

Cambio psíquico en un proceso de psicoterapia psicoanalítica

Dra. Ruth Kazez¹

Abstract

El cambio psíquico ha sido investigado desde el comienzo de la práctica psicoanalítica. Dentro de la investigación empírica actual, diversos autores entre los cuales se encuentran Vaillant, Perry y Maldavsky, se han dedicado a analizarlo haciendo hincapié en el estudio de los mecanismos de defensa. Este trabajo se propone describir y analizar un fragmento del proceso terapéutico de una paciente adulta con una discapacidad congénita sensorial y motriz, estudiando los deseos y las defensas intrasesión e intersesión, lo cual permite detectar distintos tipos de cambio psíquico. A tal fin, se aplica el Algoritmo David Liberman (ADL).

Palabras clave

Investigación de proceso de cambio - deseos- mecanismos de defensa- figurabilidad psíquica- resiliencia.

Abstract

Psychic change has been investigated since the beginning of psychoanalytic practice. Within the current empirical research, several authors like Vaillant, Perry and Maldavsky, have dedicated themselves to analyze it focusing on the study of the defense mechanisms. This paper aims to describe and analyze a fragment of the therapeutic process of an adult patient with congenital sensory and motor disabilities, studying wishes and defense mechanisms intrasession and intersession, in order to detect different types of psychic change. For this purpose, we apply the David Liberman Algorithm (ADL).

¹ Doctora en Psicología (UCES), D.E.A. de Psychanalyse (Universidad Paris 7), Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES), Docente universitaria (UCES, UBA).
rkazez @yahoo.com.ar

Key words

Change process research - wishes - defense mechanisms - psychic figurability-resilience.

Resumo

A mudança psíquica tem sido investigada desde o início da prática psicanalítica. Dentro da pesquisa empírica atual, vários autores entre os quais estão Vaillant, Perry e Maldavsky, tem se dedicado a analisar lo enfatizando o estudo dos mecanismos de defesa. Este trabalho tem como objetivo descrever e analisar um fragmento do processo terapêutico de uma paciente adulta como deficiências sensoriais e motoras congênitas, estudando os desejos e as defesas intra-sessão e inter-sessão, onde se podem detectar diferentes tipos de mudança psíquica. Para esse fim, aplica-se o Algoritmo David Liberman (ADL).

Palavras-chave

Investigação do processo de mudança – desejos – mecanismos de defesa – resiliência – figurabilidade psíquica.

Introducción

Este trabajo se propone estudiar un fragmento del proceso terapéutico de una paciente adulta joven con una discapacidad visual y motriz congénita, que consulta debido a la conflictiva relación con su madre. Dicho estudio se realizó en dos niveles, intrasesión e intersesión. A tal fin, aplicamos el Algoritmo David Liberman (ADL), un método diseñado para la detección de deseos y mecanismos de defensa en el discurso.

El análisis intersesión puso de manifiesto la vigencia de dos modos de organización defensiva en las sesiones estudiadas. Uno más estable, ligado a una neurosis traumática

y otro accidental, relacionado con un trauma producido en el transcurso del tratamiento. En este plano de análisis se da el estudio de proceso. Por otra parte, el análisis intrasesión nos permitió identificar la sutileza de los cambios en el decurso de cada sesión.

Método

Presentación del caso

Ercilia tenía al momento de la consulta veintitrés años. Soltera, única hija del matrimonio de Victoria y Andrés. Durante el embarazo, su madre contrajo citomegalovirus y la contagió por vía vertical. Las secuelas se evidenciaron en el daño neurológico que afectó su hemicuerpo derecho, perdió la motricidad y la visión. Posee baja visión en el ojo izquierdo. Además heredó de su madre una patología renal. Durante sus primeros años de vida tuvo tres intervenciones quirúrgicas en el ojo derecho, sufrió accidentes a repetición, tuvo una quemadura de tercer grado y se tragó un tornillo. Todo esto llevó a que en varias oportunidades volviera a estar internada.

La familia materna de Ercilia es de origen español. Sus abuelos pertenecían al partido republicano durante la época franquista, en la que nació Victoria, cuyo nacimiento y primeros años de vida estuvieron signados por el peligro. Luego, llegó con sus padres a la Argentina y a los 25 años se casó con Andrés. Tuvo tres embarazos, el único que llegó a término fue el de Ercilia, dado que tuvo inconvenientes ligados a su patología renal. Los padres de Andrés son de origen italiano, viven en una provincia del sur de la Argentina. Él y su hermano vinieron a Buenos Aires a estudiar. Cuando Victoria conoció a Andrés, él cursaba las últimas materias de la carrera de contador público. Al poco tiempo, comenzó a trabajar en una empresa multinacional, que terminó proponiéndoles la mudanza a India.

De su temprana infancia en Buenos Aires, Ercilia evoca la insistencia de su madre en que concurriera a clases de piano, actividad que practicaba varias horas diarias por recomendación de su pediatra, quien sostenía que este era el modo más adecuado de entrenar la motricidad fina y desarrollar la audición, dados sus problemas visuales y motrices.

La mudanza a Latur, en India fue decidida a los 11 años de Ercilia, donde tuvo buenos profesores y amigos. También sufrió situaciones complicadas debido a los terremotos en los que sufrió una gran tensión y dificultades para orientarse. Cabe señalar que la joven, en el transcurso de su infancia en Buenos Aires y durante su adolescencia en India, si bien recibió estimulación y rehabilitación, nunca estuvo en contacto con personas de baja visión.

A los 17 años de Ercilia, la familia decidió su regreso a Buenos Aires debido a un terremoto que destruyó por completo la ciudad donde vivían. A partir de allí, la familia se instaló en Buenos Aires, en donde Ercilia concurrió al colegio secundario y al mismo tiempo a una institución social y deportiva para personas con baja visión, pese a la oposición inicial de sus padres. La joven reclamaba independencia, y comenzó la carrera de abogacía, que culminó pocos meses antes de comenzar su psicoterapia.

Hacia fines del año 2000, sus padres le facilitaron un pequeño departamento a pocas cuadras de la casa parental, adonde convive con su amiga Maribel -que tiene una problemática visual más severa que la de ella- de un modo relativamente apacible, con algunos altibajos. Aunque intentan sostenerse solas económicamente, a veces reciben pequeños aportes económicos de sus respectivas familias. Con respecto al plano afectivo, no tiene una relación de pareja estable.

Acerca del vínculo con el terapeuta

La consulta se produce debido al mal vínculo con su madre, y en las primeras entrevistas se pone de manifiesto su tendencia a accidentarse con frecuencia. Inicialmente el vínculo con el terapeuta se caracterizó por una combinatoria entre competencia intelectual y desconfianza. Cuando las resistencias iniciales menguaron, se evidenciaron en Ercilia estados de abrumamiento psíquico casi siempre ligados al dolor físico producto del daño neurológico. Llamaba la atención que aunque no le resultaba difícil hablarle al terapeuta de sus dolencias, pocas veces se lo hubiera referido a su madre. En algunas oportunidades, cuando éste era muy intenso, y ella no estaba en condiciones de recurrir de manera defensiva al pensar como tapón frente al dolor –es decir que no podía ubicarse en una posición donde pudiese desplegar estrategias activamente- cedía ese lugar al terapeuta, claudicando en su actividad intelectual.

Instrumento

Se aplicó el Algoritmo David Liberman, instrumento que estudia el discurso en tres niveles: secuencias narrativas (ADL-R), actos de habla (ADL-AH), y redes de signos (ADL-P). Identifica deseos: intrasomático (LI), oral primario (O1), oral secundario (O2), anal primario (A1), anal secundario (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Detecta defensas patológicas y normales y sus respectivos estados: exitoso, fracasado y mixto. Se trata de un método complejo, que toma como sustrato los elementos centrales de la teoría psicoanalítica².

Procedimiento

Este trabajo se propone realizar un aporte desde el estudio de un caso al análisis de los andamiajes defensivos presentes en una persona adulta con discapacidad sensorial y motriz. Se trata de un estudio que combina un análisis cualitativo y otro cuantitativo.

Se presentan a continuación una reseña de los resultados de los análisis microanalítico y de proceso, realizados aplicando el ADL. Al momento de la grabación de las entrevistas la paciente llevaba dos años de tratamiento ininterrumpido, con sesiones individuales de una frecuencia semanal. Se estudiaron en total seis sesiones 80, 81, 82, 89, 93 y 94. Entre las sesiones 89 y 93 hubo once semanas de intervalo debido a un accidente padecido por la paciente el día anterior a la sesión 89, y luego entre la 93 y la 94 hubo dos semanas de intervalo.

Para su estudio, inicialmente éstas fueron distribuidas en dos períodos: 1 y 2. Esta primera distribución tuvo en cuenta un criterio cronológico: el Período 1 tomó las sesiones 80, 81 y 82, y Período 2 tomó las sesiones 89, 93 y 94. Los dos períodos fueron divididos por un punto de inflexión, un accidente producido el día previo a la sesión 89, que la llevó a ausentarse de las sesiones y a tener estricto reposo en cama. Las sesiones se agruparon de este modo teniendo en cuenta la selección orientada por la información (Flyvbjerg, 2006; Kazez, 2009).

² Maldavsky (1997, 1998^a, 1999^a, 2004^a, 2005, 2014), Maldavsky *et al.* (2007), Kazez (2003).

El criterio de selección de la muestra fue intencional y temático. De los distintos temas que la paciente aborda en las sesiones, seleccionamos los fragmentos en donde la paciente habla de su cuerpo y del vínculo con su madre, dado que atraviesan transversalmente todo el material.

En el análisis de las secuencias narrativas, dos evaluadores aplicaron el ADL-R. Al detectarse diferencias en el momento de su aplicación, éstas se dirimieron con un juez. Se estudiaron deseos y mecanismos de defensa, para cuyo análisis tuvimos en cuenta dos criterios: el tipo de defensa, según fuera normal o patológica y su estado, exitosa, fracasada o mixta. También se estudiaron los relatos desde el punto de vista pragmático. Los mismos fragmentos fueron investigados desde el punto de vista de los actos de habla y de las redes de signos. Los actos de habla fueron segmentados por dos evaluadores y luego analizados con el mismo procedimiento que los relatos, aplicando la grilla ADL-AH. En cuanto a las redes de signos, se empleó el diccionario computarizado. Finalmente, se aplicó la distribución de frecuencias para el análisis de los deseos en los tres niveles. Para el análisis de las defensas, se emplearon porcentajes. El estudio se efectuó desde el punto de vista sintagmático y paradigmático. El presente trabajo refleja una reseña de los resultados del análisis paradigmático.

Posteriormente se analizaron los resultados de cada uno de los planos de referencia, teniendo en cuenta las dos variables estudiadas: deseos y defensas. Finalmente se compararon los resultados de los tres niveles, que fueron integrados en una conclusión. A este estudio lo denominamos microanalítico.

Del análisis cualitativo de cada sesión se obtuvieron resultados que fueron trasladados al análisis cuantitativo, que se encaró de modo longitudinal. A tal fin, se examinaron dentro de cada período, los resultados obtenidos en el análisis de cada sesión, comparando los planos entre sí, así como las conclusiones de la integración de los tres niveles. Para el estudio cuantitativo, se tuvieron en cuenta los valores de los percentilos de los deseos en los tres niveles y su estado (eufórico, disfórico o mixto), y también los porcentajes de las defensas según su modalidad (normal o patológica) y su estado (exitosa, fracasada, mixta).

Como resultado del análisis de los mecanismos de defensa, apreciamos una mayor similitud en los valores cualitativos y cuantitativos de las sesiones del primer período

con la última sesión estudiada. Como corolario, quedaron configurados dos nuevos conjuntos A (sesiones 80, 81, 82 y 94) y B (sesiones 89 y 93), cuya construcción tuvo en cuenta un criterio lógico, diferente del que habíamos tomado en el inicio. Finalmente, obtuvimos conclusiones respecto del proceso de cambio clínico y describimos los distintos tipos de cambio psíquico detectados.

Resultados

Los grupos 1 y 2, a la luz del análisis de los mecanismos de defensa, dieron lugar a una nueva configuración: los grupos A y B. En el Grupo A, predominan las defensas normales exitosas, fundamentalmente acorde a fines y creatividad, que remiten a un particular tipo de equilibrio libidinal. En segundo lugar, observamos defensas normales fracasadas. En cuanto a las defensas patológicas como represión, desmentida y desestimación del afecto, los valores más altos se dan en su versión fracasada, mientras que en su versión exitosa los valores resultan más bajos y uniformes en todas las sesiones del bloque. Las defensas patológicas mixtas sólo adquieren valor en la sesión 94. En oposición, el análisis del Grupo B deja ver que predominan las defensas patológicas en sus tres variantes, siendo dominante la versión fracasada.

En cuanto a los deseos, observamos que en el análisis de las secuencias narrativas, no todos encuentran representantes en todas las sesiones. Sólo hay una secuencia narrativa donde se presenta el deseo A1 y es en la sesión 89, coincidiendo con el empleo de una defensa normal exitosa, la desmentida funcional. En las otras cinco sesiones, no aparece el deseo A1.

Observamos que en las seis sesiones el deseo O1 presenta un percentil mayor a 70. Por su parte, el deseo FG también es mayor a 70 en casi todas las sesiones. En cuanto al deseo LI se mantiene en un rango entre 60 y 85. La significatividad de este último en su variante eufórica muestra que el cuerpo desde la regulación de ritmos y el eje tensión alivio son los que comandan junto con O1 y FG el equilibrio psíquico de la paciente. En las sesiones del Grupo B, dicho equilibrio se pierde para dar lugar a deseos LI disfóricos combinados con defensas patológicas fracasadas. Estamos en presencia de una desorganización psíquica producto de un trauma. En los resultados de las defensas en

las secuencias narrativas, observamos que en la sesión 94 la paciente recupera la organización defensiva previa al accidente.

Discusión

Articulación de deseos y defensas. Cambio psíquico

Maldavsky (2013) sostiene que dentro de la semiótica del signo visual, existen dos formas de interpretar una imagen; una global, guesáltica y otra analítica, molecular. La interpretación atomística suele ser más objetiva y la guesáltica más interpretativa. Al asimilar esta lectura a nuestro trabajo, nos propusimos armonizar los resultados que obtuvimos en las dos lecturas, cualitativa (transversal) y cuantitativa (longitudinal): el estudio cuantitativo, nos brindó un panorama guesáltico, mientras que el estudio transversal de las sesiones aportó el elemento atomístico que permitió crear interrogantes a lo guesáltico, logrando integrar las dos perspectivas.

En el Grupo A, las defensas funcionales son en su mayoría exitosas y predominan en más de la mitad de los relatos. En el Grupo B predominan las defensas patológicas fracasadas y se observan en más de la mitad de los relatos.

Las defensas patológicas exitosas, entre ellas la desmentida y la represión, predominan en la sesión 81, en donde la paciente hace referencia a la identificación con su madre en el plano de los deseos LI y manifiesta la idea de tener un hijo. En la sesión 82 la desmentida fracasa cuando recibe la respuesta negativa de sus padres. Allí es donde queda inundada por la angustia automática. En este grupo de sesiones la paciente expone una serie de logros, ya que al principio del tratamiento se accidentaba y en ese momento refiere haber encontrado estrategias para que esto no ocurra. En este progreso clínico la paciente se apoya para considerar factible un embarazo. El rasgo caracteropático queda expuesto al intentar persuadir a sus padres y al terapeuta identificada con la intrepidez de su madre.

Esto nos lleva a plantear una primera forma de cambio psíquico en el contexto de la psicoterapia: el ataque a la autoconservación no se daría de un modo disruptivo e inesperado como puede ser a través de un accidente (donde sólo estaría presente la desestimación del afecto como defensa patológica fracasada), sino que adoptaría una

forma más simbólica, el deseo de embarazo, que permitiría la circulación de dicho ataque pero en el mundo representacional, poniendo en juego la desmentida patológica exitosa. En este caso en particular, también se suma la identificación con un objeto decepcionante que es su madre, por lo cual estimamos que existe una desmentida secundaria a la represión que permite el desarrollo de una caracteropatía. El progreso clínico se evidenciaría en el pasaje del accidente (al inicio de la consulta) a la posibilidad de representar la idea de embarazo. La paciente pasa de actuar a la madre accidentándose, a expresar simbólicamente su identificación con ella.

En cuanto a la motricidad, Ercilia no puede detener su actividad, y sólo lo consigue a través de un imperativo proyectado en el terapeuta, quien encarna un fragmento del superyó de la paciente ligado a la pulsión de autoconservación y enfrentado con su masoquismo erógeno, que le ordena moverse. Consideramos que la sobreinvestidura de la motricidad de la joven es producto de la eficacia de la defensa patógena, y toma la forma de un procedimiento autocalmante. El procedimiento autocalmante contiene una contrainvestidura de la vivencia de dolor, donde se evidencia el fracaso tanto de la elaboración psíquica como del auxilio externo, y en donde el yo intenta ser activo en aquello padecido pasivamente. La pulsión no toma un objeto sobre el cual satisfacerse sino que lo hace sobre el propio yo de Ercilia, poniéndose de manifiesto la vuelta sobre la propia persona como destino de pulsión.

Al encontrarse con sus limitaciones físicas en el desplazamiento espacial, Ercilia intenta transformar exitosamente las acciones motrices que no logra desplegar, en un desplazamiento de pensamientos (O1). Recordemos que Freud (1923b) señala que los procesos de pensamiento se desarrollan en el interior del aparato psíquico como *“desplazamientos de la energía anímica en el camino hacia la acción”* (p.21) y a diferencia del afecto, que compromete un desprendimiento libidinal, el pensamiento no incluye descarga sino circulación libidinal. Afectos y pensamientos, en tanto actos puramente internos, también se distinguen por el modo en que acceden a la conciencia. Los afectos lo hacen por sí mismos, a través de la cualidad del matiz afectivo mientras que los pensamientos necesitan de una ligadura con la sensorialidad a través del preconiente, formateados como imágenes visuales, motrices o palabras. Ercilia relata hechos y conjeturas, así como efectúa movimientos entre el pasado y el presente, a través de movimientos de ideas. Otro destino de la motricidad aloplástica, formateada

desde el deseo O1 es la transformación en motricidad ocular o en motricidad de los dedos, por ejemplo, en el teclado de la computadora.

El recurso a defensas acordes a fines permite rechazar una realidad dolorosa manteniendo el sentimiento de omnipotencia del yo y la identificación con el ideal. Cuando estas defensas son exitosas, ella se siente orgullosa de sus logros mientras que cuando son fracasadas o mixtas, retorna la realidad de su cuerpo sufriente. El uso de la creatividad como defensa funcional, combinado con el deseo O1 le permite lograr una exigua reorganización. Los deseos O1 le ofrecen una vía de salida respecto del entrapamiento orgánico y la astenia. Desarrolla pensamientos abstractos que apoyados en su creatividad la rescatan del dolor hemorrágico.

En otra oportunidad analizamos una secuencia presente en las redes de signos de una paciente con disminución visual (Kazez, 2010), en donde desarrollamos la hipótesis que consistía en que, debido a su baja visión, la expresión de los deseos O1 adquiriría un valor específico. Cuando existe un déficit en la agudeza visual, la discriminación de formas, colores, figuras, no consiste en una operación que sólo se apoya en la percepción sino que se convierte en una actividad intelectual, necesita del desarrollo de una actividad perceptivo-cognitiva. Una persona con baja visión debe en primer lugar prestar atención para ver, luego el proceso de discriminación es cognitivo y finalmente llega a una conclusión acerca de cuál es el objeto percibido. Este tipo de percepción obliga a desarrollar de modo compensatorio una modalidad de actividad cognitiva que contribuye no sólo a dar cualidad a las percepciones poco definidas en la sensorialidad, sino que también, como en este caso, puede hacerse extensivo a otros ámbitos. Por ejemplo la paciente, desde la actividad intelectual se esfuerza por diferenciar y precisar sus pensamientos describiendo sus matices.

La paciente desmiente la realidad de su cuerpo apoyándose por un lado en el componente O1, que toma los deseos FG, FU ó A2 y los expresa en términos O1, como si los formateara. Esta situación nos parece interesante de ser estudiada, ya que lo central pareciera ser el formateo y no tanto el contenido de los deseos. Desde este deseo O1, en donde el cuerpo no es necesario para moverse ya que el movimiento se produce a través de las ideas, ella puede imaginar el hecho de quedar embarazada de un donante, identificada con la ganancia en el goce por la intrusión orgánica, representada por el deseo LI.

El accidente de la sesión 89 muestra el fracaso de la desmentida patológica, que se añade a la desestimación del afecto, también fracasada. La sesión 93 la paciente pone en evidencia su intento por elaborar lo traumático. Observamos otro tipo de cambio psíquico, que no está ligado a la evolución clínica sino a la intrusión producida por el trauma del accidente y que ejerce violencia sobre la coraza de protección antiestímulo. El cambio consiste aquí en que las defensas funcionales exitosas ceden lugar a las defensas patológicas fracasadas.

En la sesión 94 la paciente pone en evidencia una forma de salida de la situación traumática, retomando el hilo de las sesiones 80, 81 y 82, en cuanto a la vigencia de las defensas normales exitosas. Esto refleja un tercer tipo de cambio psíquico, esta vez resiliente, ligado a la reformulación de su equilibrio previo. En esta reformulación que observamos en el plano del análisis de las defensas en las secuencias narrativas, está incluido el deseo A1 en el plano de las redes de signos, dando figurabilidad al sentimiento de injusticia que se pone de manifiesto a partir del relato del accidente en la sesión 89.

Trauma y neurosis traumática

Observamos dos tipos de manifestaciones. Uno relativo al modo de funcionamiento más estable en la paciente y otro ligado al intento de procesar una nueva situación traumática. En la neurosis traumática, recurre a defensas funcionales exitosas, mientras que en el momento del trauma esas defensas no resultan eficaces y termina recurriendo a defensas patológicas que fracasan.

La diferencia en los resultados, que pone en evidencia el momento de la neurosis traumática y el del trauma, se evidencia por los recursos que la paciente aplica para afrontar esos estados, dados o no por la eficacia de O1: cuando este deseo se combina con defensas exitosas (patológicas o normales), la paciente logra un equilibrio, mientras que cuando éstas fracasan surge la angustia automática. Otro factor que contribuye al logro de estabilidad es la identificación caracteropática con una madre omnipotente, sostenido en la desmentida en su versión funcional y patológica. La desmentida funcional le permite acceder a complejidades mayores.

Cuando el deseo LI, se combina con una defensa exitosa, le permite conservar el sentimiento de omnipotencia somático, que la hace sentir en movimiento, aunque no se trate de un movimiento concreto. La defensa fracasa al apelar al movimiento real del cuerpo. La angustia automática surge cuando, debido a estados de intrusión orgánica o astenia, la paciente no cuenta con energía disponible para organizar una salida a través del pensamiento.

Dado que se trata de un equilibrio sostenido en desmentidas funcionales y patológicas secundarias a la represión, frente a la violencia proveniente de la realidad, éste se resquebraja. Mientras logra identificarse con su madre, predominan las defensas exitosas. Cuando se produce el trauma, ya no lo consigue y predominan las defensas fracasadas.

Se pone en evidencia el desvalimiento en una paciente que ha tenido una base frágil y de no existir este estado de vulnerabilidad, el accidente no hubiera producido el estado de desorganización que produjo. Podemos pensar que existía una cierta vulnerabilidad de base, previa al accidente, y también cierto entrenamiento en su recuperación.

La Desmentida Funcional como mecanismo defensivo normal

Freud señala que la desmentida patológica tiende a conservar el autoerotismo y la investidura de alguien en el lugar psíquico de modelo, con quien el yo mantiene un tipo de vínculo que le brinda un ilusorio sentimiento de sí. La amenaza de pérdida de dicho vínculo, ya sea por pérdida del modelo o por el registro de la diferencia respecto de él, enfrenta al yo a la amenaza de pérdida de una identificación primaria que, por ende, podría provocar la desorganización del aparato psíquico. Ante dicha amenaza, el yo promueve la desmentida patológica. Cuando ésta es radical, los juicios de atribución del yo placer, que ponen en evidencia la participación de las pulsiones sexuales e imponen un goce masoquista, no tienen en cuenta lo útil o perjudicial, por lo que las pulsiones de autoconservación resultan arrasadas. Otra alternativa es que la desmentida patológica sea menos radical y permita aceptar el juicio de atribución que impone el cuidado por la autoconservación, logrando una mejor transacción con el yo real definitivo. A partir de allí pueden aparecer los distintos estados: exitoso, fracasado o mixto. Cuando la defensa

fracasa, retornan los efectos negativos que llevan a intentar reforzar la desmentida patológica.

En cuanto a la desmentida funcional, Maldavsky (2007) sostiene que las defensas funcionales pueden ser las mismas que las patológicas, pero a diferencia de éstas, no suponen una tendencia a frenar o hacer retroceder la complejización psíquica. La desmentida como defensa funcional promueve una conciliación entre los tres amos del yo y presenta dos características: en primer lugar se desarrolla en un contexto adverso, al servicio de la autoconservación, y en segundo lugar, está insertada en un proyecto propio no patológico, más abarcativo.

Esta defensa, presenta características acorde a fines y se da generalmente en contextos adversos, en donde la realidad está caracterizada por los obstáculos o la hostilidad. Esta defensa permite, al estar contextualizada en un proyecto más abarcativo ligado a la vitalidad, desplegar pensamientos o acciones tendientes a la complejización psíquica, aún cuando esto implique desconocer un fragmento de la realidad. Por ejemplo en este caso la paciente para poder ir a trabajar, debe desmentir funcionalmente sus condiciones físicas o las condiciones en las que viaja. Si se impusiera la realidad con toda su crudeza, ella quedaría expuesta a la desvitalización anímica.

Esta defensa se puede observar en situaciones de crisis sociales e individuales, y también en situaciones que implican la aceptación de una realidad proveniente del cuerpo tales como una discapacidad, una patología crónica o bien una enfermedad terminal. La desmentida funcional permite una mejor forma de adaptación a la vida, como modo de proteger y continuar la creación y el desarrollo de proyectos vitales. Es aquí cuando nos preguntamos acerca del movimiento, la dinámica del mecanismo, que pareciera comenzar siendo patológico para luego transformarse en funcional.

M'Uzan (1995) escribe respecto de una paciente con cáncer avanzado: *“De nuevo abordamos el tema del cáncer, de su evolución, de la muerte, todo esto en un tono cuya serenidad contrasta extrañamente con la índole del asunto. Y yo pienso en esta, que me aparece entonces como el signo de una suerte de desmentida compartida: en definitiva, mi paciente y yo no queríamos saber nada de aquello de lo que hablábamos”*. El autor señala que apela a esa desmentida para *“asegurar al máximo las posibilidades de trabajo psíquico que rige para este tipo de situaciones”*. Sostiene que al permitir esa

desmentida vincular apuesta a que se instale *“una posición megalomaniaca de omnipotencia [...] como estrategia para aminorar el avance del cáncer”* (pág. 24).

Respecto de la actitud analítica para sostener esta posición dice *“que el analista tolere cierta fluctuación en los límites de su yo a fin de poder recibir los materiales mortíferos de los que el paciente intenta desembarazarse [...] cuán importante es que pueda asumir el extraño contacto que se establece con este tipo de pacientes. Sea simbólico o concreto, este contacto actúa como una suerte de zona erógena [...] sólo entonces puede modificarse la representación que el sujeto tiene de sí mismo, una representación agujereada, fragmentada e inaceptable; modificarse en provecho de otra imagen de sí mismo, también mutilada, por cierto, pero mejor integrada”* (pág. 25). El autor se refiere al pasaje de una desmentida patológica a otra funcional, donde la actitud del terapeuta resulta crucial, dado que a través de esta denominada “desmentida compartida” habilita una posibilidad de integración del yo. Una suerte de función de *rêverie* por parte del terapeuta, que permite la transformación de elementos beta en elementos alfa, y por ende la transformación de una defensa de patológica en funcional.

En la misma línea, pero desde otra perspectiva teórica, Kübler-Ross (1969) describe cinco etapas del duelo, por las cuales pasan las personas que sufren pérdidas catastróficas o enfermedades terminales: negación y aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación. Esta descripción nos llevaría al mismo punto que postula De M'Uzan: la descripción de las primeras cuatro etapas remite a los distintos estados de la desmentida patológica: exitosa, fracasada y mixta, mientras que la última se refiere a la desmentida funcional, en donde se mantienen aislados los juicios provenientes del yo realidad definitivo. La desmentida funcional tiene que ver en estos casos con aceptar una realidad irreductible, está al servicio de mantener organizado al yo, y de hacer psíquicamente soportable esa realidad.

Podemos afirmar que la desmentida funcional se asemeja al proceso descrito por Freud (1927d) respecto del humor: *“El humor no es resignado, es opositor; no sólo significa el triunfo del yo, sino también del principio de placer, capaz de afirmarse aquí a pesar de lo desfavorable de las circunstancias reales”* (pág. 158). Así como el humor permite la llegada a la conciencia de lo indecible, la desmentida funcional permite hacer lugar a una realidad insoportable sin que impida la ligadura inherente a la vitalidad.

Conclusiones

Del estudio realizado aplicando el ADL en los tres niveles se desprende que:

1) En cuanto al análisis de las defensas en los relatos:

a) Se observan dos modos de organización:

i) al modo de las Neurosis traumáticas (sesiones del Grupo A: 80, 81, 82 y 94), donde se combinan la desmentida funcional y patológica exitosa, y la desestimación del afecto exitosa.

ii) al modo del Trauma (sesiones 89 y 93) donde se combinan la desmentida fracasada con la desestimación del afecto fracasada.

b) Nos permite detectar distintas formas de cambio psíquico:

i) Hacia el logro de figurabilidad. Cambio de la desestimación del afecto fracasada a desmentida exitosa. La paciente, que sufre accidentes a repetición, deja de accidentarse y expresa verbalmente su deseo de quedar embarazada. El ataque a la autoconservación ya no se da en acto sino que se da de modo simbólico.

ii) Accidental: Cambio de defensas funcionales exitosas (acorde a fines, creatividad, desmentida funcional) a defensas patológicas fracasadas (represión, desmentida, desestimación del afecto). La paciente, producto de un sentimiento de omnipotencia sostenido en la desmentida patológica exitosa y en la desestimación del afecto exitosa, se accidenta y se da el retorno de la realidad desmentida y del afecto desestimado. Cambio del funcionamiento crónico al modo de las neurosis traumáticas al funcionamiento al modo del trauma.

iii) Resiliente: Cambio de defensas patológicas fracasadas a defensas funcionales exitosas. El andamiaje defensivo retorna al equilibrio previo, con una complejidad

mayor que aparece en el plano de las redes de signos (deseo A1) sostenido en el trabajo clínico que permite el despliegue del fragmento vital y ligador de la paciente.

2) El análisis de los deseos en relatos nos habla del estilo de la paciente. Se observan dos organizaciones predominantes:

a) En las sesiones del Grupo A: O1+ FG +LI + defensas funcionales exitosas

b) En las sesiones del Grupo B: O1+ LI + defensas patológicas fracasadas

3) El análisis de los actos de habla observamos dos combinatorias:

a) En las sesiones del Grupo A hay dos organizaciones predominantes: LI + O2 + FU y A2+O2. La primera se da cuando la paciente hace referencia a estados y procesos corporales, al hablar de la tensión corporal, cuando esto se combina con la expresión de estados afectivos y a estar realizando acciones, y con el desarrollo y la interferencia de deseos ambiciosos y las frases destinadas a ubicarse espacialmente.

La segunda se da cuando la paciente describe el vínculo con su madre como un encuentro armónico, eufórico. Allí observamos que desciende el componente LI y aumentan los componentes A2 y O2.

b) En las sesiones del Grupo B: O2 + A2 (sólo en la sesión 89 el deseo LI es alto). En estas sesiones predomina la expresión de la afectividad, junto con la intención de presentar un discurso organizado y coherente. Estos esfuerzos están destinados a evitar la desorganización producto del trauma.

4) En el nivel de las palabras, LI siempre ocupa el primer o el segundo lugar, con distintas combinatorias.

a) En el Grupo A: LI + O1+ FG +A2: Pone énfasis en escenas ligadas a estados corporales y quietud de la cual sale a través del uso del pensamiento abstracto y concreto aplicado a soluciones tangibles y a referencias ligadas al sufrimiento.

b) En el Grupo B: A1 + FU + FG: Se describen situaciones de injusticia y parálisis motriz impotente combinadas con intentos de localización témporo espacial y el intento de modelar la propia imagen según lo que el hablante supone que su interlocutor desea.

Bibliografía

Flyvbjerg, B. (2006). "Five misunderstandings about Case Study Research", en *Qualitative Inquiry*, 12:2, California, Sage.

Freud, S. (1918b [1914]). "De la historia de una neurosis infantil", *A. E.*, 17.

_____ (1923b). *El yo y el ello*, *A. E.*, 19.

_____ (1927d). "El humor", *A. E.*, 21.

_____ (1940e). "La escisión del yo en el proceso defensivo", *A. E.*, 23.

Kazez, R. (2003). "El Algoritmo David Liberman como método aplicable a la investigación en psicoanálisis", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, Buenos Aires: UCES.

_____ (2009). "Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del Sistema de Matrices de Datos", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, Buenos Aires: UCES.

_____ (2010). "Estudio del discurso de una paciente con discapacidad congénita sensorial y motriz. Análisis comparativo de dos momentos del tratamiento", *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15, Buenos Aires: UCES.

Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

_____ (1998a). *Lenguajes del erotismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

_____ (1999a). *Lenguajes, pulsiones, defensas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

_____ (2004a). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman*, Buenos Aires: Lugar.

_____ (2005). *Systematic Research on Psychoanalytic Concepts and Clinical Practice: the David Liberman Algorithm (DLA)*, Buenos Aires: UCES.

_____ (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el Algoritmo David Liberman*, Buenos Aires: Lugar.

_____ (2014). *Algoritmo David Liberman. Un instrumento para la evaluación de deseos y defensas en el discurso*, Buenos Aires: Paidós.

_____ et al. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires: Lugar.

M'Uzan, M. (1995). *La boca del inconciente. Ensayos sobre la interpretación*, Buenos Aires: Amorrortu.

Perry, J. C. et al. (2004). *Studying Defense Mechanisms Using the Defense Mechanism Rating Scales*, Oxford: Elsevier.

Vaillant, G. et al. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*, Arlington: American Psychiatric Press.