partir de los resultados obtenidos, los discutiremos y, por último, presentaremos las conclusiones a las que arribamos.

I.- Planteo del problema

La búsqueda de los dos conceptos pilares del psicoanálisis, deseos y defensas, (así como su estado) en los relatos que un paciente realiza en sesión suele conducir al encuentro de discrepancias con los hallados en las escenas que despliega en el intercambio con su terapeuta. Freud contrastó a lo largo de su obra diferentes tipos de escenas, algunas de ella 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 de análisis. 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.

Como resultado de los estudios citados se nos han presentado, hasta el momento, diferentes alternativas de combinaciones: 1) una de ellas es que el paciente despliegue en sesión las mismas escenas que las relatadas en los episodios centrales (o sea, que exista coincidencia entre las escenas desplegadas y los relatos centrales); 2) otra posibilidad es que el paciente, de manera resistencial, intente desplegar de modo exitoso ante el terapeuta aquello que fracasó en su vida cotidiana (o sea, se presentan las mismas coincidencias que las anteriores pero difiere el estado de las defensas patógenas que fracasan en las escenas relatadas y son exitosas en su despliegue en sesión); 3) también puede ocurrir que el paciente presente una evolución clínica positiva (en cuyo caso se evidencian discordancias entre las escenas centrales relatadas y las desplegadas, en la defensa y su estado, por ejemplo, patógena en el los relatos centrales, 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 las escenas centrales relatadas y las desplegadas y coincidencia entre las escenas desplegadas y algunos relatos laterales (no centrales) (Maldavsky, et al 2006).

La propuesta del este trabajo es desarrollar algunas de las diferentes vías de resolución de los problemas que presenta el intento de comprender y armonizar dichas diferencias entre las escenas relatadas y las desplegadas al hablar en una sesión en la cual la paciente relató un episodio con su padre en el que se lastimó la piel rasguñándose, sesión en la que predominaron las dramatizaciones, tanto en la paciente como en su terapeuta.

Para ello presentaremos a continuación la sesión de la paciente que fue la muestra sobre la cual realizamos los estudios.

II.- Presentación del caso (síntesis de una sesión)

Marisa es una paciente de 18 años de edad que consulta debido a que se autoinflige cortes en piel. La paciente comienza la sesión diciendo que ese día se despertó más o menos pero que fue el primer día que se sintió bien. Relata que su novio Tomás había estado de viaje y el día que volvió se fue a un recital, ella pensó que al otro día iría a verla a la tarde pero fue a la noche. Empezó a pensar entonces que no la quería ver y cuando Tomás fue a visitarla ella lo notaba raro. Estaba empezando con la crisis, trató de distraerse pero no pudo sostenerlo por mucho tiempo. La terapeuta pregunta cómo es eso de la crisis y la paciente explica que se pone nerviosa, quiere llorar, no sabe a dónde irse. Además no quería que le pasara justo en ese momento porque hacía mucho que no veía a su novio. También relata que le contó a Tomás que había intentado cortarse con una Gillette, ella esperaba que él la consolara o que no se hablara de ese tema pero él comenzó a retarla. Marisa le manifestó disgusto por su respuesta porque ella pensaba que no le correspondía a él hacer eso ya que era más una tarea de un psicólogo o de los padres. La terapeuta señala que el tema lo había mencionado ella y la paciente rectifica y aclara que ella se lo había contado por Chat cuando él estaba de viaje y que él le recriminó el habérselo dicho cuando estaba lejos ya que no podía ayudarla y ella respondió que no podía ocultarle nada. Relata también que su novio le dijo que lo de la Gillette lo hacía para mostrarle a su madre que era una nena buena pero ella rechaza esta opinión y agrega que ese día se hubiera matado. La terapeuta señala que más que un reencuentro fue un desencuentro y Marisa dice que ella esperaba que cuando llegara la

abrazara y besara, que en realidad lo hizo pero que no le gustó que Tomás dijera que por su actitud parecía que no se habían visto por años. Marisa no lo soportaba, empezó a sentir bronca y deseos de que se fuera. La terapeuta le preguntó por qué debía soportarlo y ella respondió que porque pensó que era ella la que estaba mal. La terapeuta señala que ella puede estar mal pero también puede enojarse con el novio y extrañarlo a lo que la paciente responde que ella suele “comerse” el enojo. Añade que luego su novio le dijo que también la había extrañado y que le pareció que esto contradecía la actitud de su llegada a pesar de lo cual empezó a sentirse bien y disfrutar de estar con él. Refiere que estuvo todo el sábado llorando y el domingo se sintió mejor, más tranquila, comió sola pero pasó la tarde con su hermana. Aunque Tomás tardó en llegar más de lo común ella no se preocupó y estuvo bien con él.

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

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

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

El paso siguiente a esta presentación será una breve descripción del método aplicado para la realización de los estudios.

III.- Método

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método de investigación que ha sido diseñado con el fin de investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana (Maldavsky, D. 1999, 2001, 2003, 2006)

Procura detectar los principales conceptos psicoanalíticos que son los deseos y las defensas (así como su estado) que se ponen de manifiesto en los discursos, sus variaciones en una o varias sesiones o en fragmentos de ellas. Freud (1915) decía en relación al deseo que este estímulo interno deriva de la pulsión y es el motor de los procesos psíquicos. Los deseos derivan, sobre todo, de las pulsiones libidinales, debido a lo cual pueden categorizarse en libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico-oral secundaria (O2), sádico-anal primaria (A1), sádico-anal secundaria (A2), fálico-uretral (FU) y fálico-genital (FG).

Siguiendo esta orientación psicoanalítica diremos que las defensas (Freud, 1915) son destinos de pulsión, o sea, modos de procesamiento en los cuales el yo encara los conflictos entre los deseos y la realidad o entre los deseos y el superyó, modalidad que puede ser funcional o patógena. Una defensa es tanto más patógena cuanto mayor es el costo que implica para el yo sostenerla con una consecuente descomplejización psíquica. Por orden decreciente en cuanto al grado de conciliación entre los sectores en conflicto se encuentran, entre las defensas funcionales: acorde a fines, creatividad y sublimación y entre las patógenas: represión, represión con rasgos caracterológicos, desmentida, desestimación de la realidad y la instancia paterna y desestimación del afecto (Maldavsky, D. 2007). Asimismo, las defensas pueden ser centrales, si definen la base de la organización psíquica, o complementarias si están al servicio de la defensa central. Las primeras se diferencian por aquello que el yo pretende rechazar y por el sustituto colocado en su lugar. Las funciones de la defensa son mantener el sentimiento de sí, equilibrio narcisista y rechazar lo conflictivo fuera del yo. En ese sentido la defensa puede presentar diferentes estados según logre o no estos objetivos. Es exitosa (estado eufórico) si logra rechazar algo fuera del yo y mantiene el equilibrio narcisista; es fracasada (estado disfórico) si emerge la angustia como consecuencia del retorno de lo rechazado; o mixta cuando no hay retorno de lo rechazado pero sí la aparición de un estado displacentero (una condición más bien neutra) en lugar del equilibrio narcisista. Por último, cabe aclarar que para Freud (1915) la manifestación clínica del padecimiento psíquico deriva del fracaso de una defensa.

En síntesis, el ADL detecta los siete deseos detallados y diferencia las defensas entre funcionales o patógenas (según el modo de procesamiento yoico), centrales o complementarias (según definan o no la organización psíquica) y, por último, entre exitosas, fracasadas o mixtas (según su estado).

Los resultados obtenidos a través de este método reflejan una forma de concebir la

dinámica psíquica, no como estructura unitaria, sino como el producto de la coexistencia entre varias pulsiones y defensas. No poseen en general una coherencia que permite obtener conclusiones sin demasiados obstáculos sino que más bien lo que se pone de manifiesto en este tipo de estudios complejos son conflictos entre los diferentes análisis.

Estos se ponen en evidencia, por ejemplo, en la diferencia que suele presentarse, como dijimos, entre el contenido de lo narrado (relato), por ejemplo, una escena de venganza, y el acto del habla, por ejemplo, una dramatización, o sea, que no siempre son coincidentes.

Asimismo, el conflicto puede darse entre dos criterios de valoración del discurso: el que da preeminencia a lo numéricamente más insistente, o sea, una valoración estadística y otra que permite organizar de manera coherente al conjunto, con un criterio no numérico sino lógico. Este es el criterio privilegiado debido a lo cual es imprescindible la detección de una clave que dé coherencia a un conjunto complejo que reúne diferentes elementos interrelacionados y ensamblados en una trama discursiva.

Respecto del estudio de los deseos en los relatos y en los actos del habla este método cuenta con una categorización de las posiciones del relator en las escenas narradas y en las desplegadas al hablar.

Una vez descrito brevemente el método, podremos continuar describiendo el procedimiento que realizamos para su aplicación, el análisis realizado y los resultados obtenidos.

IV.- Procedimiento, análisis y resultados

El primer estudio que realizamos fue el de los relatos de la paciente con el objeto de investigar los deseos, las defensas y su estado. Luego estudiamos los mismos conceptos en las escenas desplegadas durante la sesión. Por último, comparamos los resultados de ambos estudios para determinar la congruencia o discrepancia entre ellos. Para la realización de este último paso aplicamos los cuatro criterios expuestos de coincidencia y divergencia entre los análisis e intentamos entender los resultados de los análisis de los relatos en el contexto de las escenas desplegadas al hablar.

Posteriormente estudiamos en qué tipo de material la terapeuta puso el énfasis, luego observamos qué tipo de interpretación o explicación hacía de ese material y comparamos estas intervenciones con el análisis de la sesión. **Luego estudiamos las ratificaciones y sobre todo las rectificaciones que hizo la paciente a las intervenciones de la terapeuta.**

Después de haber desarrollado de modo breve el procedimiento seguido para la realización de los estudios es posible comenzar a puntualizar los análisis y los resultados obtenidos. Comenzaremos por los resultados de los análisis de los relatos cuyos deseos dominantes son, a lo largo de la sesión, libido intrasomática y oral primario (LI y O1) y las defensas, son la desmentida y la desestimación del afecto. Los temas que la paciente desarrolló fueron distribuidos en siete grupos: la relación con el novio, con el propio cuerpo, con el padre, con la hermana, con la familia, con el tiempo libre, con el psiquiatra. El 50 % de los relatos corresponde al tema de la relación con el novio, y casi un 20% a la relación con el propio cuerpo. Pudimos observar que los deseos y las defensas dominantes, inferidos por el final de cada tema, son diferentes según la temática relatada. Es importante destacar que como producto de los análisis 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 al ingreso del tratamiento. Por otro lado, podemos conjeturar que los relatos referidos a la relación con el tiempo libre, la hermana y la familia parecían estar relacionadas al vínculo con su padre.¹

En relación a las escenas desplegadas en sesión podemos decir que se puso de manifiesto un predominio del deseo fálico genital (con una preponderancia de la dramatización (FG), como anticipamos al comienzo), combinado con una defensa patógena, represión + rasgos caracterológicos histriónicos. 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, en el deseo anal secundario (A2) predomina 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 A2.² O sea que hay un predominio de la defensa acorde a fines para este deseo (A2) y represión + rasgos caracterológicos histriónicos para el fálico genital (FG). Por último, es importante aclarar que las defensas que acompañan a ambos deseos (A2 y FG) son exitosas.

V.- Comentarios

Siguiendo 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, en primer lugar, si hubo o no coincidencias en este caso. Detectamos entonces que los deseos predominantes en las escenas que desplegó la paciente en sesión, o sea, anal secundario (A2) y fálico genital (FG), no coinciden con los que dominaron en los relatos centrales. En segundo lugar buscamos entonces coincidencias entre los deseos que predominaron en las escenas desplegadas y los deseos de los episodios relatados laterales (no los relatos centrales). Hallamos coincidencias (en este contraste entre escenas desplegadas y algunos relatos de menor relevancia) respecto del deseo anal secundario (A2) y la defensa exitosa acorde a fines, que tiene mayor relevancia en las escenas desplegadas y menor, pero significativa, en relatos laterales relacionados con el novio y con el psiquiatra. Respecto del deseo fálico genital (FG), en cambio, es diferente el intento de armonizar los resultados ya que el predominio del deseo fálico genital se encuentra en un solo relato, de carácter lateral y poco significativo, combinado con defensas caracterológicas histriónicas fracasadas, a diferencia del estado que presenta esta defensa en el nivel de las escenas desplegadas que es exitoso. Apelamos entonces, en este caso, al punto 2 expuesto en el apartado I, o sea, la presencia de 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.

Con el objeto de clarificar aún más los resultados de los análisis de los relatos apelamos al análisis de las escenas desplegadas y estudiamos los tipos específicos de frases que predominaban en cada uno de los siete temas expuestos por la paciente en los relatos. A partir de este estudio observamos, por un lado, la preponderancia del deseo anal secundario (A2) en los relatos referidos a la familia, a la hermana, al padre y al tiempo libre, y deseos fálico genital (FG) en las frases de los relatos referidos al novio, al cuerpo o al psiquiatra. Mientras que en estos últimos (novio, cuerpo y psiquiatra) el

estado de la defensa es exitosa, en los primeros (familia, hermana, padre, tiempo libre) el estado es fracasado o exitoso-fracasado (mixto). Por otro lado, cuando en los relatos predominaban los desenlaces eufóricos (defensa exitosa) y en las escenas desplegadas al hablar 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 con el predominio de una defensa patógena exitosa. No sucedía lo mismo cuando los relatos que hacía la paciente 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.

VI.- Discusión

Hemos desarrollado hasta aquí dos de las diferentes alternativas para relacionar los resultados del análisis de los relatos y el de las escenas desplegadas en sesión ya que recogimos, por un lado, ambos resultados de los análisis como diferenciados y, por el otro, tomamos los relatos desde la perspectiva de las escenas desplegadas. Una tercera posibilidad es analizar escenas relatadas y desplegadas desde la perspectiva del vínculo paciente-terapeuta (Maldavsky et al. (2006).

Siguiendo esta última alternativa incluimos los resultados de otras dos investigaciones que realizamos sobre la misma sesión pero con otros objetivos. En uno de ellos (Maldavsky, Scilletta, Pérez Zambón, 2010a) estudiamos la pertinencia de las intervenciones centrales de la terapeuta (pertinencia de la elección de los temas que la terapeuta encaró y la de los conceptos con que lo hizo). Detectamos allí que la terapeuta 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, para la evaluación de la pertinencia de las intervenciones tomamos en cuenta los relatos de la paciente con un desenlace disfórico, o sea, en los cuales fracasa una defensa patógena ya que, como dijimos previamente, son los que facilitarían el acercamiento a los problemas que requerían la atención clínica. Dichos relatos parecían relacionarse con su padre que se combinaban, a su vez, con los episodios referidos a la alteración en el propio cuerpo que fue el motivo de consulta. Sin embargo, los que fueron tomados en cuenta para el trabajo terapéutico fueron aquellos relatos referidos al novio. Por otro lado, el criterio para decidir respecto de la pertinencia de los conceptos con los cuales se encararon los temas centrales fue evaluar si coincidían con los correspondientes al análisis de los relatos que revestían mayor interés. Los conceptos para abordar 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 enlazan con el vínculo de dependencia de la paciente respecto de un sujeto que desvaría, en este caso su padre. O sea, podemos observar que no fue considerada en esta sesión la explicación de los procesos psíquicos (entendidos como la combinatoria de los deseos y las defensas) que determinaban sus crisis y puntos de angustia (deseo oral primario, O1 y la desmentida fracasada, combinada con la libido intrasomática, LI y la desestimación fracasada del afecto).³ Mientras que esta parecía la situación problemática que reunía

los puntos nucleares de angustia a considerarse en la sesión, la terapeuta suponía que el problema central y la explicación de los problemas 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). El riesgo de no trabajar esta situación problemática es que dichos procesos psíquicos (combinatoria de deseos y defensas) permanecen al acecho con posibilidades de nuevas repeticiones.

En el otro estudio (Maldavsky, Scilletta, Pérez Zambón, Álvarez, Sneiderman, 2010) analizamos las frases en sus intervenciones centrales (establecimiento de nexos, comparaciones, consejos, etc.). Los resultados de la investigación arrojaron un predominio del deseo fálico genital (FG) y el deseo anal secundario (A2) y la defensa exitosa acorde a fines. Esta última combinación parecía indicar que ambas podían concentrarse en los problemas clínicos acuciantes, mientras que el deseo fálico genital (FG) no parecía corresponder a un estilo complementario. O sea, mientras que el deseo fálico genital (FG) se combinaba con la represión + rasgos caracterológicos exitosos en ambas interlocutoras, A2 se combinaba con defensas funcionales exitosas. 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.

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 de Marisa pudimos observar que a lo largo de la sesión 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). 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. A pesar de que la terapeuta no contaba con recursos conceptuales como para proponer otros caminos clínicos, el hecho de que tuviera medios claros, sencillos y confiables pudo haber tenido efectos positivos, debido al valor que adquirió eso en una paciente que parecía desorganizarse ante la dependencia de interlocutores que suponía falsos y la paciente pudo avanzar en su tratamiento.

VII. Conclusiones

Diremos para finalizar, por un lado, que algunas posibles resoluciones provisorias al problema planteado, o sea, de qué modo armonizar las diferencias entre las escenas relatadas y las desplegadas al hablar son: rescatar el valor de los relatos en el contexto de las frases; otra es apelar a la propuesta de combinar algunas de las cuatro alternativas de coincidencia y discrepancia expuestas y, por último, tomar en cuenta las intervenciones del terapeuta, su falta de pertinencia clínica, según las frases a las que

recurre y sus decisiones clínicas. Tres propuestas que aguardan el contraste con otros estudios con el objeto de obtener un mayor refinamiento.

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.

Lieberman, 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 Lieberman*, 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 Lieberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2007.

(2009) “La violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Lieberman (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 Lieberman*, en prensa.

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

¹ Otros aspectos relacionados al análisis del relato se dejarán de lado en el presente desarrollo ya que fueron considerados con mayor precisión en Maldavsky et al., 2010.

² Para un estudio más detallado de los deseos y defensas (y su estado) en los actos del habla remitimos a Maldavsky et al., 2010.

³ Véase el artículo “La violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Liberman (ADL)” del N° 380 de Actualidad Psicológica.