

Un análisis de tres niveles (estructura psíquica, intrasesión, intersubjetividad) de una primera sesión de 15 años atrás (Ms. Smithfield) usando el algoritmo David Liberman (ADL)¹

A three-level analysis (psychic structure, intra-session, intersubjectivity) of a first session dated 15 years ago (Ms. Smithfield) using the David Liberman algorithm (DLA)
David Maldavsky

Resumen

El autor estudia la clásica primera sesión de Ms. Smithfield (Psychotherapy Research, 1994, 4), estudiada también por varios equipos de investigación. Aplicando el algoritmo David Liberman, el autor realiza un estudio de las relaciones extratransferenciales e intrasesión de la paciente y del discurso del terapeuta, lo cual le permite detectar, desde la perspectiva de la intersubjetividad, que el terapeuta pasa a ocupar por momentos el lugar de un personaje en una escena traumática de la paciente.

Palabras claves

Relato, actos del habla, defensas, intersubjetividad.

Summary

The author studies the classic first session of Ms. Smithfield (Psychotherapy research, 1994, 4) investigated by various teams of research. By applying the David Liberman algorithm, the author makes a study of the patient's extratransference and intra-session relationships and of the therapist's discourse. Those studies allow him to also focus on the intersubjective perspective, and to infer that the therapist sometimes occupies the place of a character in one of the patient's traumatic scene.

Key words

Narration, speech acts, defenses, intersubjectivity

En varios trabajos previos (Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004, Maldavsky, Buceta, de Duran, Cantis, García Grigera, 2006, Maldavsky, Alvarez, Britti, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2007) y en un libro reciente, escrito con colaboradores (Maldavsky, Aguirre, Alvarez, Bodni, Britti *et al*, 2006). analicé la primera sesión de diez pacientes con sus respectivos terapeutas. En esta última investigación me centré en 1) el análisis de las escenas relatadas por el paciente, que me permitió estudiar sus relaciones extratransferenciales (sobre todo para detectar su estructura psíquica y el motivo de consulta), 2) el análisis de las escenas desplegadas por el paciente durante la sesión, que me permitió realizar comparaciones con las escenas relatadas y detectar en qué posición se colocaba ante el terapeuta, 3) el análisis de las escenas desplegadas por el terapeuta, que me permitió estudiar su estrategia clínicamente pertinente o inadecuada, así como la intersubjetividad, y en particular las situaciones en que pasaba a ocupar inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumática del paciente. En dichas investigaciones usé como método el algoritmo David Liberman (ADL), que permite detectar erogeneidades y defensas (y su estado) en el discurso de paciente y terapeuta, enfocando tanto las escenas narradas (como relatos) cuanto las desplegadas en sesión (como actos del habla, componentes paraverbales, movimientos, etc.). El concepto de corrientes psíquicas (Freud, 1918b, 1927e) aparece como un ordenador de los resultados aportados por la aplicación de los diferentes instrumentos de que dispone el ADL.

Todos los casos analizados en estas investigaciones eran recientes; además, paciente y terapeuta eran argentinos. En esta oportunidad deseo centrarme en una primera sesión en que paciente y terapeuta son estadounidenses, y la sesión tiene unos 15 años de antigüedad. Se trata de la primera sesión de Ms. Smithfield, publicada en 1994 en Psychotherapy Research y comentada en su momento por varios equipos de investigación. Por mi parte, aplicaré el ADL a dicha sesión para enfocar en detalle los mismos tres niveles de análisis (extratransferencia, intrasesión, intersubjetividad) y, en un breve comentario final, expondré algunas conclusiones que enlazan la presente investigación con las precedentes.

I. Muestra²

1. El terapeuta abre la entrevista definiendo el objetivo: que la paciente hable "un poquito" sobre su vida, la gente y los sucesos de su vida, acerca de por qué desea tratarse.

La paciente responde que hay "muchas razones". Sobre todo estas se basaban en los últimos tres años. Hacía algo más de un año atrás había tenido un accidente automovilístico importante, siendo ella quien manejaba. Se golpeó contra la ventanilla del lado del pasajero y tuvo una conmoción grave como consecuencia de la cual perdió la mayor parte de su memoria de corto término. La pérdida se conserva en su mayor parte, aunque muchos recuerdos retornaron, o porque el cerebro es un sistema eléctrico y existen vías para que se reencamine a sí mismo. Durante el verano se había hecho estudios neuropsicológicos en Mill Valley, California, y se le diagnosticó un síndrome postraumático números uno y dos sin base orgánica. Muchos recuerdos estaban reprimidos por problemas emocionales. Desde que se graduó, en mayo, pudo encararlos mejor y reexperimentarlos, reconocerlos, y esta es una de las razones importantes para pedir psicoterapia: "Yo necesitaba un input (risa) en otro lugar, básicamente fuera de mi propio grupo de pares y fuera de mis propios amigos". Tras un "Mhm" del terapeuta, que la paciente repite, prosigue: "Básicamente en los últimos tres años, para ponerlo brevemente, fui violada cuatro veces. Yo estuve, yo viví en el Sudeste de Asia, me casé allí. Mi marido desapareció no mucho después de que yo regresé, y encaré el divorcio junto con el accidente automovilístico, y esto es brevemente lo que experimenté en los últimos tres años". El terapeuta, que hasta ese momento había recabado información o acompañado (Mhm) a la paciente, comenta entonces: "Es mucho para ponerlo brevemente". La paciente acepta el comentario y prosigue: por sus estudios universitarios había reprimido mucho de todo eso. También porque su estado mental era tal que necesitó un lapso para darse a sí misma el espacio para evaluarlo. Otra cosa que realmente la afecta es que había vuelto del Sudeste asiático en el '73, y su marido, que había venido con ella, desapareció en agosto de ese año. Desde entonces no se había puesto en contacto con ella. El la dejó "diciendo: 'bueno, yo tengo que volver a Kuala Lumpur (nosotros estuvimos en Indonesia, que es...), y volver a Kuala Lumpur', así él podía hacer su investigación, y cuando él estuviera allí podría enviarme una dirección o algo para recontactar. Bueno, él no se contactó con nosotros, y entonces en diciembre, enero, yo empecé a buscar los llamados telefónicos y todo eso, sin encontrar nada. Y para ese mismo tiempo mi compañero, que era básicamente un hermano para mí (yo no tengo hermanos pero hm, él es básicamente un hermano, y es un maníaco depresivo), y cayó en una espiral descendente que terminó en que intentó suicidarse". El terapeuta le pregunta si en ese momento ella estaba en el Sudeste asiático, y la paciente explica que esto ocurrió en los Estados Unidos, donde volvió para terminar sus estudios. "Fue un mal invierno para todos, y muchos de mis amigos se apoyaron en mí por mi sostén y mi

energía, y al mismo tiempo que todo me golpeaba lo que estaba pasando, mi marido se fue, y Fred, no lo pude ayudar a Fred de ningún modo, eh, este era el nombre de mi compañero de cuarto. No tuve resto para darme. No me quedaba energía; entonces yo tuve básicamente un quiebre emocional". Tuvo fracasos en los estudios y poco más adelante sufrió el accidente, días después de volver de un breve receso académico en primavera. Todo esto ocurrió en un período de alrededor de tres meses. Desde entonces la paciente trató de restablecerse y finalmente se graduó. Ante las preguntas del terapeuta aclara que estudió en el norte de California, y que se dedicó a diferentes cosas (antropología, estudios de la mujer, historia, sobre todo del Sudeste asiático) y sobre todo a desarrollo económico en el Sudeste asiático: Si bien ha obtenido su promedio, "todo, tanto emocional cuanto físicamente, física, era golpeante". "Seguro", responde el terapeuta, y la paciente agrega que piensa que la represión sobre estos temas le afectó muchas otras áreas de su vida. El terapeuta dice que en consecuencia ella siente que esas otras áreas quedaron comprometidas porque ella rechazó tantos sentimientos. La paciente asiente.

2. El terapeuta pasa a recabar información sobre su matrimonio. La paciente aclara que su ex marido es de Malasia. Ambos estudiaban en Yakarta. Ella lo conoció al terminar su programa de estudios y en consecuencia demoró su retorno a los Estados Unidos. "Exactamente todo abrochaba, perfectamente. Políticamente ambos teníamos el mismo enfoque, emocionalmente teníamos enfoques similares y culturalmente estábamos exactamente fascinados cada uno con el otro por las diferencias." Se casaron y poco después la paciente retornó a Estados Unidos. El plan era que su esposo terminara su investigación o su tesis, ella se graduara, y luego volverían para trabajar en cualquier cosa. "Pero, uh, él desapareció seis meses después de mi regreso."

El terapeuta le pregunta si cuando él desapareció fue un shock. La paciente acepta y agrega: "¿Fue un shock? Bueno, llevó un largo tiempo asimilarlo." Ante las nuevas preguntas del terapeuta, aclara que, como él era revolucionario y trabajaba con diferentes movimientos, ella conjeturó que él estaría oculto, porque ni su familia ni sus amigos habían oído nada de él o sobre él. Fácilmente podría estar muerto o en prisión. Tal vez reapareciera, ella no lo sabe. Ella pensó que era mejor por su salud no saber nada de él. Un año después de que él desapareciera la paciente necesitó hacer su propia vida y vivir lo mejor que pudiera. Entonces inició los trámites de divorcio. Eso fue un gran alivio. Ante las preguntas del terapeuta relata que la relación matrimonial era muy poderosa en términos del monto de lo que compartían. "Inclusive yo tengo mucho, lo que la gente aquí podría decir un montón de ideas radicales." Luego de haber vivido en Indonesia y Nueva Guinea, la paciente había visto en la práctica lo que había leído y pensado sobre el asunto. "Nos equilibrábamos uno al otro muy bien, ya que yo soy, yo soy una... yo soy estudiante de la no violencia y si es posible yo quería cambiar las cosas sin violencia. Sin embargo, él creció y vivió allí. Hizo muchas cosas que él empezó a darse cuenta que estaban en una categoría diferente de la mía. El era partidario del uso de la violencia para derrocar un montón de sistemas de allí, y entonces nos equilibrábamos el uno al otro en esto, yo lo quería suavizar, y él quería activarme en cierto grado, no que se volviera violento sino más bien activar en mí en un camino dinámico para ver diferentes aspectos." La paciente insiste en cómo se equilibraban recíprocamente y en que coincidían en conocimientos y en intereses. Agrega: "El me enseñó mucho, y yo le enseñé mucho. Eh, entonces en estos términos fue una muy, fue una relación académica y social en gran medida". En el Sudeste de Asia él iba a clase y ella leía en la biblioteca, investigaba o hacía informes, o lo ayudaba mecanografiando las tareas de él. El terapeuta le pregunta si ella sentía que se conocían el uno al otro realmente, en forma profunda. Suena como si ellos tuvieran un gran

monto de intereses en común. Repite la pregunta: ¿ella sentía que él la conocía como persona? ¿Ella lo conocía a él? La paciente responde que su marido la conoció como quien ella fue mientras estuvo en el Sudeste de Asia. Muchas cosas anteriores a ese momento él no necesariamente las conoció o entendió, por ejemplo su entorno cultural. El nunca había vivido en Estados Unidos, y no conocía nada sobre los supuestos subyacentes y la cultura de la paciente. Ella no conocía Malasia, pero Indonesia estaba bastante cerca, y ella se contactó con la familia de su marido, así que tuvo una idea general de cómo él era y lo que pasaba, y eso en su mayor parte le gustó. El terapeuta le pregunta si habían habido conflictos entre ellos. "Nop", responde la paciente. Ante la insistencia del terapeuta, la paciente, suavizando el tono de voz, dice que la relación había sido "muy franca. Una cosa que incluso pudo haber ayudado es que él conocía Yakarta mucho mejor que yo, y entonces él me fue como llevándome y mostrándome los lugares; entonces no era como si yo fuera completamente independiente y conociera el área por mí misma lo suficiente como para salir". En este sentido, afirma, había poco espacio para el conflicto. El terapeuta le pregunta qué pensaba que él no conoció acerca de ella o de su ambiente en Estados Unidos. La paciente responde que le resultaba difícil decirlo porque "yo me puse mucho más en contacto conmigo misma en los últimos años" y casi enseguida prosigue: "es difícil para mí delinear exactamente qué fue entonces y qué es ahora". El terapeuta comenta que tal vez ella no tenga que hablarle más de eso ahora y le pregunta qué comenzó a conocer de sí misma que él (o ambos) no conocía. La paciente se refiere entonces a la animosidad de su ex marido contra los Estados Unidos por sus acciones en otros países. El sistema desarrollado aquí, que fue impuesto allí, no fue desarrollado allí, y creó muchos problemas y discusiones. "Quizá por su entorno y no haber visto nunca un país del primer mundo, no pudo obtener este sentido de la comprensión, no pudo obtener este tipo de comprensión que sí, los Estados Unidos no son completamente negativos, no es una entidad completamente negativa (eructo). Disculpe, hay muchos aspectos positivos, aspectos creativos." Quizá una parte muy definida de ella es que ella se crió aquí. Inclusive el monto de desarrollo emocional que los chicos tienen cuando crecen aquí es muy diferente. Emocionalmente la diferencia podría ser el monto de libertad cultural que ella tenía como americana. El se había criado como musulmán y esto implicaba muchas, ella no quiere decir restricciones, sino las normas culturales que deben ser seguidas y definen los caminos de evolución, en una dirección muy diferente. "Si, nuestro camino también está definido, pero de otra manera". Aquí es posible crear lo que se desea pese a las expectativas culturales. En la cultura musulmana es más difícil porque es más antigua y más algo innato. Es más difícil quebrarla, pero si uno es bastante fuerte, puede hacerlo. En términos de estas diferencias, ella hubiera querido que él la comprendiera como mujer que creció en esta cultura. El era un revolucionario en su posición respecto de la mujer, pero al mismo tiempo se esperaba que ella conservara un papel semitradicional, "una que cocina, uhm, y sobre todo cuida a los chicos; si no yo, entonces su abuela". El le hubiera permitido trabajar, tuvieran o no hijos. Este era un aspecto positivo, pero había todavía muchas diferencias, y ella había trabajado mucho en estudios de mujeres. El terapeuta le pregunta qué sabía sobre ese papel tradicional en aquel momento, anticipando que quedaría involucrada en eso. La paciente responde que antes ella se sentía fuerte, podía hacerse respetar por su ex marido y hacer lo que sentía que tenía que hacer. A ella le hubiera gustado hacer trabajo de desarrollo y continuar en él, y él lo sabía, la comprendía y la apoyaba. La paciente agrega "El quería que yo estuviera e..., fuera educada igual que él". El quería que ella obtuviera el master, que no hubiera diferencias en lo educativo. Ambos eran igualmente inteligentes. En ese sentido, era mucho más evolucionado que la mayoría de la gente del Sudeste de Asia. El

terapeuta pregunta si ella siente que, en términos de la perspectiva del ex marido, la religión musulmana tenía ciertos requisitos respecto de ella como mujer que ella sentía que debía encarar. La paciente responde que esto dependía. El Islam es practicado de manera diferente en diferentes lugares porque la cultura afecta a esta práctica. Donde vivían los primos, ella no cree que podría vivir en forma comfortable como mujer porque eran muy estrictos. Las mujeres se educaban pero se esperaba que crecieran y se casaran. En Yakarta y otras ciudades ella hubiera podido hacerse respetar y vestir como quisiera. La hermana del marido era una de las mujeres mejor pagadas de la industria bancaria en Yakarta, era musulmana, estaba casada y vivía separada del marido porque trabajaba.

3. El terapeuta le dice a la paciente que le gustaría que esta se refiera a su infancia, a su propia familia, pero antes que describa los traumas que parecían haber ocurrido, y en particular las violaciones.

La paciente responde: "yo fui violada en total cinco veces. Cuatro veces en los últimos años". Los violadores eran conocidos. Riendo, agrega que esto la llevó a poner un dique a su confianza, a su sistema de creencias sobre los hombres. Intelectualmente se explica esto y puede verlo incluso emocionalmente, pero esto no le aumenta su confianza.

"Ellos ven en mí algo que ellos quieren, el único camino que ellos conocen de obtenerlo, si esto está imbuido culturalmente no lo sé, uhm, pero el único camino en que pueden alcanzar esto es sexualmente, y entonces intentan tomarlo de mí por la fuerza." Esta es la única manera que tiene para explicar esto. Sin embargo, una de las violaciones, la tercera, que ocurrió en Indonesia, fue por parte de un hombre con el cual ella se veía antes de conocer a su marido. Ella había roto con él antes, pero enfermó y volvió a Bandung a recuperarse. "Yo estaba muy débil en ese tiempo, y él supuso, porque él me cuidó, que podía tener también derechos sexuales sobre mí, y yo no pude pelear con él físicamente porque yo estaba muy débil, uhm. Y así esto era algo, esto no era algo poco familiar con él de este modo, pero al mismo tiempo él me forzó a esa posición porque yo ya le había dicho: 'no, yo no tengo interés en estar contigo de esta forma nunca más'. Entonces esta fue una muy definida violación. Incluso durante la violación, él había estado con otra mujer que había tenido una enfermedad venérea, y le pasó una enfermedad venérea crónica, una que podía ser tratada solo hasta tres meses después y en estos tres meses él todavía la tenía, y él concientemente me la pasó porque estaba enojado conmigo, uhm, porque yo había roto con él." Ella se dio cuenta del contagio más tarde. Eso la enojó casi más que la violación, por lo que esto significaba para la sociedad americana. Ella se dio cuenta cuando volvió del Sudeste asiático. Como su enfermedad era resistente a la penicilina, saberlo antes "me hubiera ayudado un poquito, pero no curado". Lo descubrió tres meses después de tenerla, cuatro meses después de tenerla, cuando la enfermedad "había comido completamente su camino hacia el interior de mi pared vaginal". Había quedado dañada física y emocionalmente. "También descubrí cuando retorné aquí que yo estaba embarazada y nadie sabía o especialmente yo no sabía si era de mi esposo o del violador. No lo sabía. Felizmente, mi cuerpo tomó control sobre eso y aborté naturalmente." Agrega que además tenía malaria y disentería (risa breve). No había forma de que lo cuidara. "Estas cuestiones realmente (breve risa) golpearon duro." "Seguro", responde el terapeuta, y pregunta si todas las violaciones ocurrieron en el Sudeste asiático. La paciente responde que dos de las violaciones, tres de ellas, fueron en los Estados Unidos. Una de ellas en el Sudeste asiático, otra en el Sudeste asiático fue por un americano que estaba de paso (trabajaba en el Cuerpo de Paz en las Islas Solomon)."El no veía una mujer americana desde hacía mucho mucho tiempo." Agrega: "El había trabado amistad con nuestro grupo", habían ido todos al bar, charlaron hasta tarde en el noche, luego volvieron al cuarto de la

paciente porque ella se iría al día siguiente a las provincias del oeste a trabajar en su estudio independiente. Todos estaban sentados con ella mientras empacaba su equipaje. En determinado momento se hizo tan tarde que todos se fueron a dormir. "El se quedó en la habitación, y yo no hice nada porque él había sido realmente amable conmigo toda la noche, y la próxima cosa que advertí (risa suave) él como si saltó sobre mí, y eso fue eso." Poco después explica: "Yo estaba también totalmente cansada". Por alguna razón, agrega, no había peleado con ninguno de los hombres. No pudo pensar en ello porque una hora después terminó de empacar y estuvo en la calle. "Estaba realmente cansada, y entonces dormí." Respecto de la tercera violación, por su condición física no pudo hacer nada, lo dejó hacer, esperando que todo terminase, y él se fuera y la dejara sola.

"Entonces legalmente yo no pude hacer nada, entonces yo estaba en una posi... en una situación no victoriosa." No fue como si ella no lo conociera, y fue relativamente más fácil encarar la situación, pero cuando ella descubrió que tenía una enfermedad venérea, y lo descubrió porque su marido la recibió de ella, esto fue algo duro (risa breve) de encarar.

4. Las otras violaciones ocurrieron en los Estados Unidos durante el verano anterior, y a ella le resultaba más duro hablar de eso. Ella estaba trabajando mucho con lo esotérico y con la energía y su uso para la curación. La fascinaban las religiones antiguas, inclusive los sistemas religiosos modernos. "El muchacho con el cual vivía el último verano y yo trabajábamos con un shamán o un autoproclamado shamán, y él se ganó nuestra confianza enseñándonos mucho sobre las antiguas tradiciones, mucho sobre los antiguos caminos." Agrega: "Yo no sé si usted conoce el Ying Yang", y, ante el "Mhm" del terapeuta, prosigue: "La única forma en que yo puedo explicarme esto en mi propia cabeza es que él era lo oscuro dentro de la luz y en que él trató de enseñarnos todo lo que era realmente positivo para lograr nuestra confianza, y una vez que él tuvo nuestra confianza empezó a tomar control emocional y mental sobre nosotros, y hasta el punto de que yo buscaba el llamado 'viaje en ascensor', usted sabe, el camino fácil para aprender". Más adelante aclara que él quería mostrarle los aspectos sexuales de su enseñanza. Su amigo estaba también allí, y estaba bajo su control, mental y emocional. "Básicamente él me convenció. Un aspecto mío que esto era cierto, que él quería enseñarme eso, y otro aspecto mío, que era como 'no, esperá un minuto, esto es algo es incorrecto aquí', pero mi el aspecto que él era que influía sobre mí, influía en mí, uhm, triunfó, y él estuvo conmigo dos veces, y yo pensé luego que realmente fue una violación porque fue algo... yo estaba solo la mitad allí." Luego ella y su amigo rompieron con él y ella se sintió peor que los otros porque tuvo una importante parte en el acuerdo de seguir y hacerlo, al menos en parte. Ella le había dado el okay para que eso ocurriera. El terapeuta le pregunta si ha pensado sobre qué pasó en ella que la llevó a este tipo de situación. La paciente aduce: "Yo quería el camino más fácil para volverme iluminada, usted sabe, de tener un sentido de mí misma para liberar lo que estaba tratando, esa energía sepultada desde hacía tanto por mis violaciones", por todo eso. Había mucha energía encerrada, y ella pensó que ese era el camino, porque él hablaba sobre yoga, y ella piensa ahora que no había relación entre los dos, pero en ese momento pensó "que esto era un camino para entrar en contacto con este aspecto mío", e insiste: "Yo estaba allí solo con la mitad de mi corazón".

5. El terapeuta le dice que ella se había sentido explotada por este hombre y la paciente le responde: "Sí, definitivamente, definitivamente". El terapeuta agrega que ella se sintió explotada en su intento de volverse más conciente y más potente como persona, y que había terminado ubicándose en una posición realmente carente de poder. La paciente asiente y dice que ella era con mucho una parte de esta situación, y que tenía el problema de dónde trazar la línea, en términos de la propia culpa por estar envuelta en

esto, o por permitirse a sí misma (con una suave risa) involucrarse en algo así. Agrega que ella trabaja con curación por el arte, con terapia de masaje y de energía, y esto lo había aprendido de él. El le había enseñado un montón, "pero al mismo tiempo yo tenía una muy fuerte (risa suave) animosidad contra él por lo que él me hizo o lo que yo sentí que él me hizo, y allí entré, es un período de victimización. Me sentí mucho como la víctima". Luego aclara que ella se cuestionaba esta posición ya que había tenido la decisión de que eso pasara o no, "un poco de ambas".

6. El terapeuta comenta que tal vez algo sigue ocurriendo que la pone en una situación en que podría pasarle algo como con esta persona. La paciente acepta y comenta que se ve a sí misma yendo muchas veces hacia sus propias caídas. Más adelante se refiere a la opinión de amigos que le dicen que ella tiene básicamente una premisa errónea, que la lleva a pensar como ocurrió en relación con el hombre con el que había estado. El estaba en Washington recogiendo manzanas mientras ella vendía flores en la ciudad. Mike le dijo que ella necesitaba soltarlo, "pero Alex señaló que mi amigo (eructo), perdón, es como '¿qué es lo que estás soltando? En primer lugar nunca te perteneció. Esta misma premisa es una premisa falsa, o una premisa que te lleva a un abismo'". Luego, refiriéndose a Mike, dice que algo había pasado el último fin de semana. Ella había llegado a poder creer en él, y abrirse ante él, luego de estar nueve meses con él. Entonces ella no quería que él traicionara su confianza o le hiciera trampa. Esto sería muy duro para ella, ya que está completamente abierta a alguien con su sexualidad "El es el primer hombre con el cual realmente tuve un orgasmo consistente." Esto es una fuerte atadura, "lo cual es infortunado". El último fin de semana él le avisó que, como los dos lo acordaron y esto podía ocurrir, él le había dicho que había "dormido con otra mujer en mi vagón, o en nuestro vagón, y en mi colchón, y esto realmente me voló (risa suave) emocionalmente, porque intelectualmente yo puedo decir: 'seguro, yo pienso que es bueno tener una relación sexualmente abierta si lo sentimos necesario', pero emocionalmente yo no lo siento en absoluto, y esto realmente golpeó en mí, y golpeó fuerte, golpeó mucho de mi confianza, especialmente porque conozco a la mujer y ella es muy atractiva". Sus inseguridades se alimentaron locamente. Trató de tomar el ómnibus luego del trabajo para ver a sus padres, pero él apareció y se encontraron por 45 minutos. Mike se lo dijo en los últimos cinco minutos, y luego la dejó sosteniendo este cubo de basura mientras él se sentía libre de culpas. Esto la hizo sentir verdaderamente mal, y entonces escribió diecisiete páginas sobre sus pensamientos y sentimientos sobre el asunto. No podía sino esperar que él se conectara con ella, porque no tenía ni su número telefónico ni su dirección, y esto era duro porque ya habían pasado cinco días desde entonces.

El terapeuta le pregunta si volvería en esas condiciones con Mike, a lo cual la paciente responde que eso habían supuesto, y ellos verían qué pasaba. Ella lo había acompañado a recoger manzanas pero no podía cargar pesos ahora porque tenía herniado un músculo del abdomen, y entonces había decidido permanecer allí, donde consultó. Allí tenía amigos y pensó que podría ser un buen momento para recuperarse y estar por las suyas. El terapeuta le dice que esto sonaba como que la paciente se sentía traicionada por su pareja. La paciente asiente y agrega que el dr. Mc. Cann le había dicho que ella sentía otra vez que era una víctima. Ella había vuelto a experimentar emocionalmente lo que no podía manejar: "disculpe la terminología que uso, pero encamarme o fornicar con algún otro. Dormir con alguien es diferente de encamarme con alguien." Si él deseaba estar con ella, ella prefería que él no se encamara con otra persona mientras estuviera con ella o sin ella. "Yo me amurallo otra vez porque esto me hizo daño, y no lo necesito otra vez. Necesito avanzar naturalmente, en un ritmo natural, y cuando yo esté preparada puede ser que tengamos una relación sexualmente abierta, pero no ahora." El

terapeuta comenta que lo que ella describe suena diferente de lo previo, en que tenía dificultades para decir qué necesitaba y qué no quería. La paciente acepta su comentario y, ante la pregunta del terapeuta, agrega que está resuelta a decirle esto, y está frustrada porque espera que él la llame, y no puede hacer nada. Está contenta de haber puesto esto en el papel. Además, está verdaderamente triste porque existe la posibilidad de que ellos no estén juntos. Pero emocionalmente ella necesita eso, es lo más importante.

7. El terapeuta pasa entonces a preguntarle por su familia. La paciente responde que está compuesta solo por sus padres y ella. Había crecido en Mill Valley, California, en un suburbio de clase alta de San Francisco. Su madre tiene 58 años y su padre los cumpliría en diciembre. Ella tiene 23. Hay unos 35 años de diferencia entre ellos. Su niñez estaba relacionada con lo que le pasa ahora. En la escuela había sido un chivo expiatorio: los compañeros la fastidiaban y la dejaban sola. Dependía de cómo se sentían ese día. Así ocurrió desde segundo grado hasta que dejó Mill Valley. Como la evitaban, ella no tuvo mucho contacto con los demás, esto ya estaba arraigado desde su infancia. Tenía pocos amigos, mayores que ella. Cuando alguien gustaba de ella, no estaba segura por qué era (risas), no se tenía mucha confianza como para decir si alguien estaba acercándose realmente o si no era la gente que ella quería como amiga, porque ella quería ser aceptada por el grupo más importante, donde ella no estaba. La madre le decía que había gente que quería ser su amiga, pero ella no la conoció, no lo creyó. Además, había sentido mucha presión de sus padres para que creciera, desde que era pequeña. Siempre supo que estudiaría, eso sería lo que ocurriría, sin preguntas. Sus padres son sumamente inteligentes, los dos con másters. Su madre no trabaja, pero es bibliotecaria profesional, muy leída y música muy talentosa. Es cantante y ahora trabaja en historia de la arquitectura, investiga aunque no le paguen. El padre trabaja como administrador de contratos, en un cargo creado especialmente para él por su talento. Participa en política de la ciudad más como abogado de los vecinos que como lo que se conoce como un político normal. Ocupa además el cargo de presidente de la comisión ambiental, está en el comité zonal y es activo en su área. Es buena gente y la paciente está teniendo mejor relación con ellos. Antes intentaron empujarla en la dirección en que ellos querían. La paciente quería arreglarse a su manera.

El terapeuta le dice que parecía doloroso verse tomada como chivo expiatorio, y le pregunta qué esperaba de sus padres o de otros en términos de ser entendida. La paciente responde que quería ser aceptada. Quería que la aceptaran como era, porque siempre fue diferente de la mayoría de la gente de la región. Siempre estuvo fascinada con cosas que eran muy diferentes de las de la mayoría. Se sentía fascinada por el Sudeste asiático desde que estaba en segundo grado. Y fue diferente con el masaje y la salud. Así ocurrió al estudiar primeros auxilios y luego al volverse la primera entrenadora de primeros auxilios y después con la terapia de masaje. Siempre fue así, siempre fue levemente exterior al grupo, y la mayor parte de sus amigos eran igualmente exteriores a la corriente.

El terapeuta le pregunta si tal vez cuando ella deseaba curarse a sí misma de las heridas en la escuela y la gente le creaba un tiempo difícil, ella sintió que era sutilmente o no sutilmente empujada fuera cuando necesitaba tomarse tiempo para curarse. La paciente acepta el comentario y dice que ella no conserva recuerdos específicos de ese tiempo, sino generales. Sus padres la empujaron hacia la música porque ella tocaba el óboe con talento. Ella enseñó óboe por un tiempo, cuando tenía doce o trece hasta los diecisiete o dieciocho. Lo enseñaba privadamente y era realmente buena. Ellos la ayudaron y sostuvieron para que lo hiciera, pero por momentos la forzaban a practicar una hora y media por día cuando ella quería salir y jugar con los amigos. Ante nuevas preguntas del terapeuta, la paciente relata que con el padre tiene una buena relación, muy abierta.

Había cosas que ella no discutía con él, como el uso de diferentes drogas que ella hizo en su vida, o la sexualidad, porque él era un poco más puritano que ella en eso. El la había ayudado mucho durante su divorcio, porque la primera mujer lo había abandonado luego de seis meses de matrimonio, y eso lo dejó emocionalmente hundido por un tiempo. El tenía veintinueve años cuando se casó y treinta y uno o treinta y dos cuando se divorció. Poco después conoció a la madre de la paciente y ambos se casaron. El tenía una comprensión básica de quién era ella y podía conectarse con eso, era más permeable, no era rígido. El terapeuta le pregunta si su padre le había contado si se sintió abandonado por su primera mujer. La paciente responde que él solo le había relatado los hechos, pero hay un definido sentimiento de conmiseración entre ellos, él puede entenderla. Ella sabe que él la apoya. La relación de la paciente con su madre es áspera. La madre no cree en nadie, lo cual incluye a la paciente, quien, cuando se siente reprimida, borra sus emociones. Afirma que a veces le hace bien combatir emocionalmente con su progenitora. La madre podría ser emocionalmente manipuladora. Como la madre la presionaba, la paciente aprendió a resistirse. Ambas peleaban desde que la paciente tenía memoria. En el presente tienen buenas charlas por teléfono. Cuando están juntas la paciente pisa suavemente, ya que supone que está en el territorio, el hogar, el área o el reino de su madre. El terapeuta pregunta si la madre tiene opiniones diferentes sobre lo que ella debería hacer. "Sip", dice la paciente, y agrega que la madre opina sobre las actitudes sexuales de la paciente. La madre gusta de hacer cargos y esa es una de las principales áreas en que tienen conflictos. "Tuvimos una discusión bastante grande cuando le dije que iba a vivir con Mike, a pesar que ya estuve casada. Ella no estaba muy contenta con el hecho de que yo viviera con Mike. Mi papá lo aceptó. El estaba como 'okay, está bien'. Pero ella estaba como 'bueno, ¿por qué no te casás?' Yo estaba como 'mamá, recién me divorcié. Dame un respiro. No me voy a casar por un tiempo. Necesito por lo menos vivir con alguien para saber que puedo estar con ellos, confiar en ellos, etcétera'. Y ella sigue: 'bueno (sabe, ella solo estaba diciendo) o te casás o no vivís con él.'" Ella quería estar con él, pero no casarse. Pero su madre estaba enfadada con lo que le pasó en el Sudeste de Asia. Le contó de la violación en que se contagió la enfermedad venérea. Ella tendía a hacer cargo de eso a su padre o a la paciente. Ella tendía a hacer cargo a otros, y esta era una de las principales áreas de conflicto. La paciente ha descubierto la manera de encarar eso y conservar su propio sentido de las cosas. Ahora está trabajando sobre eso. Por mirarla, ha heredado un montón de aspectos emocionales de su madre, su manera de hacer las cosas. La paciente trata de desaprender algunas de sus manipulaciones emocionales.

8. El terapeuta le pregunta si se siente manipuladora con las emociones y la paciente responde que a veces sí. Mike le dice: "vos y tu madre son muy parecidas". Es increíble, la forma en que intento hacer que él haga algo o las expectativas que tengo uhm por él y cómo trato de hacerle hacer algo." El terapeuta le pregunta si ella sabe cómo ella trata de hacerlo. Le pregunta si él le ha dicho algo específico, ¿es la forma en que ella pide algo, un favor? Probablemente, responde la paciente, cuando ella pide algo por alguna razón él piensa que ella no es completamente directa. Cuando ella es completamente honesta pide algo de otro modo. El terapeuta le pregunta si ella no pasa demasiado tiempo sin pedir lo que necesita. La paciente acepta este comentario. A ella le resulta duro reclamar en el plano sexual, o un abrazo cuando piensa que lo necesita, o un masaje en la espalda, o a alguien que la escuche. La paciente está siempre en la posición de quien cura o escucha. Ella puede compadecerse con muchas cosas que ellos padecen, pero siente culpa de pasarle sus problemas a otros, tiene muchos sentimientos dolorosos que los demás no quieren entender o escuchar. Es muy duro para ella pedir a la gente que la escuche. Ha aprendido ya que la gente le ofrece ayuda, y eso hace que

ahora le sea más fácil, pero todavía es duro para ella pedir que la escuchen. Ella se hace mucho su propia terapia. El terapeuta le pregunta si ella se da cuenta de lo que ocurre en su mente que la detiene en cuanto a pedir lo que necesita. La paciente responde que el dr. Mc. Cann sugirió, y ella tiende a acordar con él, que ella coloca los problemas y las emociones de los demás antes que los de ella, en el sentido de cómo sus acciones afectarían a los otros, en lugar de cómo los demás le afectan a ella.

El terapeuta le pregunta si tal vez ella teme ser una carga. La paciente acepta este comentario. Cuando se trata de sus sentimientos tiene problemas para hablar. Agrega que si puede hablar sobre sus emociones no tendría fin. Podría ser honesta con la gente y decirle lo que le ha pasado y ellos no irían más allá de los muros. Este es un mecanismo de defensa muy efectivo, por muy largo tiempo, todo queda envuelto allí.

9. El terapeuta le pregunta si tiene preguntas que quiere hacerle antes de que él apague el grabador. La paciente responde que no tiene preguntas, que está tratando de comprender nuevas ideas. El terapeuta comenta que piensa que es bueno que esté haciendo algo por ella, que ha sufrido experiencias muy penosas, que necesita descubrir cuál es su contribución en ello. Suena como que hay alguna contribución, para dejar de hacerse daño. Las heridas no son solo las violaciones sino también lo que pasó en la escuela. Ante el asentimiento de la paciente, el terapeuta prosigue diciendo que ella está muy agradecida cuando la gente no se abusa de ella, pero tal vez al punto en que no se da cuenta de que no consigue lo que necesita. Algunas personas que le respondieron, también resultaron ser bastante abusivas. Ante el “Mhm” de la paciente, el terapeuta prosigue diciendo que a ella le ha sido difícil poner sus intereses en primer lugar, y que es muy bueno que esté haciendo algo para encarar esto. Luego le agradece a la paciente el haberle contado a él de sí misma, y ella responde: “no hay problema, no hay problema”.

II. Instrumentos

Método

El método empleado para realizar estas investigaciones es el algoritmo David Liberman (ADL), diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas en el discurso. El ADL toma en cuenta tres niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) palabras. Tanto en el relato como en los actos del habla es posible detectar escenas. Las primeras son narradas, y las segundas se despliegan al hablar. El análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente. El estudio de los actos del habla permite investigar la relación transferencial. El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta incluye³: libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fállico uretral (FU) y fállico genital (FG). Como se advierte, a las fijaciones pulsionales descritas por Freud, le agregamos la libido intrasomática, que el creador del psicoanálisis menciona al aludir a que, inmediatamente después del nacimiento, ciertos órganos (corazón, pulmones) reciben una extraordinaria investidura narcisista (Freud, 1926d).

En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia. La desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995a; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofobias y en las neurosis postraumáticas. Es posible inferir una fijación pulsional por el análisis de las escenas relatadas o desplegadas en sesión como actos del habla. Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar. El método permite investigar los conflictos del paciente en los terrenos tanto transferencial cuanto extratransferencial (con padres, socios, hijos, etc.). Para el estudio de las relaciones extratransferenciales es conveniente tomar en cuenta el relato del paciente. Para el estudio de la relación transferencial es conveniente tomar en cuenta los actos del habla.

Para el análisis de las erogeneidades, el ADL dispone de varios instrumentos. El estudio de los relatos y los actos del habla (componentes verbales y paraverbales) se realiza apelando a grillas específicas, y el estudio de las palabras, recurriendo a un programa computarizado. Aquí consignamos a manera de recordatorio la grilla de las erogeneidades en los relatos (Tabla I). El análisis de las defensas se realiza recurriendo a un conjunto de instrucciones que tienen una secuencia definida. Algunas instrucciones permiten investigar la defensa en el nivel del relato y otras permiten su estudio en el nivel de los actos del habla (Maldavsky, 2003, Maldavsky *et al.* 2005).

El ADL arroja resultados multivariados: pueden coexistir varias erogeneidades y defensas eficaces, con el predominio transitorio o estable de alguna de ellas. Respecto de las defensas, está diseñado además para detectar su estado (exitoso, fracasado, etc.). Con los instrumentos del ADL (grillas, programa computarizado, secuencia de indicaciones) es posible analizar el discurso del paciente. Para estudiar el discurso del terapeuta, y sobre todo su eficacia sobre el paciente, fue necesario producir otro instrumento. Este consiste en diferenciar las intervenciones del terapeuta por su función. Estas pueden ser 1) introductoria, 2) central, 3) complementaria. Es posible además investigar las secuencias de intervenciones del terapeuta para detectar si sus cambios son acordes con las modificaciones del discurso del paciente, y por lo tanto se mantiene la misma estrategia, o si, por el contrario, implican una rectificación, una modificación en la orientación clínica.

En esta oportunidad me interesa usar el ADL para investigar tres niveles de análisis: 1) las relaciones extratransferenciales de la paciente, 2) las relaciones intrasesión, 3) el nexo paciente-terapeuta desde la perspectiva de la intersubjetividad, lo cual implica estudiar el destino dado por cada interlocutor a sus propias exigencias pulsionales y a las ajenas.

III. Análisis

III.1. Análisis del discurso de la paciente

El material que analizo puede ser fragmentado desde dos perspectivas diferentes: 1) las escenas narradas, correspondientes a sucesos extratransferenciales y 2) las escenas desplegadas en sesión. Las escenas narradas se presentan como relatos, y las desplegadas, como secuencias de actos del habla. Comenzaré con el análisis de las escenas narradas.

III.1.1. Análisis de los relatos (relaciones extratransferenciales)

Ordenamiento de los relatos

Es posible diferenciar 37 secuencias narrativas, que he reordenado con un criterio temático y cronológico.

Infancia y adolescencia

I.1. En la escuela fue un chivo expiatorio, la abandonaban y la fastidiaban, 2. no sabía por qué la gente se acercaba a ella.

II.1. Los compañeros del grupo más importante la evitaban, 2. tenía pocos amigos, mayores que ella.

III.1. Sus padres (afirmando que había compañeros que la apreciaban) intentaron empujarla en la dirección que ellos querían, 2. ella deseaba arreglarse a su manera.

IV.1. En la adolescencia tocó y enseñó óboe, apoyada por sus padres, 2. pero se sentía forzada a practicar el instrumento cuando quería jugar con los amigos.

V.1. Siempre se sintió interesada por temas diferentes del resto del grupo, como el del Sudeste asiático, 2. dedicó parte de su carrera universitaria a estos asuntos, 3. cuando tenía alrededor de 20 años se trasladó allá como parte de sus estudios.

Relación con el marido

VI.1. Su ex marido, oriundo del Sudeste asiático, era hostil hacia Estados Unidos, 2. ella coincidía con él, 3. se casaron en Yakarta.

VII.1. El ex marido y ella se equilibraban recíprocamente, 2. ella lo quería suavizar 3. él quería activarla

VIII.1. El ex marido la ayudó a conocer Yakarta, 2. no había casi espacio para el conflicto, armonizaban por completo.

IX.1. Su ex marido no conocía Estados Unidos, 2. al llegar allí, él desapareció diciendo que tenía que volver a Kuala Lumpur, 3. no se volvió a contactar con ella ni ella encontró la forma de contactarlo.

X.1. Como el ex marido era revolucionario, ella conjeturó que estaría oculto, preso o muerto, 2. al año de su desaparición inició los trámites de divorcio, 3. eso la alivió

Retorno a Estados Unidos

XI.1. Sus amigos se apoyaban en su sostén y su energía, 2. ella se quedó sin energía, tuvo un quiebre emocional, 3. su compañero de cuarto intentó suicidarse.

XII.1. Tuvo un accidente automovilístico siendo la conductora, 2. sufrió una conmoción grave, 3. perdió la memoria de corto plazo por el trauma emocional.

XIII.1. Todo era golpeante, 2. la represión sobre estos temas le afectó otras áreas de su vida.

XIV.1. La paciente fracasó en los estudios, 2. trató de reestablecerse y finalmente se graduó.

XV.1. Desde que se graduó pudo reconectarse mejor con sus recuerdos reprimidos, 2. por eso pide tratamiento.

“Las violaciones” y sus consecuencias

XVI.1. Fue violada por hombres a los que conocía, 2. esto le creó desconfianza respecto de ellos.

XVII.1. Un americano miembro de un cuerpo de paz, que hacía mucho que no veía a una mujer americana, se hizo amigo de ella, 2. cuando ella estaba empacando para irse de viaje, él saltó sobre ella, 3. ella no se resistió por cansancio, terminó de empacar y se fue de viaje.

XVIII.1. La paciente tenía un novio que la trataba con violencia, 2. ella interrumpió la relación, 3. a él se le incrementó el afán vengativo contra ella.

XIX.1. Poco antes de volver a Estados Unidos, ella se enfermó y volvió a Bandung a recuperarse, 2. el ex novio la cuidó y luego la violó, 3. ella no pudo defenderse porque estaba muy débil.

XX.1. El ex novio que la violó le contagió una enfermedad venérea crónica, 2. él no le dijo nada de la enfermedad venérea porque estaba enojado con ella, 3. ella se enteró de su enfermedad cuando ya le había producido daños físicos y emocionales.

XXI.1. Respecto de la violación por el ex novio, no se opuso, 2. dejó hacer al hombre esperando que todo terminara y se fuera, 3. legalmente no podía hacer nada.

XXII.1. Descubrió la enfermedad venérea ya en Estados Unidos porque se la contagió al ex marido, 2. este descubrimiento le resultó más duro de encarar, la enojó más.

XXIII.1. Ella trabajaba con un autoproclamado shamán, que se ganó su confianza, 2. ella quería volverse iluminada y liberar la energía sepultada por las violaciones, 3. en consecuencia, consintió en el acercamiento sexual.

XXIV.1. Con el shamán tuvo dos encuentros sexuales, 2. luego rompió con él, se sintió abusada.

Tabla I: Erogeneidades y secuencias narrativas

| EROTISMO ESCENA | FALICO GENITAL | FALICO URETRAL | SÁDICO ANAL SECUNDARIO | SÁDICO ANAL PRIMARIO | SÁDICO ORAL SECUNDARIO | ORAL PRIMARIO | LIBIDO INTRASOMÁTICA |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Estado inicial | Armonía estética | Rutina | Orden jerárquico | Equilibrio jurídico natural | Paraíso | Paz cognitiva | Equilibrio de tensiones |
| Primera transformación: despertar del deseo | Deseo de completud estética | Deseo ambicioso | Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público | Deseo justiciero | Tentación. Expiación | Deseo cognitivo abstracto | Deseo especulativo |
| Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo | Recepción de un don-regalo | Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto | Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos | Venganza | Pecado Reparación | Acceso a una verdad | Ganancia de goce por la intrusión orgánica |
| Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo | Embarazo Desorganización estética | Desafío aventurero Desafío rutinario | Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral | Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación | Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso | Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno | Euforia orgánica Astenia |
| Estado final | Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad | Aventura Rutina pesimista | Paz moral Tormento moral | Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero | Valle de lágrimas Recuperación del paraíso | Goce en la revelación Pérdida de la esencia | Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera |

Relación con los padres

XXV.1. El padre fue abandonado por la primera esposa y se deprimió, 2. por eso podía comprender a la paciente y ser permeable.

XXVI.1. Ambos padres jerarquizaban la actividad intelectual y la cultura, 2. desde siempre estuvo decidido que la paciente tuviera una formación universitaria superior.

XXVII.1. Con el padre tenía una relación muy abierta, 2. no hablaban de las drogas que ella consumía, o de la sexualidad, porque él era un poco más puritano, 3. él la apoyó durante su divorcio.

XXVIII.1. La madre no creía en nadie y era emocionalmente manipuladora, 2. ambas discutieron siempre, 3. ahora se hablaban por teléfono y, cuando se encontraban, la paciente era cauta porque estaba en el hogar o el reino de la madre.

XXIX.1. La madre estaba enfadada con lo que le pasó a ella en el Sudeste de Asia, y no le creía, 2. ella le contó de la violación en que se contagió la enfermedad venérea, 3. la madre tendía a hacerla cargo de eso a ella o al padre.

XXX.1. La madre se mostró en desacuerdo con que estuviera con Mike sin casarse, 2. ella le dijo que necesitaba volver a confiar en un hombre.

Relación con Mike

XXXI.1. La paciente había heredado aspectos emocionales de la madre, se sentía manipuladora, 2. Mike le decía que ella era parecida a la madre, 3. ella no podía pedir directamente lo que quería.

XXXII.1. Mike trabajada recolectando manzanas, 2. Ella sufría de una hernia, así que vendía flores en la calle.

XXXIII.1. Mike era el primer hombre con quien tuvo un orgasmo consistente, 2. el último fin de semana, cuando ella estaba por tomar el ómnibus para visitar a sus padres, él le dijo que tuvo una relación con otra mujer en el colchón de la paciente, 3. eso la golpeó.

XXXIV.1. Mike y ella pensaban seguir juntos, 2. ella se sintió otra vez una víctima, 3. por el momento no podía aceptar una relación sexualmente abierta.

XXXV.1. Ella escribió lo que pensaba y sentía sobre la relación con Mike, 2. Mike no había vuelto a contactarla.

Autoterapia

XXXVI.1. La paciente se colocaba en la posición de quien curaba o escuchaba, 2. sentía culpa de pasarle problemas a otros, 3. hacía su propia terapia.

XXXVII.1. La paciente temía ser una carga para todos, 2. si hablara de sus sentimientos, no podría parar, 3. se defendía amurallándose.

Erogeneidades y defensas en los relatos de la paciente

En este apartado ordenaremos el análisis tomando en cuenta tres sectores en los episodios narrados: 1) infancia y adolescencia, 2) relaciones con hombres, 3) vida reciente. Este último sector nos permitirá inferir, a su vez, el motivo de consulta de la paciente.

1. Respecto de su **infancia y adolescencia**, los relatos I-V muestran resultados diversos, aunque parece darse un pasaje desde un estado inicial de desorientación (FU y defensa caracterológica fracasada) en el relato I hasta el desarrollo de un proyecto ambicioso- evitativo (FU y defensa caracterológica exitosa), en el relato V. Es posible que su desorientación inicial haya estado potenciada por la tendencia de los padres a empujarla en una dirección que no coincidía ni con los deseos de la paciente ni con los hechos (relato III). En estos estados de desorientación, la paciente se ubicada como chivo expiatorio (es decir, el que se sacrifica y carga con las culpas ajenas) ante personas que la maltrataban. La ubicación de chivo expiatorio corresponde a O2 y la desmentida fracasada, mientras que en el personaje que la maltrataba se desarrollaba (proyectado) el afán vengativo, inherente a A1 y la desmentida exitosa (para el otro) y fracasada (para la paciente). El relato II permite inferir que la paciente se sentía expuesta a la evitación (FU y los rasgos caracterológicos exitosos para el otro y fracasados para ella), y la humillación por el otro (A1 y desmentida

fracasada) El intento de la paciente por arreglarse a su manera (relato III), a su vez, expresa a A2 y la defensa exitosa acorde a fines. En cuanto a su adolescencia (encerrada tocando el óboe), el sentimiento de injusticia se desarrolló en la paciente misma (A1 y desmentida fracasada), acompañado de una vivencia de encierro en una rutina displacentera (FU y defensas caracterológicas fracasadas). El proyecto ambicioso-evitativo que la llevó a alejarse hacia el Sudeste asiático (relato V) combina FU y las defensas caracterológicas exitosas y A1 y la desmentida exitosa, y parece la inversa del relato II.

En consecuencia, en la situación originaria de la infancia y adolescencia prevaleció una combinación entre FU y las defensas caracterológicas, O2 y A1, ambas acompañadas de la desmentida, y A2, y una defensa acorde a fines. Este último componente la empujaba a tener autonomía de pensamiento, vivenciar un sentimiento de injusticia e iniciar un proyecto ambicioso-evitativo que al mismo tiempo, al conducirla a alejarse, testimoniaba su hostilidad vengativa hacia su ambiente.

El análisis de estos cinco relatos debe complementarse con el estudio de las **relaciones de la paciente con sus padres** (relatos XXV a XXX). Mientras que con el padre (narraciones XXV y XXVII) prevalecía un vínculo de afecto y comprensión (O2 y defensa acorde a fines), ante la madre (relatos XXVIII, XXIX y XXX) sufría por sus reproches y su manipulación afectiva (O2 y desmentida fracasada) y por sus acusaciones (A1 y desmentida fracasada). El vínculo con ella parecería ser central. Para encarar este conflicto con la madre, la paciente recurrió a una distancia cautelosa duradera (FU y defensa caracterológica exitosa), como se advierte para la narración XXVIII. El rasgo evitativo (FU y defensa caracterológica exitosa) abarcaba también la falta de intercambio con el padre respecto de las prácticas sexuales o el consumo de drogas de la paciente (relato XXVII). A ello se agregaba un consenso que los reunía: el énfasis en la actividad intelectual (A2 y defensa acorde a fines), expresado en el relato XXVI.

Como se advierte, en las secuencias narrativas referidas a las relaciones con los padres se reitera el conjunto de erogeneidades, defensas y su estado prevalentes en sus vínculos extrafamiliares durante su infancia y adolescencia.

2. El peso central de sus relatos referidos a la actualidad corresponde a las relaciones de la paciente con los hombres, en particular aquellos con los que tuvo un vínculo sexual. Entre estas relaciones es posible distinguir entre: 1) las parejas estables (con su ex novio, su ex marido y Mike) y 2) las “violaciones”, aunque uno de estos vínculos (con su ex novio) pasó de un grupo (la pareja estable) al otro (la “violación”).

En cuanto a las **relaciones estables con los hombres**, aparecen descritas en las secuencias narrativas VI a X, XVIII y XXXI a XXXV. Puede advertirse que, cuando la paciente mantiene relaciones estables, se da una configuración en que se combinan LI (equilibrio energético: según el relato VII, su ex marido, por ejemplo, la activaba), O1 (lucidez cognitiva abstracta: según la narración VI, con su ex marido compartían conceptos e ideales, y con Mike, intereses esotéricos), O2 (sacrificio: según el relato XXXIII, ella le daba al hombre un espacio, como la vivienda), FU (deseo ambicioso y simultáneamente evitación, expresados en la vida aventurera con su pareja), FG (según los relatos VIII y XXIII, embellecimiento fascinado). En el conjunto de la relación estable con un hombre predomina O2, correspondiente a la posición sacrificial, complementada por la manipulación afectiva. El destinatario de su sacrificio parecía ser, esencialmente, un personaje animado por un afán justiciero y vengativo (A1 y la desmentida). Este tipo de personaje era el activo, y podía tomar a la paciente como el objeto de su venganza o como el instrumento de ella. Esto diferenciaba al ex marido de su ex novio y de Mike. El marido la tomó solo como instrumento (por ejemplo, para ingresar a Estados Unidos: relato IX), mientras que el ex novio y Mike pasaron de tomarla como instrumento a tomarla como objeto de su venganza. Parecería que esta diferencia (entre quienes la trataron solo como objeto y quienes la usaban como instrumento) permite distinguir entre las relaciones que la

paciente pretendió continuar y aquellas que deseó interrumpir. Entonces podemos distinguir entre las tres relaciones: 1) con el ex novio que la violó en el Sudeste asiático, 2) con su ex marido, 3) con Mike. En los tres hombres prevalecen A1 y la desmentida, pero su ex novio pasó de tomarla como instrumento a tomarla como objeto de su venganza, su ex marido solo la usó como instrumento, y Mike, que la había usado como instrumento, ha comenzado a colocarla también como objeto de su venganza. Cuando ella era tomada como instrumento, su posición sacrificial resultaba exitosa y podía manipular afectivamente al otro. En consecuencia, todo el sistema defensivo patógeno era exitoso. El núcleo “pasional” del vínculo estaba centrado en el sacrificio: ella daba algo de sí sin aguardar retribución, y esto le permitía desplegar la manipulación afectiva (el reproche, haciendo cargo al otro). En cambio, cuando era tomada como objeto de venganza, cambiaba de posición: 1) se sentía objeto de reproches (O2 y desmentida fracasada), 2) quedaba desconcertada y carente de lucidez (O1 y desmentida fracasada) y 3) no tenía energía y resultaba objeto de la descarga ajena (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto). A ello se agregaba un estado generalizado de desorientación (FU y represión combinada con defensas caracterológicas fracasadas), tal como se evidencia en los relatos IX y XXXIII a XXXV.

La combinación entre estos análisis de sus relaciones de pareja estables con los estudios previos sobre su infancia y adolescencia y la relación con sus padres permite detectar numerosas redundancias, sobre todo en cuanto al peso de FU y las defensas caracterológicas, y O2 y A1 y la desmentida. También se advierte el valor de A2 y la defensa acorde a fines, en especial cuando decidió poner un freno a la relación con el ex marido (relato X). Como novedades, predominan dos aspectos: 1) una mayor claridad sobre las relaciones con personajes a los que la paciente le atribuye A1 y la desmentida, y 2) la aparición de FG y las defensas caracterológicas. (Una tercera novedad, la aparición de LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto, puede ser estudiada más claramente al considerar las “violaciones”.) Respecto del primer aspecto, es posible inferir que en esas relaciones infantiles en que la paciente hacía de chivo expiatorio, se acercaba a sus compañeros a la búsqueda de una unión en que el otro expresara los deseos vengativos de la paciente misma, que finalmente se volvían contra ella. Respecto del segundo aspecto (componentes FG y defensa caracterológica), posiblemente haya sido uno de los factores que la hicieron sentir encerrada en la adolescencia, ya que no podía desplegar el histrionismo exhibicionista propio de este lenguaje ante sus amigos.

En cuanto a las “**violaciones**” (narraciones XVI a XXIV, excepto la XVIII), los hombres tienen estos dos rasgos: 1) comenzaban aparentando contribuir a un proceso de equilibrio de energía en un terreno (político, en la segunda violación: cuerpo de paz, o corporal en la tercera y cuarta “violaciones”: cuidado de la salud de la paciente), 2) y luego se volvían alteradores del equilibrio orgánico de esta, con lo cual el vínculo terminaba con LI y la desestimación fracasada del afecto. En cuanto a la segunda “violación” (por el miembro estadounidense del cuerpo de paz, en el relato XVII), el argumento de la paciente fue que él no veía desde hacía mucho a una compatriota. Pero algo similar, en menor escala, le pasaba a la paciente misma, en un ambiente que para ella era no familiar. Desde esta perspectiva, para la paciente el vínculo podría combinarse con el hecho de haberse alejado del ambiente familiar animada por la tendencia ambiciosa-evitativa y un afán vengativo subyacente, según lo expuesto previamente.

La relación con el ex novio (tercera “violación”) tuvo seis momentos: 1) establecimiento de un vínculo en que se combinaban la hostilidad (padecida por la paciente) y la sexualidad, 2) separación e incremento del afán de venganza en el ex novio, tal como se advierte en el relato XVIII, 3) enfermedad de la paciente y cuidado por el ex novio, 4) violación y alejamiento (relato XIX), 5) contagio secreto de una enfermedad venérea y posible embarazo, 6) aborto y descubrimiento del contagio (relatos XX a XXII). Es posible

distinguir tres sectores: 1) vínculo y separación inicial, 2) nuevo vínculo-violación y separación definitiva, 3) efectos tardíos de la violación.

La separación inicial del ex novio se halla en la misma línea de la tentativa de puesta de límites a la relación con el ex marido y con Mike, y expresa la prevalencia de A2 y la defensa exitosa acorde a fines. Sin embargo, al dejarse luego cuidar por él abría las puertas a un incremento del maltrato, y, ponía en evidencia una regresión en cuanto al uso de sus defensas patógenas en versión exitosa (desmentida y desestimación del afecto), que finalmente fracasaban. El reacercamiento al ex novio mostraba, además, la precariedad de A2 y la defensa acorde a fines antes descripta. La escena que culminó en la violación tenía esta secuencia: 1) la paciente se sentía débil y enferma y buscó ayuda, 2) el ex novio pareció ayudarla, 3) finalmente la violó, le contagió en secreto la enfermedad venérea y posiblemente la embarazó. En esta escena, lo central corresponde a LI y la desestimación del afecto, que al comienzo (cuando la paciente buscó ayuda y creyó obtenerla del ex novio) fue exitosa, pero luego, cuando fue violada estando ella débil, resultó fracasada, situación que se repitió cuando sufrió la enfermedad venérea y el aborto. En este contexto, el éxito de la desestimación del afecto se unió con la desconexión de la realidad (O1 y desmentida exitosa), cuando el ex novio pareció ayudarla. En la escena de la violación y sus efectos se advierte el fracaso de una y otra defensa.

En cuanto a la relación con el shamán (relatos XXIII y XXIV), se dio esta secuencia: 1) la necesidad de recuperar la energía (LI y desestimación del afecto exitosa) se combinaba con la aspiración a un conocimiento obtenido por revelación (O1 y desmentida exitosa), 2) finalmente fue forzada (LI y desestimación del afecto fracasada) y quedó desconcertada (O1 y desmentida fracasada)

Otras dos escenas, una ulterior y otra posterior a las “violaciones”, requieren también de examen. Como escena anterior, tuvo importancia el avanzar por una realidad desconocida y peligrosa, en cuyo caso la paciente estaba animada por la hipertrofia de un deseo ambicioso (FU combinado con represión y defensas caracterológicas exitosas). Todo ello la dejaba expuesta al peligro y con una narcosis de la angustia-señal. En este contexto (estar inmersa en un mundo diferente del propio), la escena en que la paciente se alejaba de otro es parcialmente significativa. Al menos se advierte en tres secuencias: 1) con el compatriota que la violó en el Sudeste asiático, cuando ella estaba empacando para irse de viaje (relato XVII), 2) con el ex novio (que también la violó), ya que regresaba a Estados Unidos (relatos XIX a XXII), y 3) con Mike (que le confesó la infidelidad), ya que estaba por tomar un ómnibus para visitar a sus padres (relato XXXIII). Como lo dijo respecto del vínculo con Mike, en las tres ocasiones ella quedó cargada con un cubo de basura. En tal caso se combina un alejamiento (FU y represión acompañada de defensas caracterológicas), el ser víctima de un ataque injusto (A1 y desmentida fracasada), el quedar sumida en la confusión (O1 y desmentida fracasada), y el sufrir la descarga del otro, que entonces quedaba aliviado a su costa (LI y desestimación fracasada del afecto). Entre los cuatro, los dos últimos componentes son dominantes. Este rasgo permite aclarar el estado de la paciente cuando otros la evitaban y se alejaban: ella podía sentirse como luego se sintieron los hombres que la atacaron cuando ella se disponía a alejarse. Del mismo modo, permite aclarar el carácter hostil de su propio alejamiento. Como escena ulterior a la violación, predominó la vivencia de haber sido objeto de maltrato y abuso (A1 y desmentida fracasada), cuando la paciente se victimizó. Es posible que a ello se agregase un reproche implícito (O2 y desmentida fracasada) contra el agresor.

Aunque la paciente no lo explicitó, es posible conjeturar que el consumo de droga era un componente importante en sus vínculos afectivos. Si ello es así, lo central en el conjunto de sus erogeneidades y defensas correspondería a LI y la desestimación del afecto. En el conjunto también importaba O1 y la desmentida, que llevaban a la paciente a jerarquizar el mundo abstracto y desconsiderar la realidad peligrosa. En este contexto se vuelve

comprensible por qué la paciente podía al mismo tiempo intentar poner un límite a la situación concreta de maltrato con Mike y aceptar una premisa abstracta, más general, acerca de que el ideal sería mantener una pareja abierta. La puesta de límite corresponde a A2 y la defensa exitosa acorde a fines, mientras que el aceptar el ideal de una pareja abierta correspondiente a O1 y la desmentida exitosa. Entre estas orientaciones en pugna, la segunda es la dominante.

Al reunir estos análisis con los precedentes, se advierte que algunos componentes fenoménicos siguen vigentes, como los correspondientes a FU y los rasgos caracterológicos, o la importancia de A1 y la desmentida. Además, adquieren más relevancia O1 y la desmentida y LI y la desestimación del afecto. O1 y la desmentida se hacen evidentes en la tendencia de la paciente a privilegiar lo abstracto por sobre lo concreto, lo cual además le dificultaba captar las situaciones de riesgo, y LI y la desestimación del afecto se advierten tanto en el estado de debilidad corporal previo a la “violación” cuanto en el hecho de ser violada y la vivencia de golpe. Estos dos componentes de su vida psíquica no aparecían de un modo tan evidente en las secuencias narrativas correspondientes a su infancia y adolescencia y a su relación con los padres, pero es posible que estuvieran también presentes en las situaciones de maltrato sufrido durante la infancia y en el hecho de que las palabras de sus padres referidas a sus vínculos no coincidieran con los hechos que ella percibía o padecía. La referencia de la paciente a una madre que no se insertaba en el mundo laboral y prefería una actividad puramente intelectual (bibliotecaria ad honorem, música) parece corresponder a esta misma prevalencia de O1 y la desmentida.

Es posible distinguir dos modos de entender a la paciente: o bien predomina la posición sacrificial (O2 y desmentida) ante un personaje vengativo (A1 y desmentida), como lo expresan sobre todo sus relaciones de pareja estables, o bien prevalece la falta de energía (LI y desestimación del afecto) combinada con una tendencia a la abstracción desconectada de los hechos (O1 y la desmentida), como lo muestran sobre todo las violaciones.

3. El estudio de las secuencias narrativas referidas a su **vida reciente** (escenas XI a XV y XXXVI-XXXVII) puede ayudar a tomar una decisión al respecto. Dichas escenas se combinan con algunas ya estudiadas: 1) el divorcio del ex marido, 2) la relación con Mike, 3) las discusiones recientes con su madre, 4) las “violaciones” por el shamán, que parecen coincidir con el vínculo con Mike. En cuanto a las otras secuencias narrativas, abarcan su quiebre emocional (y la tentativa de suicidio del compañero de cuarto), el accidente automovilístico, el empobrecimiento de su vida afectiva, su graduación, la autoterapia como forma de restablecerse. El quiebre afectivo parecía ser consecuencia de la combinación entre el fracaso del matrimonio, su enfermedad, el aborto y los recuerdos de las escenas sufridas en el Sudeste asiático (relatos XI y XIII), así como la crítica materna. La falta de energía inherente a la enfermedad y al aborto corresponden a LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto, el fracaso del matrimonio combinaba O1 y O2 y la desmentida fracasada en ambos casos, la crítica materna expresaba O2 y la desmentida fracasada, y los recuerdos de las escenas sufridas expresaban a LI y la desestimación fracasada del afecto, que es dominante. También lo es en el episodio del accidente automovilístico y sus consecuencias (relato XII). Como complemento, también fracasaron las defensas caracterológicas acompañantes de FU.

En cambio, el esfuerzo por restablecerse y la graduación, así como el pedido de tratamiento (relatos XIV y XV), ponen en evidencia el peso de A2 y la defensa acorde a fines, expresada en el esfuerzo por lograr un control sobre sí. Con todo, el intento de recuperarse no solo abarca el pedido de terapia sino la tendencia a la autoterapia, que se advierte en las secuencias narrativas XXXVI y XXXVII. En ellas la paciente se ubicaba como poseedora de energía y lucidez, pero suponiendo que era una carga para otros, por lo cual se amurallaba. El amurallamiento corresponde a FU combinado con defensas caracterológicas

exitosas, el temor culposo de ser una carga para otros corresponde a O2 y la desmentida exitosa, la lucidez es inherente a O1 y la desmentida exitosa y la posesión de gran energía es propia de LI y la desestimación exitosa del afecto. Este conjunto de erogeneidades y defensas exitosas se contraponían a A2 y la defensa acorde a fines. El fracaso de dicho sistema condujo a la paciente a pedir tratamiento. En dicho sistema, el núcleo parecía ser la combinación entre energía (LI) y lucidez (O1), con el complemento del sacrificio para no ser una carga para otros (O2) y el amurallamiento evitativo (FU).

Tomando en cuenta este análisis, es posible concluir que, entre las dos formas de entender la conflictiva de la paciente (una centrada en la jerarquización del sacrificio ante un personaje vengativo y la otra centrada en la tendencia a la abstracción y la alteración somática), la segunda es la más acorde con los hechos clínicos, lo cual implica que O1 y la desmentida, combinada con LI y la desestimación del afecto, hacen de núcleo, y O2 y A1, acompañados de la desmentida, hacen de complemento.

En la situación actual la paciente parecía tener tres problemas: 1) la reconexión con recuerdos traumáticos, 2) la relación con Mike (sobre todo a) el quedar atada a él por una sexualidad satisfactoria y b) la infidelidad), 3) las críticas de la madre. El estado actual de la relación con Mike, así como las críticas de la madre, corresponden a situaciones actuales problemáticas. La paciente consultó por: 1) estas áreas problemáticas (con Mike, con su madre) y 2) la tentativa de encarar los recuerdos traumáticos antes sofocados. Mientras la tentativa de encarar recuerdos traumáticos ponía en evidencia a A2 y la defensa exitosa acorde a fines, las situaciones conflictivas con Mike y su madre, así como el retorno a sí misma de estos recuerdos traumáticos, indicaban el fracaso de las defensas patógenas.

III.1. 2. Análisis de los actos del habla de la paciente (relaciones intrasesión)

A continuación habré de centrarme en el análisis de las escenas desplegadas por la paciente en la sesión, para lo cual me dedicaré a estudiar sus actos del habla. En la sesión es posible distinguir nueve fragmentos. El primero abarca la presentación inicial (11% del total), y el segundo (20%), contiene el relato del vínculo con el ex marido. El tercero (12%) abarca las “violaciones” en el Sudeste asiático. El cuarto (8%) corresponde a la “violación” por el shamán. Hasta este punto la fragmentación se basa en un criterio temático. Pero a partir de este momento, en que el terapeuta pasa a intervenir más activamente, es pertinente cambiar de criterio de fragmentación, y considerar cómo responde la paciente. El quinto fragmento (5%) corresponde a la tentativa de la paciente de reflexionar sobre la “violación” por el shamán. El sexto fragmento (12%) se centra en la exposición y reflexión de la paciente acerca de su vínculo con Mike. El séptimo momento (21%) contiene una descripción y una tentativa de reflexión de la paciente respecto de su infancia y la relación con los padres. El octavo momento (7%) alude a los rasgos propios que la paciente describe y le parecen preocupantes (manipulación, amurallamiento). El noveno momento (5%) corresponde al cierre de la entrevista. En cada fragmento coexisten varias erogeneidades y defensas, con la prevalencia de uno de estos componentes. Para decidir la dominancia existe un criterio: privilegiar el cierre del fragmento, que suele dar la tónica al conjunto.

En el primer fragmento se advierten el hiperrealismo (LI y desestimación exitosa del afecto), un discurso abstracto (O1 y desmentida exitosa), combinado con un esfuerzo por realizar una descripción de los hechos (A2 y represión exitosa) y con las exageraciones (FG y represión exitosa). El hiperrealismo se advierte en la enumeración de los hechos carente de matices afectivos; el énfasis en la abstracción, en su alusión a la búsqueda de un input; el esfuerzo por realizar una descripción de los hechos, en los rudimentos de relatos de escenas concretas; y las exageraciones en los magnificadores semánticos (muy, etc.). En el conjunto predomina LI. En el segundo fragmento, ha desaparecido el hiperrealismo y se han incrementado los recursos FG, ya que a las exageraciones se le agrega una dramatización. Se mantienen A2 y O1. Las defensas para A2 y O1 son las mismas que en el fragmento previo. FG, dominante, se combina con la represión y las defensas

caracterológicas exitosas. En el tercer fragmento, se combinan las erogeneidades y defensas del primer fragmento (LI y desestimación exitosa del afecto, O1 y desmentida exitosa, A2 y represión exitosa y FG y represión exitosa), pero a ellas se les agregan FU y represión exitosa y A1 y desmentida exitosa. FU se advierte en algunas autointerrupciones y A1 en la denuncia de la violación. En el fragmento predomina LI. En el cuarto fragmento ha desaparecido LI, y se ha incrementado A2 y la defensa exitosa acorde a fines (se agrega una pregunta por el saber del terapeuta), que es dominante. Además, ha retornado FG (reaparición de las dramatizaciones). En estos cuatro fragmentos iniciales, los cambios en las escenas desplegadas por la paciente se combinan con los cambios en el tipo de escena relatada (presentación inicial, para el primer fragmento, relación con el ex marido, para el segundo, “violaciones” en el Sudeste asiático, para el tercero, y relación con el shamán, para el cuarto).

A partir de este punto, los cambios en las escenas desplegadas por la paciente son consecuencia de las intervenciones del terapeuta. En el quinto momento prevalecen O1 (acompañado por la desmentida exitosa), A1 (y desmentida exitosa), A2 (y defensa exitosa acorde a fines), FU y FG (y represión exitosa). O1 aparece en la referencia a la abstracción, A1, en las denuncias de violación, FU, en los atenuadores semánticos, y FG en la redundancia sintáctica, pero predomina A2 (objeción a su tendencia a la victimización y énfasis en el pensamiento concreto). En el sexto fragmento se combinan O1, O2, A1, A2 y FG. O1 (y la desmentida exitosa) se expresa en su tendencia a la abstracción, O2 (y la desmentida exitosa), en su referencia a su estado afectivo, A1 (y la desmentida exitosa), en su denuncia de la situación de maltrato, A2 (y la defensa exitosa acorde a fines) en su descripción de los hechos, la objeción y la toma de decisiones, y FG (y la represión exitosa), en las dramatizaciones y exageraciones. Predominan A2 y la defensa exitosa acorde a fines. En el séptimo fragmento se advierten O2 (referencia a estados afectivos), A2 (relatos de hechos concretos) y FG (dramatizaciones, exageraciones). Para O2 y FG, las defensas siguen siendo las mismas de los fragmentos precedentes. En el conjunto predomina A2 combinado con la represión exitosa. En el fragmento octavo, se advierten O1 (abstracción), O2 (alusión a sus afectos), A2 (relatos de hechos concretos) y FG (dramatizaciones). En el conjunto prevalece O1 (referencia a su propio sistema defensivo y a las ideas del dr. McCann, con las que acuerda). Las defensas son las mismas que se detectaron en el fragmento previo. El fragmento noveno, de cierre, merece un análisis más detenido, ya que permite detectar el organizador general de la sesión. En dicho fragmento, la paciente comenzó aludiendo a lo que esperaba del tratamiento (conocer nuevas ideas) y finalizó con una frase repetida (“no hay problema, no hay problema”). La frase inicial y la final derivaron de una intervención diferente del terapeuta. La primera fue una respuesta a la interrogación del terapeuta acerca de si la paciente quería preguntarle algo antes de cerrar la hora, y la segunda surgió luego que el terapeuta le agradeció que ella hubiera hablado de sí. En la primera frase la paciente se ubicaba como alguien que esperaba recibir nuevas ideas, como ante el falso shamán. En tal caso prevalecían en ella O1 y la desmentida exitosa. En la segunda, en cambio (“no hay problema, no hay problema”) se advierte la expresión de frases no creíbles (O1 y desmentida exitosa), la tendencia sacrificial (O2 y desmentida exitosa) y la redundancia sintáctica (FG y represión exitosa), con el predominio de O1. Si reunimos estos comentarios concluimos que O1 y la desmentida exitosa son prevalentes, y que O2 y la desmentida exitosa le hacía de complemento. Además, entre la frase de comienzo de este fragmento (en que aludió a su deseo de entender nuevas ideas) y la final (“No hay problema, no hay problema”), la paciente acompañó (“Mhm”, etc.: FU y defensa caracterológica exitosa) una considerablemente extensa exposición del terapeuta dedicada a describir los problemas de la paciente. En el conjunto FU y FG y las defensas caracterológicas formaban una presentación fenoménica. En cuanto a lo nuclear, evidenciado en el cierre de la sesión, la

paciente se ubicaba como un instrumento para que el otro incrementase su conocimiento. Es decir que finalmente la paciente tuvo ante el terapeuta una posición parcialmente similar a la que ella pretendía mantener con sus parejas, ya que se sacrificaba por él, pero no le adjudicaba a este un afán justiciero (A1) sino cognitivo (O1) (Tabla I).

Tabla I. Erogeneidades, defensas (y su estado) dominantes en las escenas desplegadas

Fragmento primero

| | | |
|-----------|---------------------------------|----------------|
| LI | Desestimación del afecto | Exitoso |
|-----------|---------------------------------|----------------|

Fragmento segundo

| | | |
|-----------|--|----------------|
| FG | Represión + defensa caracterológica | Exitoso |
|-----------|--|----------------|

Fragmento tercero

| | | |
|-----------|---------------------------------|----------------|
| LI | Desestimación del afecto | Exitoso |
|-----------|---------------------------------|----------------|

Fragmento cuarto

| | | |
|-----------|-----------------------|----------------|
| A2 | Acorde a fines | Exitoso |
|-----------|-----------------------|----------------|

Fragmento quinto

| | | |
|-----------|-----------------------|----------------|
| A2 | Acorde a fines | Exitoso |
|-----------|-----------------------|----------------|

Fragmento sexto

| | | |
|-----------|-----------------------|----------------|
| A2 | Acorde a fines | Exitoso |
|-----------|-----------------------|----------------|

Fragmento séptimo

| | | |
|-----------|------------------|----------------|
| A2 | Represión | Exitoso |
|-----------|------------------|----------------|

Fragmento octavo

| | | |
|-----------|-------------------|----------------|
| O1 | Desmentida | Exitoso |
|-----------|-------------------|----------------|

Fragmento noveno

| | | |
|-----------|-------------------|----------------|
| O1 | Desmentida | Exitoso |
|-----------|-------------------|----------------|

Es posible advertir que en la paciente predominan LI y la desestimación exitosa del afecto (fragmentos primero y tercero), O1 y la desmentida exitosa (fragmentos octavo y noveno), A2 y la defensa exitosa acorde a fines (fragmentos cuarto, quinto y sexto), o A2 y la represión exitosa (fragmento séptimo), y FG y la represión más la defensa caracterológica exitosa (fragmento segundo). Se advierte además que en el final de la sesión predominan O1 y la desmentida exitosa, que tienen entonces un valor lógicamente dominante en el conjunto, y que A2 y la defensa acorde a fines o la represión, ambas exitosas, ocuparon la posición central a partir del fragmento cuarto.

A lo largo de la entrevista, es posible distinguir entre tres estrategias diferentes en cuanto al despliegue de escenas por la paciente. La primera parte de la sesión va desde el comienzo hasta el tercer fragmento. La segunda parte abarca hasta el fragmento séptimo inclusive. La tercera parte abarca los dos últimos fragmentos. En la primera parte (presentación inicial y descripción de las “violaciones”), es posible advertir que el relato de los hechos (A2 y represión exitosa) servía de apoyo para realizar una combinación entre denuncia (A1 y desmentida exitosa) y reclamo de comprensión (O2 y desmentida exitosa) y de lástima (LI y desestimación del afecto). También es posible advertir el desarrollo de técnicas evitativas (FU y represión exitosa). En cambio, en la descripción de las relaciones con el ex marido se advierte un esfuerzo embellecedor (FG y represión más defensa caracterológica exitosa) que neutraliza toda reflexión. En la segunda parte (que incluye la descripción de la relación con el shamán, la relación con Mike y el vínculo con los padres), en cambio, se evidenció un incremento de las dramatizaciones (FG y represión exitosa), sea al describir sus relaciones con el shamán o con Mike, sea al aludir a su vínculo con sus padres. La descripción de la relación con el shamán tiene un carácter intermedio: por un lado la paciente desplegó escenas ligadas a la victimización (O2 y A1 acompañadas de la desmentida exitosa) y por el otro aumentaron las dramatizaciones (FG y represión exitosa), sobre todo para expresar su tendencia a oponerse al acto sexual. En ese momento también comenzó a incrementarse la importancia de una escena en que intentaba reflexionar sobre sus problemas concretos (A2 y la defensa exitosa acorde a fines). Precisamente, la descripción de la relación con el shamán le permitió a la paciente admitir su participación en los hechos, y por lo tanto recuperarse de la defensa ante las críticas atribuidas a su

madre. La tercera parte abarca la referencia al amurallamiento y el cierre de la hora. En esta tercera parte predominan O1 y la desmentida exitosa, que generan ciertos rasgos caracterológicos exitosos de la paciente, centrados en la intelectualización.

El conflicto mayor parece abarcar el relato del período que involucraba la estadía en el Sudeste asiático hasta el accidente automovilístico y el divorcio. Este período incluía el casamiento con un hombre que odiaba a los Estados Unidos (y ella trajo consigo a dicho país), la violación por su ex novio, el embarazo y la enfermedad venérea. El conflicto era doble: con las críticas que le atribuía a su madre y con los recuerdos traumáticos que debía encarar. El primer conflicto (con las críticas “maternas”) le interfería encarar el segundo, lo cual, en el nivel de las escenas desplegadas en sesión, se evidenciaba por 1) el embellecimiento sin fisura de la relación con el ex marido y 2) el énfasis en el posicionamiento como víctima de las violaciones, por lo cual reprochaba y acusaba. Este último énfasis de la paciente le impedía tomar en cuenta su participación personal en los episodios padecidos. En efecto, el componente histriónico de la paciente en la sesión permite inferir que una conducta similar debió de tener alguna intervención en las relaciones que denominó “violaciones”, y este hecho debió de combinarse con las críticas “maternas”.

El relato de la tentativa de recuperación de la paciente (divorcio, reestablecimiento de su salud, graduación académica) fue acompañado de un cambio en cuanto a los objetos, cuya hostilidad tenía un carácter menos violento. De todos modos, aunque en escala menor, la paciente continuaba ubicada como chivo expiatorio en que los hombres expresaban su hostilidad, que ella debía soportar de una manera sacrificial. Quizá la menor virulencia de estos vínculos con hombres la dejara menos expuesta a las críticas “maternas” y a su necesidad de defenderse de ellas en sesión con el embellecimiento y con reproches y acusaciones por los maltratos recibidos. El período más conflictivo abarcaba no solo el terreno de las relaciones afectivas establecidas en el Sudeste asiático y sus efectos ulteriores (aborto, enfermedad venérea, divorcio, etc.), sino también la magnitud de la hostilidad de la paciente hacia su propio ambiente (y sobre todo los padres), manifestada en su alejamiento hacia un ambiente hostil contra el suyo propio. En los vínculos ulteriores (Mike, shamán) este alejamiento fue menos radicalizado.

El tercer sector de la sesión, que abarca los fragmentos octavo y noveno, muestra el despliegue en sesión de los rasgos de carácter de la madre en los cuales se combinan O1 y desmentida exitosa, O2 y desmentida exitosa, FU y represión combinada con rasgos caracterológicos y FG y represión combinada con rasgos caracterológicos. En el final de la sesión se advierte que los recursos FU y FG aparecen al servicio del sacrificio, y estos, a su vez, están al servicio del afán cognitivo abstracto. El vínculo involucraba de una manera más explícita al terapeuta mismo.

Además, es posible distinguir las escenas desplegadas en las manifestaciones verbales y en las paraverbales. En este último grupo figuran los eructos y la risa suave, que apareció sobre todo cuando describió vivencias dolorosas (aborto, por ejemplo). Ambas manifestaciones paraverbales corresponden a LI y la desestimación exitosa del afecto. La combinación entre la referencia a una vivencia dolorosa y la risa es prototípica. En el nivel de los actos del habla, esta referencia corresponde a O2 y la desmentida fracasada (alusión a los propios estados afectivos displacenteros), y en el de los componentes paraverbales, a una burla intelectual a costa del propio sufrimiento. La burla reúne O1 y A1, acompañados de la desmentida exitosa. La combinación corresponde a una escena desplegada en que participan dos personajes, uno de los cuales disfruta del sufrimiento del otro. De la combinación entre ambos (uno que expresa un afecto y otro que se burla del primero) resulta la desestimación del afecto, acompañada de LI. En suma, en el nivel de las escenas desplegadas en sesión se da un conflicto entre 1) A2 y una defensa funcional (acorde a fines) exitosa y 2) LI y la desestimación exitosa del afecto y O1 y la desmentida exitosa.

III.1. 3. Escenas relatadas y desplegadas

Las escenas desplegadas en sesión en la que prevalece FG (dramatizaciones, exageraciones) permiten inferir una cierta participación de este mismo componente en las escenas relatadas con los hombres, como el ex marido, los “violadores” o Mike. Las escenas desplegadas en las que prevalece A2 (objeciones, relatos objetivos, reflexión crítica sobre los hechos) permiten inferir el modo en que la paciente finalmente pudo recuperarse de las situaciones traumáticas del Sudeste asiático, divorciarse, obtener el título de máster, y, más recientemente, alejarse del shamán e intentar poner ciertas condiciones al vínculo con Mike. Las escenas desplegadas en que prevalece O1 (abstracción de la realidad concreta) permiten entender las situaciones en que la paciente se exponía a peligros sin respeto de una señal de alarma orientadora y el acercamiento al shamán. Por fin, las escenas (verbales y paraverbales) desplegadas en que predomina LI permiten entender los relatos en que la paciente aludía a los golpes sufridos, al accidente automovilístico, a su enfermedad venérea, a su estado asténico, al hecho de que el ex marido la incentivara y a su búsqueda de la recuperación energética. Otros tres lenguajes, que no tuvieron la hegemonía en el nivel de las escenas desplegadas, pero sí un valor complementario, también permiten entender algunos fragmentos de las escenas relatadas. Las escenas FU (autointerrupciones, acompañamiento del discurso del terapeuta) en sesión permiten entender las escenas relatadas referidas al acercamiento y alejamiento en los vínculos. Las escenas desplegadas O2 (reproches, referencias a estados afectivos) permiten entender las escenas en que la paciente se sacrificaba ante otro y luego pretendía manipularlo afectivamente. Las escenas desplegadas A1 (acusaciones) se combinan con el relato de relaciones con personajes que abusaban de su poder sobre ella. Tanto en el nivel de las escenas desplegadas como en el de las relaciones extratransferenciales prevalecen LI y O1.

En la comparación entre las escenas relatadas y las desplegadas en sesión merece cierta consideración la contradicción lógica (contradicción entre palabras y hechos), que es inherente a O1 y la desmentida. En la narración XXXIV se dio una contraposición entre A2 (y la defensa acorde a fines) y O1 (y la desmentida), en torno de la “pareja abierta”. La paciente parecía oponerse a ella, pero al mismo tiempo la consideraba un ideal al cual podría acceder luego, al “madurar”. “Pareja abierta” tiene el carácter de una contradicción lógica (en que cada término niega al otro: “pareja” implicaba, para la paciente, compromiso afectivo con el otro, y “abierta” tenía un valor inverso, la falta de compromiso). La contradicción lógica es una expresión de O1 y la desmentida.⁴ La paciente quedaba solo parcialmente atrapada en dicha contradicción lógica, ya que, pese a juzgar que esta era su meta (tener una pareja abierta), al mismo tiempo la cuestionaba, al menos transitoriamente. Otra contradicción lógica que la paciente sufrió se advierte en el relato III, cuando aludió a que sus padres le decían que algunos compañeros eran amistosos con ella, cuando la realidad que ella percibía la llevaba a una conclusión inversa. En ambas contradicciones lógicas se daba una oposición entre las palabras y los hechos concretos, como ocurre a menudo cuando O1 se combina con la desmentida. Esta situación de atrapamiento parcial en una contradicción lógica generaba tres consecuencias en la paciente en el nivel de las escenas desplegadas en sesión: 1) por momentos ella producía contradicciones lógicas en el interlocutor, como cuando destacaba el afán cognitivo en el vínculo terapéutico, sin el correspondiente compromiso afectivo, 2) por momentos la paciente transformaba la entrevista misma en una pareja abierta, sobre todo al aludir a las opiniones del dr. McCann, y 3) por momentos se amurallaba para no quedar herida. Mientras que el discurso abstracto y la “pareja abierta” correspondían a una tentativa de hacer que el terapeuta padeciera lo sufrido por la paciente, el amurallamiento correspondía

precisamente al repliegue defensivo tras haber sufrido las consecuencias de la contradicción lógica, sobre todo la pérdida de la confianza básica.

Al comparar las escenas narradas con las desplegadas en sesión es posible advertir que las principales diferencias radican en el estado de la defensa: mientras que en el nivel del relato, sobre todo en el momento de consultar, estas defensas habían fracasado, en el nivel de las escenas desplegadas estas mismas defensas eran exitosas. El éxito de las defensas patógenas durante la sesión permite inferir que la paciente pretendía recuperar en el tratamiento un sistema defensivo que le fracasó en las relaciones extratransferenciales. En cambio, el éxito de las defensas funcionales ponía en evidencia el esfuerzo de la paciente por trabajar sobre sus soluciones patógenas para rectificarlas.

Como síntesis es posible mostrar las combinaciones entre las erogeneidades y las defensas en sus relaciones extratransferenciales e intrasesión. La organización no patógena de la paciente parece basarse en el predominio de la defensa acorde a fines que la llevó a consultar, a obtener su maestría, a recuperarse de su crisis posterior al retorno del Sudeste asiático y al accidente de automóvil. En cuanto al sector patógeno, es posible distinguir tres fragmentos: 1) la represión y las defensas caracterológicas histéricas y fóbicas, que daban lugar a una presentación fenoménica, 2) la desmentida que generaba rasgos caracterológicos “pasionales”, centrados en el sacrificio, la manipulación afectiva, el autorreproche y la denuncia por el abuso sufrido, y 3) la desmentida que la llevaba a desconocer las situaciones concretas de riesgo a favor de pensamientos abstractos, combinada con la desestimación del afecto, que la llevaba a sufrir una alteración orgánica como vía de resolución del conflicto,. Este tercer grupo de defensas daba lugar a una mezcla entre las rasgos caracterológicos esquizoides y diferentes tipos de perturbación somática (enfermedades, embarazo-aborto, consumo de drogas, accidente, golpe). Si bien la paciente prefería definirse a partir del segundo fragmento, lo nuclear y eficaz hasta el presente ha sido el permanente retorno de las fallas en el sistema defensivo del tercer fragmento (Tabla II).

Tabla II: Estructura psíquica de la paciente

| Corrientes psíquicas patógenas | | | Corriente psíquica no patógena | |
|---|----|--|--------------------------------|----------------|
| Neurosis de carácter | FG | Represión + rasgos histriónicos y seductores | A2 | Acorde a fines |
| | FU | Represión + rasgos evitativos y ambiciosos | | |
| Organización narcisista con la que creaba los vínculos “pasionales” | A1 | Desmentida | | |
| | O2 | Desmentida | | |
| Organización nuclear | O1 | Desmentida | | |
| | LI | Desestimación del afecto | | |

Este análisis de la constitución y combinación entre los fragmentos psíquicos de la paciente reúne los resultados de los estudios de sus relaciones extratransferenciales y de lo que ocurrió en la sesión misma. En algunos momentos, como cuando tuvo la ilusión de recibir la revelación por parte del shamán, cuando contrajo matrimonio con su ex marido, en el comienzo de la relación con Mike, o durante la sesión, estas defensas fueron exitosas. Pero durante largos períodos, tanto en su infancia cuanto en el momento de las enfermedades, las violaciones, el accidente automovilístico, la desaparición de su marido, la infidelidad y luego la desaparición de Mike, estas defensas fracasaron, y por ello la paciente consultó. En los momentos más críticos (violaciones, la revelación brutal de Mike), en la paciente parecen prevalecer LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto, y en el personaje intrusivo y violento, LI y la desestimación exitosa del afecto. En la entrevista la paciente llegó a reconocer que ciertos rasgos de carácter, como la tendencia a la manipulación afectiva (O2 y desmentida) y el amurallamiento (FU y represión combinada con rasgos patológicos de carácter) y una cierta participación activa en las “violaciones” (FG y represión combinada con rasgos patológicos de carácter) constituían

un problema, pero no pareció reconocer algo similar respecto de su tendencia a la intelectualización abstracta (O1 y desmentida exitosa) o del consumo de drogas (LI y desestimación exitosa del afecto).

III.2. Análisis del discurso del terapeuta

A continuación me referiré a los actos del habla del terapeuta, que consideraré, formalmente, tomando en cuenta la función (introdutoria, central o complementaria) de sus intervenciones, y, en cuanto al contenido, estudiando sus erogeneidades y defensas. Considerando sus intervenciones globalmente, es posible advertir que durante la primera mitad de la sesión (del primer al tercer fragmento) el terapeuta realizó un acercamiento progresivo a la paciente, que le permitió (en los fragmentos tercero y cuarto) formular dos tipos de intervenciones: 1) recabar información (A2), 2) aludir a los estados afectivos de la paciente (O2). Pero a partir del relato de la relación de la paciente con el shamán (fragmento quinto) dio otro paso: cuando la paciente aceptó la referencia que este hizo a sus estados afectivos, 3) el terapeuta estableció comparaciones, nexos causales, etc. (A2). El primer tipo de intervención (recabar información) es introductorio, y los otros dos (O2 y A2) tienen una función central. En los fragmentos sexto, séptimo y octavo el terapeuta repitió esta secuencia. El noveno, en cambio, contiene 1) una extensa síntesis de sus principales ideas sobre lo que la paciente ha dicho y 2) un agradecimiento por lo que esta le ha relatado. La extensa síntesis reúne O1 y A2, con el predominio del primero, ya que muestra sobre todo la desconexión del terapeuta. A su vez, el agradecimiento es una expresión de FG, y la intervención es complementaria.

En el primer fragmento se advierte una intervención introductorio, luego que la paciente aludiera a la tentativa de suicidio de su compañero. La pregunta del terapeuta, referida a dónde estaba ella en ese momento, indica su estado de desorientación (FU y represión fracasada). Otras dos intervenciones introductorias del terapeuta (“Es mucho para ponerlo brevemente” y “Seguro”) ponen en evidencia una combinación entre el acompañamiento (FU y defensa exitosa acorde a fines) y la expresión empática (O2 y defensa exitosa acorde a fines). Finalmente, el terapeuta formuló un comentario que parecía tener la estructura de una intervención central del tipo del enlace causal (ella sentía que otras áreas quedaron comprometidas porque ella rechazó tantos sentimientos), pero que en última instancia era una recapitulación o una síntesis (A2 y defensa exitosa acorde a fines) de lo que acababa de decir la paciente misma. Por lo tanto, constituyó más bien una nueva intervención introductorio que evidenciaba que el terapeuta había recuperado la orientación perdida poco antes. En consecuencia, en este fragmento primero se advierte un momento de pérdida parcial y recuperación ulterior de la orientación por el terapeuta, en el contexto del acompañamiento (FU) empático (O2) y del pedido de información (A2). En el segundo fragmento el terapeuta recabó insistentemente detalles del vínculo de la paciente con el ex marido (intervenciones introductorias), y, ante las respuestas de la paciente, que tendió a desplegar una argumentación embellecedora de los hechos, no logró formular interpretación central alguna.

En el tercer fragmento, luego que la paciente contara la tercera violación y sus consecuencias, incluyendo el aborto, y de que esta dijera que todo era golpeante y duro para ella, el terapeuta realizó una intervención introductorio: “seguro”, similar a la del fragmento primero ante similares palabras de la paciente. Pero en esta segunda oportunidad el terapeuta pasó en seguida a recabar más información sobre el tema de las “violaciones”.

Los tres primeros fragmentos de sesión mostraban una oscilación entre dos posiciones de la paciente: 1) reclamo de una comprensión compasiva (como la que se daba en el vínculo entre esta y el padre) y 2) una argumentación embellecedora. Esta última predominó en el segundo fragmento, mientras que en el primero y el tercero predominó la primera posición. Ante ello, el terapeuta respondió de diferente manera: 1) respecto del reclamo de

comprensión compasiva, intervino inicialmente acorde con el pedido, y 2) respecto de la argumentación embellecedora, no formuló opinión alguna.

Pero en el tercer fragmento el terapeuta pasó a recabar más información sobre las otras violaciones, la paciente contó entonces la segunda violación (por un americano en el Sudeste asiático), y, en lugar de reclamar comprensión compasiva, introdujo una primera reflexión sobre su participación en la escena (no se resistió), aunque al final del fragmento recuperó la posición de reclamar una comprensión compasiva, al volver al tema de la tercera violación y sobre todo sus consecuencias (enfermedad, contagio al marido). Sin embargo, esta vez el terapeuta no respondió a estos reclamos, quizá orientado por la risa de la paciente al relatar este episodio y agregar nuevos detalles. Por lo tanto, el terapeuta se rescató del riesgo de estereotiparse ante la paciente en la posición de un padre empático y compasivo, con la consiguiente parálisis de una actividad reflexiva y crítica.

También resulta interesante tomar en cuenta el modo en que el terapeuta en el tercer fragmento introdujo el pedido de información sobre las violaciones que la paciente dijo haber sufrido. Antes de ello enunció los temas sobre los que le gustaría que la paciente le hablase (primera infancia, familia), y luego agregó que deseaba empezar por el tópico de los traumas, las violaciones. Llama la atención que el terapeuta haya enumerado los temas sobre los que deseaba que la paciente le hablase. La manifestación de un deseo (FG: me gustaría, etc.) de conocer sobre la infancia y los padres podía ser una forma de atemperar la manifestación de otro deseo, de saber acerca de las violaciones. Este último deseo (saber sobre las violaciones) podía ser el efecto de la forma en que la paciente presentaba la situación e inducía a una curiosidad paralizante, y el hecho de que el terapeuta incluyera dicho deseo en el marco de otros deseos (saber sobre su infancia, los padres) podía ser una tentativa de rescatarse de este riesgo de un curioso hostil e improductivo.

Otra intervención que el terapeuta formuló (fragmento quinto) fue la denuncia contra el abuso por el shamán (A1 y defensa exitosa acorde a fines), con un valor más bien introductorio, ya que a partir de allí pasó a referirse al compromiso de la paciente misma en las “violaciones”.

Cabe preguntarse por la eficacia de las intervenciones del terapeuta. En los primeros fragmentos, los cambios en cuanto a las prevalencias de las defensas de la paciente fueron oscilantes. Tales cambios derivaron más del tipo de escena que la paciente relataba que de las intervenciones del terapeuta. Pero a partir de que este comenzó a desarrollar la secuencia clínica sistemática (1. recabar información, 2. aludir al estado afectivo de la paciente, 3. establecer nexos, formular generalizaciones, etc.), en la paciente pasaron a prevalecer, de manera estable, A2 y la defensa acorde a fines o la represión, ambas exitosas. Así ocurrió hasta que el terapeuta se concentró en el relato de la paciente sobre el amurallamiento. Ante las intervenciones clínicas, esta respondió con O1 y la desmentida exitosa, y el terapeuta, a su vez, agregó una extensa exposición A2, pero que funcionalmente tenía más bien un valor O1 (desconexión del hecho de que se terminaba la hora). Esta extensa intervención poseía, además un valor FU (desorientación del terapeuta respecto de la situación clínica concreta), acompañada de defensas caracterológicas fracasadas. Es decir que el terapeuta apeló a los mismos tipos de actos del habla de la paciente (O1 y la desmentida exitosa), que corresponden a intervenciones centrales. Desde esta perspectiva el terapeuta pasó a ocupar, inadvertidamente, la posición de un personaje como el shamán, el cual se había arrogado la posesión de ideas que la paciente podía recibir por revelación.

Posiblemente hubiera sido conveniente una interpretación referida al amurallamiento de la paciente en la sesión y al hecho de que respondía apelando a la opinión del dr. McCann. Esta intervención referida a sus actos del habla tal vez hubiera permitido avanzar algo más sobre el núcleo problemático de la paciente. Es posible que el largo parlamento del fragmento noveno del terapeuta fuera también una consecuencia de esta omisión en el

fragmento octavo. Otra intervención (complementaria) cuya pertinencia clínica es cuestionable, consiste en el agradecimiento (FG) del cierre de la hora, que condujo a que la paciente, según ya indicamos, se ubicase en una posición sacrificial al servicio del deseo cognitivo del terapeuta.

III.3. Comentarios

El análisis de la sesión puede enlazarse con los hallazgos alcanzados en investigaciones previas sobre las relaciones generales entre, por un lado, LI, O1 y O2, y, por el otro A1. A menudo el afán de venganza (A1) es procesado regresivamente, recurriendo a una posición sacrificial (O2), en la cual el beneficiario del sacrificio es, como en este caso, un personaje vengativo. Cuando prevalece O2, el deseo amoroso sustituye al afán vengativo. Pero puede ocurrir una regresión mayor, hacia un deseo cognitivo abstracto (O1), el cual debe además procesar el afán justiciero (A1) y la dependencia amorosa (O1) no elaborados. Por fin, cuando este afán cognitivo queda igualmente no procesado (porque se da una contradicción entre las palabras y los hechos), puede sobrevenir una regresión mayor, hacia la alteración orgánica (LI), como ocurre en este caso.

Otro aspecto que merece un comentario corresponde al valor de la teoría de las corrientes psíquicas para describir el conjunto de la dinámica psíquica de la paciente, tomando en cuenta los distintos fragmentos coexistentes, los conflictos y las prevalencias y subordinaciones relativas entre ellos. El enfoque fue expuesto inicialmente por Freud (1927e, 1940e) para dar cuenta de la complejidad del funcionamiento de paciente narcisitas, psicóticos y no psicóticos, y luego fue enfatizado por autores kleinianos, sobre todo influidos por Bion (1963). A su vez, en la orientación freudiana, D. Maldavsky (1986, 1992) realizó extensas exposiciones teórico-clínicas considerando esta misma perspectiva. En esta investigación dicho concepto ha mostrado su utilidad para ordenar los diferentes análisis parciales en un conjunto coherente.

Un tercer aspecto que requiere un comentario es la secuencia de intervenciones del terapeuta. En una investigación de la primera sesión de diez pacientes con sus respectivos terapeutas, he detectado (Maldavsky, Aguirre, Alvarez, Bodni, Britti *et al.*, 2006) una secuencia de intervenciones prototípicas: 1) A2 (demanda de información) y FU (contacto), con una función introductoria; 2) O2 (referencia a estados afectivos), con una función central, y 3) A2 (establecimiento de nexos causales, comparaciones, generalizaciones, etc.), con una función central. Esta secuencia puede tener sus variaciones, y en una ocasión resultó alterada por las perturbaciones contratransferenciales surgidas en el terapeuta ante el discurso resistencial del paciente. En el terapeuta de Ms. Smithfield se da esta misma secuencia de intervenciones centrales, pese a tratarse de una entrevista realizada hace unos 15 años y en Estados Unidos. Parece pues que esta secuencia prototípica tiene un carácter más abarcativo, en cuanto a las épocas y los países. Además, en mi investigación precedente detecté también algunas intervenciones no prototípicas, como en este caso la denuncia, el agradecimiento, la manifestación de un deseo o la tendencia a la abstracción. Algunas de ellas tienen una función introductoria, central o complementaria, y pueden o no ser clínicamente pertinentes. Un rasgo singular de las intervenciones del terapeuta se advierte en el hecho de que durante los primeros fragmentos de la sesión en terapeuta haya formulado solo intervenciones introductorias (consistentes en el contacto y el acompañamiento y en recabar información) e intervenciones centrales tendientes a sintonizar afectivamente con la paciente, pero sin pasar a establecer nexos, etc. Este pasaje al establecimiento de nexos suele darse cuando el terapeuta se siente orientado a partir de haber logrado la sintonía afectiva, y posiblemente el terapeuta no se suponía en condiciones de avanzar más allá todavía. Solo luego empezó a establecer nexos, de manera simultánea con el cambio en el sistema defensivo de la paciente, en el fragmento quinto. Es posible que en ese momento el terapeuta supusiera que, a diferencia de las tentativas previas de sintonizar con la paciente, en ese momento

había alcanzado su objetivo, y por lo tanto estaba suficientemente orientado clínicamente como para seguir avanzando.

El cuarto aspecto que deseo comentar corresponde al terreno de la intersubjetividad. En el libro recién mencionado sobre el estudio de la primera sesión de diez pacientes con sus terapeutas propuse una categorización de los atrapamientos clínicos del terapeuta, quien ocupa inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumática del paciente. La categorización se basa en establecer nexos entre las erogeneidades y las defensas patógenas en ambos interlocutores. Pueden darse entonces cuatro alternativas: 1) coincidencias en cuanto a la erogeneidad y la defensa en ambos interlocutores, 2) diferencias en cuanto a la erogeneidad y la defensa, 3) coincidencias en cuanto a la erogeneidad y diferencias en cuanto a la defensa, 4) coincidencias en cuanto a la defensa y diferencias en cuanto a la erogeneidad. En esta oportunidad, en el cierre de la sesión paciente y terapeuta desarrollaron escenas en las que predominan O1 y la desmentida. En consecuencia, el atrapamiento clínico del terapeuta es del tipo 1.

Finalmente, un quinto aspecto de esta investigación corresponde a la relación entre los tres niveles de análisis: mientras que en el vínculo extratransferencial O1 y la desmentida fracasada se combinan con LI y la desestimación fracasada del afecto, tanto en los actos del habla (nivel verbal) cuanto en el intercambio paciente-terapeuta prevalecen O1 y la desmentida exitosa. LI y la desestimación fracasada del afecto tienen un valor complementario. Solo en el nivel paraverbal de la escena desplegada por la paciente tienen hegemonía LI y la desestimación del afecto. Podemos inferir que el término de la hora mostraba el riesgo de que se repitiera en sesión una escena en que se diera otra escena de atrapamiento clínico centrado en el despliegue intersubjetivo de LI y la desestimación del afecto en el vínculo.

Notas al pie

¹ Este trabajo forma parte de una investigación más extensa sobre defensas y corrientes psíquicas que recibió un grant del Research Advisory Board de la International Psychoanalytic Association.

² La diferenciación de nueve fragmentos en la muestra está realizada a los fines de efectuar el análisis de las escenas desplegadas en sesión, sobre todo estudiando los actos del habla.

³ De aquí en adelante se mantendrán para las erogeneidades las abreviaturas que se consignan a continuación.

⁴ En mis libros *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman* (Maldavsky, 2003) y *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)* (Maldavsky et al, 2005) describí cuatro tipos de contradicciones: pragmática (propia de A1), semántica (inherente a O2), lógica (expresión de O1) y orgánica (manifestación de LI). En todos los casos el atrapamiento en la contradicción es indicador del predominio de la desmentida o la desestimación.

Bibliografía

- Bion, W. R. (1963) Aprendiendo de la experiencia, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Freud, S. (1918b) "De la historia de una neurosis infantil", en AE, vol. 17.
- (1927e) "Fetichismo", en SE, vol. 21.
- (1940e) "La escisión del yo en el proceso defensivo", en SE, vol. 23.
- Maldavsky, D. (1986) Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- Maldavsky, D. (1992) Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Buenos Aires, Amorrortu Editores,
- Maldavsky, D. (2003) La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman, Buenos Aires, Editorial Lugar.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F.(2005) Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA), UCES ed., Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006) La intersubjetividad

en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), Editorial Lugar, Buenos Aires, en prensa.

Maldavsky, D., Alvarez, L., Neves, N., Roitman, C., Tate de Stanley, C. (2004) “El ADL y la investigación de la subjetividad del analista”, Revista del Instituto de Investigaciones, UBA, Año 9, N° 1, 43-74, issn 0329- 5893.

Maldavsky, D., Alvarez, L., Britti, A. M., Neves, N., Roitman, C., y Tate de Stanley, C. (2007) “Nuevos avances en el estudio de la subjetividad del analista durante la sesión con el algoritmo David Liberman (ADL). Sobre la contratransferencia, la complementariedad estilística y los árboles de decisiones clínicas”, Revista del Instituto de Investigaciones, UBA, en prensa

Maldavsky, D., Buceta, C., de Duran, R., Cantis, J., García Grigera, H. (2006) “Una investigación sistemática de la subjetividad del mismo terapeuta en tres primeras sesiones aplicando el ADL (algoritmo David Liberman). Árboles de decisiones clínicas, contratransferencia, complementariedad estilística”, Revista del Instituto de investigaciones, UBA, Año 11, N° 1, 85-109, issn 0329-5893.

Psychotherapy Reasearch (1994) vol. 4, n° 3-4, Guildford publications, New York.