

Jornada UCES 2003

Panel I: Epistemología del ADL e investigaciones sobre desvalimiento psicosocial

Comentarista y Moderador: Cristina Tate de Stanley

I. 1. Aplicación del ADL a una sesión de psicoterapia

Ruth Kazez

1. Introducción

La paciente se llamará Teresa, y tenía al momento de la consulta veintitrés años. Ésta se produce unos días después de haberse mudado con una amiga a un pequeño departamento cerca de la casa de sus padres, regalo de ellos. Soltera, única hija, la relación con su mamá se había tornado muy difícil.

Teresa presenta una hemiparesia derecha y una disminución visual en el ojo izquierdo. Perdió la visión del ojo izquierdo a los cinco meses de vida. Durante el embarazo, su madre contrajo citomegalovirus sin saberlo y contagió a Teresa por vía vertical. El parto fue a término, pero nació asfixiada. Al día siguiente de nacida tuvo un paro cardiorespiratorio, seguido de convulsiones. Al tercer día, se le perforó el estómago y se la operó de inmediato. Ni bien nació se la colocó en incubadora -con respirador artificial- donde vivió sus primeros quince días. A lo largo de su infancia tuvo tres operaciones del ojo derecho, que actualmente posee una prótesis. Gateó a los doce meses y caminó a los veinte, aproximadamente. Logró vestirse sola a los ocho años y comer sola alrededor de los diez. Su vocabulario fue siempre rico, emitió sus primeras palabras alrededor de los ocho meses. Comenzó a presentar problemas bronquiales llegada la pubertad, y también un problema de columna debido a malas posturas que adopta al escribir. Desde su nacimiento se realiza controles neurológicos todos años. La baja visión del ojo izquierdo y la pérdida del derecho, junto con la hemiparesia derecha han impreso su huella en cada una de sus actividades de la vida cotidiana.

Sus padres deliberadamente la enviaron a escuelas comunes, nunca tuvo maestra integradora. A pesar de todos los obstáculos, se recibió de abogada y comenzó a trabajar en el estudio de un conocido de su padre.

Al momento de la grabación de la sesión (en febrero de 2002), la paciente llevaba 3 años de tratamiento ininterrumpido, con sesiones individuales de frecuencia semanal.

2. La sesión

Se presentará a continuación, desgrabados, el inicio y el final de una sesión de febrero del año 2002. Se aplicará el ADL en los tres niveles sólo al inicio de la sesión. La presentación del final servirá sólo como contexto para un análisis más general. La sesión ha sido dividida en seis párrafos introducidos por intervenciones de la terapeuta.

Inicio

T: QUÉ TE PASÓ? (ALUSIÓN A LA CARA PÁLIDA Y A LA FORMA DE CAMINAR, RENGUEANDO).
F1

P: Ah!... Qué cantidad de gente. Caminar unas pocas cuadras... San Martín está realmente... A la estación llegué más o menos en un horario bien, pero las tres cuadras eran más o menos (SE RÍE). Se ve que hay gente mirando vidrieras, entonces tenés adelante un montón de gente que va despacito (SE RÍE) (SILENCIO). Con el tren, razonablemente bien, digamos, pero ya cuando llegué acá... estee ... Evidentemente no es una época muy propicia para andar paseando (SILENCIO). Hoy me pasó una cosa tan fea. Resulta que ayer fui al juzgado, por un amparo, viste, para... estee ... ver si había salido, no? Estee ... Entonces fui aaa (SILENCIO)... estee ... y es un lugar bastante accesible, lo único que está (SE RÍE) en el único lugar con escalera de todo el edificio. Pregunté y me dijeron que no estaba en letra. Y hoy a la mañana la verdad que ya me levanté temprano pensando en ir temprano, y a las 9 de la mañana hacía 32° de sensación térmica. Si voy a esa hora me voy a desmayar. Entonces bueno. Esperé. Pedí un remise para más tarde, que bajara un poco la temperatura y que... Resulta que cuando llegué había más o menos una hora... una cuadra de cola. Una cuadra de gente esperando bajo la lluvia. Imaginate que debían estar bastante enojados, con todo lo que está pasando... Entonces yo traté de entrar para preguntar cómo podía hacer, si... cómo... si me dejarían esperar adentro, no sé, algún tipo de solución (SILENCIO). No me podía quedar de pie a esperar que atendieran a toda esa gente y menos bajo la lluvia. Resulta que cuando yo traté de entrar, toda la gente que estaba afuera empezó a hacer presión para meterse adentro, y quedé prensada entre los que estaban adentro y que no querían que los de afuera entren, y los de afuera que querían entrar. Me hicieron pelota. Me aplastaron la columna, quedé en un estado físico la verdad... me duele, no me puedo... No me pasó nada serio, nada que no sea lo de siempre digamos, pero me duele de una manera... Realmente me aplastaron de un modo... Cuando yo empecé a gritar... estee ... en algún momento después de que empecé a gritar, bueno, alguien... estee ... alguien se dio cuenta y me ayudó a llegar a un lugar seguro. Me ayudaron aa ... Después los de mesa de entradas me llevaron adonde había sillas, y bueno, me atendieron. Quedé doloridísima. Así que evidentemente la gente está... está un poco más loca que lo habitual (SE RÍE). Así que después con la gente que iba por la calle más o menos iba así (HACE UN GESTO). Además me duele, no tengo muchas ganas de que por ahí alguno medio apurado me pueda llevar por delante o algo así. Así que pasó una señora y me acompañó hasta acá (SILENCIO). Realmente agradezco la presencia de tu diván. Si hubiera sido en otras condiciones, no sé si hubiera venido (SE RÍE) (SILENCIO). Así que si querés que sigamos hablando del tema de la hostilidad y el dolor y todas esas cosas, creo que estoy en las condiciones físicas adecuadas (SILENCIO).

Final

T: COMO SI LO ÚNICO QUE PUDIERAS HACER ES GRITAR PARA QUE OTRO TE RESCATE.

F2

P: Es que era así. Realmente era lo único que... En ese momento lo único que podía hacer era gritar pidiendo auxilio. Y no era metafórico. Lo único que podía hacer era gritar. Y todo el mundo gritaba de bronca, y yo gritaba pidiendo auxilio (SILENCIO). Son esos momentos en que siento que ni siquiera puedo comunicarlo, no? Bueno, en este caso el pedido de auxilio era muy literal, pero hay veces que ni siquiera sé qué es pedir auxilio. Y entonces ahí dependo de

que el otro se de cuenta. Estoy pensando en situaciones en las que... en las que ni siquiera puedo articular debidamente un pedido de auxilio.

T: PARECIERA QUE EL OTRO ESTÁ DISTRAÍDO, MIRANDO PARA OTRO LADO.

F3

P: (SILENCIO) Como que a veces... los problemas visuales deben ser altamente contagiosos, porque uno sube a un colectivo y la mitad de las veces la gente que está en el primer asiento sufre un ataque súbito de ceguera. Sí, pero esa sensación en la cual nadie ve... o bien el otro está demasiado... no sé si mirando para otro lado, creo que mirando para adentro.

T: Mirando para adentro?

F4

P: Claro. Cuando simplemente hay un... cómo te podría decir, si hay un simple no registro de “no me di cuenta que te pasaba algo”, ahí por lo menos hay una posibilidad de... de decir: “bueno para, no, acá tené cuidado que me duele”, no sé... este... Pero las situaciones en las que yo sigo sin saber cómo reaccionar es cuando esa otra persona está absolutamente convencida de que me registra, no?, de que... de que: “yo sé lo que vos necesitas”, y acto seguido agachate porque después viene el golpe. No... nunca... recién... bueno... como decía mi mamá, te lo puedo decir ahora, “yo estaba absolutamente convencida de que estaba haciendo lo que a vos más te convenía”, y yo estaba sufriendo... que sé yo, supongo que como pocas veces me toco sufrir en la vida (SILENCIO), y ni siquiera sé si tenía bronca. No lo sé.

T: Será que el dolor te deja totalmente pasiva y sufriente, en cambio la bronca implica que intentás hacer algo con el dolor...

F5

P: Sí. Quizás no sea el algo más adecuado, digamos, pero es hacer algo. En momentos en que... bueno... y sobre todo además cuando los destinatarios de ese dolor y de esa bronca son gente que yo quiero demasiado.

T: Tenemos que dejar por hoy.

F6

P: Tenemos que dejar.

3. Análisis del material

3.1. Análisis de redes de palabras

El programa computacional para el análisis micro, se aplicó a la sesión completa, para obtener resultados globales. Luego, se dividieron párrafos, que se delimitaron por las intervenciones de la terapeuta. Aquí también vamos a encontrar con dos tipos de resultado de la aplicación del programa: global y de párrafos.

CUADRO 1
RESULTADOS DEL ANÁLISIS GLOBAL DE REDES DE PALABRAS (CALIBRADOS)

	Lenguaje del erotismo
1	Fálico uretral (FU)
2	Oral primario (O1)
3	Oral secundario (O2)

4	Anal secundario (A2)
5	Fálico genital (FG)
6	Libido intrasomática (LI)
7	Anal primario (A1)

Vemos en este cuadro el análisis computarizado de toda la sesión. El primer lenguaje del erotismo es el fálico uretral. Tanto el erotismo oral primario como el oral secundario aluden a un estado de inermidad del yo frente a la pulsión, frente a la cual intenta ser activo pero no lo logra.

El análisis computarizado aplicado a los seis párrafos en que está dividido el inicio y el final de la sesión arroja el siguiente resultado:

CUADRO 2
RESULTADOS DEL ANÁLISIS POR PÁRRAFOS DE REDES DE PALABRAS (CALIBRADOS)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
1	FU	A2	O1	O1	FG	O2
2	FG	FG	A2	A2	O2	A2
3	A2	O1	O2	O2	FU	
4	O2	FU	FG	FU	A2	
5	O1	O2	FU	FG	LI	
6	LI	LI	LI	LI	O1	
7	A1	A1	A1	A1	A1	

El párrafo F1, que se introduce con la pregunta de la terapeuta : “QUÉ TE PASÓ?”, en donde la paciente responde con palabras ligadas al erotismo fálico uretral en primer lugar, en segundo lugar fálico genital y en tercer término, anal secundario. El erotismo fálico uretral se expresa en términos como: “*caminar*”, “*llegué*”, palabras ligadas al desplazamiento espacial. También este erotismo se hace evidente cuando la paciente utiliza términos que aluden a la rutina y a la ruptura de la misma.

El erotismo fálico genital está representado en palabras como: “*propicia*”, “*cosa*”, “*tan*”, “*fea*”, mientras que el erotismo anal secundario lo observamos en palabras como: “*razonablemente*”, “*pero*”, “*evidentemente*”, “*propicia*”. Aparece desde el inicio la percepción de la terapeuta acerca del estado físico de la paciente. Para la terapeuta importa mucho el verla. La paciente categoriza como “*tan fea*” la escena que pasa a describir, empleando un adjetivo que remite al erotismo fálico genital, para una escena que alude al dolor corporal.

Observamos términos como: “*evidentemente*”, “*creer*” y “*ver*”, que pueden ser leídos desde el erotismo anal secundario como desde el erotismo oral primario, en tercera y quinta posición: el término “*evidentemente*” está al servicio de sacar conclusiones acerca de lo que expone: “*Se ve que hay gente mirando vidrieras*”; “*Evidentemente no es una época muy propicia para andar paseando*”; “*Así que evidentemente la gente está... está un poco más loca que lo habitual*”.

El verbo “*creer*”: “*Así que(...) creo que estoy en las condiciones físicas adecuadas*”; “*(...) no sé si mirando para otro lado, creo que mirando para adentro*”; “*y yo estaba sufriendo... que sé yo, supongo que como pocas veces me toco sufrir en la vida*”.

ESTOS TÉRMINOS SE ARTICULAN CON UN TERCERO: EL VERBO VER Y OTROS RELACIONADOS COMO MIRAR, APARECER, PERCIBIR, NOTAR O REGISTRAR, QUE EN ELLA COBRAN RELEVANCIA DADA SU BAJA VISIÓN:

Se ve que hay gente mirando vidrieras”; “Fui al juzgado, por un amparo, viste, para... este... ver si había salido, no”; “ esa sensación en la cual nadie ve... o bien el otro está demasiado... no sé si mirando para otro lado, creo que mirando para adentro”; “si hay un simple no registro de (...)”; “cuando esa otra persona está absolutamente convencida de que me registra”.

Los términos “evidentemente”, “creer” se relacionan con la baja visión, en donde la persona tiene que estar sacando conclusiones acerca de aquello que percibe y remitiéndolo a un pensamiento abstracto, tal como hemos desarrollado en el marco teórico. En el libro “Estimulación temprana e intervención oportuna” una de sus autoras, Fiondella (1990) se refiere al tipo de intervención específica que deben tener los profesionales y los padres respecto del niño ciego. En particular, señala un modo particular de percibir y de otorgar cualidades a las cosas a través de las palabras. El niño ciego y de baja visión debe generar un tipo de pensamiento en el cual va constantemente de lo concreto a lo abstracto, intentando extraer inferencias respecto de sus características y lo nomina. Citando a Bruner (1984) hace referencia a la necesidad de realizar dos operaciones: señalar y etiquetar, responder a las preguntas: “dónde está?” y “qué es?” . Frente a estas dos preguntas el niño deberá sacar conclusiones (para que lo logre es de inicio esencial la función del asistente) respecto de su percepción.

3.2. Análisis de las estructuras-frase

El análisis de las estructuras frase se realizó de manera manual, teniendo en cuenta la grilla diseñada para este fin. El análisis manual de las estructuras-frase, arroja el siguiente resultado:

CUADRO 3
SESIÓN DE FEBRERO. RESULTADOS DEL ANÁLISIS GLOBAL DE ESTRUCTURA-FRASE (CALIBRADOS)

	Lenguaje del erotismo
1	Fálico uretral (FU)
2	Libido intrasomática (LI)
3	Oral secundario (O2)
4	Anal secundario (A2)
5	Fálico genital (FG)
6	Oral primario (O1)
7	Anal primario (A1)

El erotismo fálico uretral se ubicó en primer lugar, esto podemos pensarlo desde la diferencia entre el afuera hostil y el adentro en donde la paciente se encuentra “a salvo”.

El análisis manual de las estructuras-frase, aplicado a los seis párrafos en que está dividido el inicio y al final de la sesión arroja el siguiente resultado:

CUADRO 4
RESULTADOS COMPARATIVOS DEL ANÁLISIS POR PÁRRAFOS DE ESTRUCTURA-FRASE (CALIBRADOS)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

1	LI	O2	FU	FU	FU	A2
2	FU	LI	A2	A2	A2	
3	O2	FU	O2	O2		
4	FG	A2		FG		
5	A2/O1			LI		
6	A1					
7						

Partimos de la base que a nivel de las estructuras-frase, se expresa desde el paciente el vínculo transferencial.

El párrafo F1 es precedido de una pregunta de la terapeuta: "QUÉ TE PASÓ?". Aquí aparece en primer lugar el erotismo intrasomático. Consignamos aquí, pese a no formar parte del inventario propuesto por Maldavsky (2000) las referencias a imposibilidades físicas: "*Es el único lugar con escalera ...*" y a estado físico: "*Quedé en un estado físico, la verdad...*". Consideramos que en este tipo de paciente, tanto la referencia a la accesibilidad como la referencia al estado físico resulta fundamental para el estudio de las estructuras-frase. Podemos inferir que en el vínculo transferencial la angustia y el dolor somático invaden la sesión. El erotismo fálico uretral que se aprecia en segundo lugar, se expresa fundamentalmente a través de muletillas y autointerrupciones.

El tercer lugar está ocupado por el erotismo oral secundario, fundamentalmente expresando estados afectivos: "*No tengo muchas ganas que por ahí...*", y comprensión empática: "*Cuando empecé a gritar, alguien se dio cuenta*". La pregunta de la terapeuta, que alude a un hecho concreto, es respondido por la paciente con referencias a su estado físico, combinado con ansiedades fóbicas y depresivas. El componente fóbico se aprecia en todos los inicios de sesión y probablemente tenga que ver con el estado en el que llega de la calle, de excesivos recaudos.

3.3. Análisis de las secuencias narrativas

En el párrafo F1 se presentan tres relatos, dos desarrollados y del tercero sólo la escena final. Los dos relatos que se desarrollan corresponden al lenguaje del erotismo intrasomático, el tercero al erotismo oral primario. La primera, relacionada a la llegada al consultorio; la segunda, correlativa con lo ocurrido esa mañana en los tribunales:

CUADRO 5
ANÁLISIS DE LA SECUENCIA NARRATIVA DEL PÁRRAFO F1 (RELATO 1)

Escena	Erotismo intrasomático	Escena
Estado inicial	Equilibrio de tensiones	"Con el tren, razonablemente bien" (...) "A la estación llegué más o menos en un horario bien..."
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo especulativo	"Caminar unas pocas cuadras (...) pero las tres cuadras... (...) Así que pasó una señora y me acompañó hasta acá (SILENCIO)"
Segunda transformación:	Ganancia de goce por la intrusión	"Se ve que hay gente mirando vidrieras, entonces tenés adelante un

tentativa de consumir el deseo	orgánica	montón de gente que va despacito” (...) “Así que después con la gente que iba por la calle más o menos iba así (HACE UN GESTO).”
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Euforia orgánica Astenia	(Estado de agotamiento físico con el que llega al consultorio) “Además me duele, no tengo muchas ganas de que por ahí alguno medio apurado me pueda llevar por delante o algo así. (...) Realmente agradezco la presencia de tu diván”.
Estado final	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera	(Inferido por la terapeuta), reflejado en la pregunta “QUÉ TE PASÓ?” Y en “Realmente agradezco la presencia de tu diván. Si hubiera sido en otras condiciones, no sé si hubiera venido (SE RÍE) (SILENCIO)”.

CUADRO 6
ANÁLISIS DE LA SECUENCIA NARRATIVA DEL PÁRRAFO F1 (RELATO 2)

Escena	Erotismo intrasomático	Escena
Estado inicial	Equilibrio de tensiones	“Y hoy a la mañana la verdad que ya me levanté temprano pensando en ir temprano, y a las 9 de la mañana hacía 32° de sensación térmica. Si voy a esa hora me voy a desmayar (...) Pedí un remise para más tarde, que bajara un poco la temperatura y que...”
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo especulativo	“Entonces yo traté de entrar para preguntar cómo podía hacer, si... cómo... si me dejarían esperar adentro, no sé, algún tipo de solución (SILENCIO). No me podía quedar de pie a esperar que atendieran a toda esa gente y menos bajo la lluvia”
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Ganancia de goce por la intrusión orgánica	“Resulta que cuando yo traté de entrar, toda la gente que estaba afuera empezó a hacer presión para meterse adentro, y quedé prensada entre los que estaban adentro y que no querían que los de afuera entren, y los de afuera que querían entrar”. “Cuando yo empecé a gritar... estee ... en algún momento después de que empecé a gritar, bueno, alguien... estee ... alguien se dio cuenta y me ayudó a llegar a un lugar seguro. Me ayudaron aa ... Después los de mesa de

		entradas me llevaron adonde había sillas, y bueno, me atendieron”.
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Euforia orgánica Astenia	“Me hicieron pelota. Me aplastaron la columna, quedé en un estado físico la verdad... me duele, no me puedo... No me pasó nada serio, nada que no sea lo de siempre digamos, pero me duele de una manera... Realmente me aplastaron de un modo...”
Estado final	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera	(cansancio con el que llega al consultorio, captado por la terapeuta), reflejado en la pregunta “QUÉ TE PASÓ?” y en el “Quedé doloridísima”

La sesión comienza con una pregunta de la terapeuta “QUÉ TE PASÓ?”, que alude al estado final de los dos relatos: un estado de astenia evidente y duradera, reflejado en la palidez y en la renguera de la paciente. Como consecuencia de dicha pregunta, la paciente responde con dos relatos, incluidos en el mismo párrafo (F1). El Relato 2, en donde refiere lo ocurrido durante la mañana de ese mismo día, como causa del Relato 1, en donde relata la odisea de la llegada al consultorio. La paciente vive en una localidad del Gran Buenos Aires, a dos estaciones de ferrocarril del consultorio de la terapeuta, y éste a su vez está a dos cuadras de la estación. La calle “San Martín” es la principal de la localidad donde se encuentra el consultorio y generalmente se encuentra poblada de vendedores ambulantes con su mercadería sobre tabloneros o en el piso, percheros de negocios, latas de gaseosas que cuelgan de los kioscos, bancos de heladerías, bicicletas y motos estacionadas, en fin, un verdadero desafío de obstáculos para quien tiene baja visión y se desplaza con dificultad.

Generalmente, los primeros minutos de todas las sesiones son destinados por la paciente a hablar acerca del modo en que se dio este trayecto, y generalmente expresan angustias fóbicas ligadas al desplazamiento espacial. Teresa comienza el relato describiendo su travesía, es como generalmente comienza las sesiones: describiendo cuál de los recorridos posibles eligió. En esta oportunidad, describe el recorrido desde la estación de tren que queda a tres cuadras del consultorio de la terapeuta (otras veces describe sólo el final, o bien desde que decidió salir de su casa), y ubica allí un estado inicial de equilibrio: “A la estación llegué más o menos en un horario bien...” que luego, cuando se consume el deseo de trasladarse esas tres cuadras se transformará en astenia. La novedad en el discurso de Teresa aparece cuando alude a las “tres cuadras” como “pocas cuadras”. Esto nos lleva inmediatamente a pensar desde quién habla, o mejor dicho, cómo hace para medir como “pocas” estas tres cuadras. Decimos esto porque ella se desplaza con dificultad, y lo que sería “poco” para otro, para ella resulta excesivo. Inclusive, a la luz del relato que se da a posteriori, cabe preguntarse por qué eligió ir en tren al consultorio, pudiendo llegar en remise. Seguramente la respuesta es que frente a situaciones traumáticas de agobio físico, Teresa tiende –desde la compulsión a la repetición- a tomar la medida del otro, de un

otro sin déficit orgánico, como modo de probarse que aún puede. El elemento a subrayar sería que parece que la medida de la limitación para Teresa no es la propia sino la del otro. En este *“caminar pocas cuadras”* un deseo especulativo, que se concreta gracias a la aparición de un ayudante, una señora que la acompañó hasta el consultorio. Es decir que llega a la estación en un estado de equilibrio, pero el desequilibrio aparece cuando camina las tres cuadras.

En la escena siguiente, pareciera que el acento no está puesto tanto en el esfuerzo físico cuanto en su posición respecto de la gente que va mirando vidrieras, despacito, en donde se ubica como observadora de una escena en donde los otros disfrutan paseando. Mientras los demás pasean, disfrutando de lo estético, ella camina esas tres cuadras, intentando conservar una regulación corporal que le permita desplazarse. Sin embargo no se refiere al esfuerzo con el que caminó en ese trayecto sino que habla de la gente que *“camina despacito”*, como aludiendo a una diferencia de velocidad. En términos de la realidad objetiva, es Teresa quien camina despacito y con mucha dificultad. He aquí la segunda transformación, la tentativa de consumir un deseo de ganancia de goce por intrusión orgánica, se impone a sí misma un ritmo de marcha imposible para ella.

También describe a la gente que mira vidrieras. Ella mira hacia dónde están dirigidas las miradas de los otros, de los que pasean. Nuevamente aquí se presenta la cuestión del desencuentro entre miradas, como inverso del encuentro estético originario entre el bebé y su madre (Meltzer, 1988). Ella mira a la gente que a su vez mira vidrieras. Qué molesta a Teresa? Su dificultad para desplazarse? La gente caminando despacio? El desencuentro entre las miradas?

Concluye este párrafo diciendo: *“Evidentemente, no es una época muy propicia para andar paseando”*, frase en la que aparece el fracaso de la defensa, en donde -al fin- se ubica en una posición exterior (rabiosa?) por fuera de los que pasean.

La tercera transformación se pone de manifiesto en el agotamiento energético con el que llega, gracias al cual se perpetúa la astenia duradera.

En este relato aparece también una escena característica del erotismo fálico uretral: Aquí inferimos una oposición tranquilidad-peligro, en donde la aparición de esta señora le hace las veces de objeto acompañante. Qué le pasa a Teresa cuando sale a un espacio abierto, cuando no puede manejarse de modo tal de responder a una rutina? Pareciera que se ponen de manifiesto sus rasgos fóbicos, mientras que en la sesión ocurre algo diverso, se trata de un tipo de espacio en donde no importa tanto la visión ni el desplazamiento, y en donde ella se pone más ambiciosa y competitiva.

El Relato 2 es presentado con la frase: *“Hoy me pasó una cosa tan fea”*, en donde introduce a la terapeuta en un relato, que desarrolla en el resto del párrafo. El relato comienza el día anterior, en donde se dirige a un juzgado, cuya característica es estar ubicado *“en el único lugar con escalera de todo el edificio”*. A la luz del relato, pareciera que con este comentario, alude a dos elementos: uno, su dificultad para subir escalones ya que a veces pierde el equilibrio, y otro, el azar, ya que las demandas judiciales, para ser juzgadas, pasan por una instancia de sorteo, en donde no se puede elegir qué juez intervendrá en la causa, y en consecuencia, tampoco se puede elegir el

espacio físico al cual el abogado deberá dirigirse cada vez que tiene que acercarse a ver el expediente.

El Relato 2, el estado inicial se corresponde con un equilibrio entre diversas tensiones, que se manifiesta en la escena en que describe cómo y con qué intenciones se levantó ese día. Al mismo tiempo suponemos que esta descripción está en parte dirigida a la terapeuta, con la intención de manifestar (quien venía mostrándole cómo muchas veces ella se exponía a situaciones de riesgo físico) que ella había tomado los recaudos necesarios para que todo saliera “bien”: *“Y hoy a la mañana la verdad que ya me levanté temprano pensando en ir temprano, y a las 9 de la mañana hacía 32° de sensación térmica. Si voy a esa hora me voy a desmayar. Entonces bueno. Esperé. Pedí un remise para más tarde, que bajara un poco la temperatura y que...”*. Aquí se presenta una contradicción lógica: en la ciudad de Buenos Aires, salvo excepciones climáticas, la temperatura suele subir cerca del mediodía, no bajar, sin embargo ella refiere que a las 9 de la mañana hacía 32° y que decidió esperar para que la temperatura bajase. *“Las contradicciones lógicas se presentan como oposición entre una afirmación genérica y otra específica, aunque una de ellas, la primera puede quedar implícita. A esta contradicción se le agrega una tercera frase, que impide el cuestionamiento de la contradicción, frase que aparece bajo la forma de un desvío del pensamiento, y una cuarta frase, que impide la fuga al sostener que toda realidad tiene este mismo carácter, contradictorio, caótico”* (Maldavsky, 1992, pág. 63). Esta contradicción lógica está ligada a una contradicción orgánica, que sigue el principio de “a mayor tensión voluptuosa, mayor esfuerzo por aumentarla”, lo cual se expresa en la imposibilidad de la paciente de frenar precipitarse hacia la situación traumática.

Cuando llega, se encuentra con algo supuestamente inesperado, la *“cuadra de gente esperando bajo la lluvia”*. Cabe señalar que cada uno de los que estaban haciendo la fila, reclamaban por una situación excepcional, un recurso de amparo. Al llegar surge el deseo especulativo: cuando se acerca a las puertas va a buscar que se las abran excepcionalmente, mientras que para los otros están cerradas. Para lograrlo, muestra su cuerpo haciendo cuadro. Ella va a reclamar por su derecho a entrar, dada su dificultad para movilizarse y para estar parada, en medio de un grupo de gente enojada que espera para entrar a los tribunales bajo la lluvia. En esta escena está puesto en juego el exhibir su cuerpo para conseguir un trato diferencial, con el objetivo que le restituya algo del drenaje hemorrágico. El deseo especulativo a través del cual ella busca obtener un trato excepcional (por supuesto, equitativo teniendo en cuenta sus dificultades) lleva aparejada la desmentida de la realidad que había percibido previamente (la cuadra de gente, enojada bajo la lluvia). Como efecto del fracaso de la desmentida la realidad se presenta abruptamente, en la tentativa de consumir el deseo, queda “aprisionada” entre los dos grupos de personas, sujeta a presiones que la llevan y la traen, con su cuerpo retorcido por fuerzas mecánicas. Se da una ganancia de goce en la intrusión orgánica, y Teresa queda identificada con la misma. La tercera transformación se observa en la astenia a la que llega luego de ser aplastada, para terminar en un estado final de agotamiento duradero que presenta un estado final disfórico, con el que llega al consultorio.

Podemos apreciar también la vigencia de otro erotismo, el fálico uretral, teniendo en cuenta la vigencia del azar, del accidente climático y su tendencia a introducirse en un lugar lleno de riesgos. Lo que en la situación de andar por la calle era resuelto con un objeto acompañante, con lo cual evitó sufrir lo mismo que en el relato de los Tribunales, se ve como en esta segunda escena resulta aplastada por la turba. Se aprecia la eficacia de la compañía, de andar despacio y con cautela, como intento de refugio en la rutina, como oposición a un desafío aventurero que termina con un desenlace disfórico.

A estas dos lecturas, se agrega otra posible ya que, tal como en la sesión de diciembre, podemos pensar que lo desarrollado previamente puede leerse desde el erotismo oral primario, en una tercera escena de la cual aparece sólo el estado final, en donde se coloca como objeto de investigación de la terapeuta, que se refleja en la frase: *“Así que si querés que sigamos hablando del tema de la hostilidad y el dolor y todas esas cosas, creo que estoy en las condiciones físicas adecuadas”*. El estado final se presenta aquí en la versión disfórica, como oferta al otro de despojarla de la propia esencia, en un estado de mutismo impotente.

En los momentos en que Teresa queda expuesta a un exterior hostil, pierde su ilusión de genialidad, sostenida en una sobreinvertidura del pensar. Para mantener esta ilusión, debe permanecer sin desplazarse motrizmente, dado que el movimiento la haría refutar su ilusión de omnipotencia cognitiva. El recurso al erotismo oral primario le permite alcanzar mayor ligadura psíquica, un mayor grado de coherencia, que pierde cuando predomina el desenlace disfórico en el erotismo intrasomático. Cuando se impone el estado de astenia, el erotismo oral primario aparece en una versión disfórica, ella queda despojada de algo esencial, gracias a lo cual la terapeuta goza cognitivamente, mientras que queda sin lucidez, en un mundo que le despierta terror y pánico.

4. Conclusiones

4.1. Análisis de prevalencias en lenguajes del erotismo

CUADRO 7
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS EN LOS TRES NIVELES

Nivel de análisis	Lenguaje del erotismo predominante
Análisis de relatos	1. Libido intrasomática (disfórica) 2. Oral primario (disfórica) 3. Fálico uretral (disfórica)
Análisis de estructuras-frase	1. Libido intrasomática 2. Fálico uretral 3. Oral secundario 4. Fálico genital
Análisis de redes de palabras	1. Fálico uretral 2. Fálico genital 3. Anal secundario 4. Oral secundario

En el análisis de las escenas encontramos desenlaces disfóricos, que están ligados con el estado de la defensa, en este caso, fracasada.

El predominio del erotismo intrasomático en el nivel del relato se refleja en los dos relatos analizados: el relato 1 en donde refiere cómo llega a la sesión y el relato 2 en el que comenta lo ocurrido esa mañana. En ambos casos, los desenlaces de los relatos son disfóricos: en el relato 1 es inferido por la terapeuta y reflejado en la pregunta “*QUÉ TE PASÓ?*” y en “*Realmente agradezco la presencia de tu diván. Si hubiera sido en otras condiciones, no sé si hubiera venido (SE RÍE) (SILENCIO)*”, mientras que en el relato 2 se infiere tanto en el cansancio con el que llega al consultorio como en el “*Quedé doloridísima*”.

La pregunta de la terapeuta “*QUÉ TE PASÓ?*”, alude al estado final de los dos relatos: un estado de astenia evidente, reflejado en la palidez y en la reingenuidad de la paciente. Cuando la terapeuta le pregunta *QUE TE PASÓ*, alude a una captación empática de un estado físico de la paciente, que va mucho más allá de un ojo que enfoca el diván.

El erotismo intrasomático cobra mucha importancia sobre todo en el nivel del relato y de las estructuras-frase. Aquí surge el interrogante si sus permanentes autointerrupciones (analizadas en principio como lenguaje del erotismo fálico-uretral) estarían dando cuenta al mismo tiempo del efecto producido por el dolor en el pensar. Nos referimos a una posible introversión de la libido hacia el cuerpo, con un débito respecto de la investidura del pensamiento. Esto podría estar en la base de estas “lagunas” en el pensamiento, que no se producirían por desestimación de la realidad sino por una claudicación del yo real definitivo en su intento de generar una contrainvestidura del pensamiento.

Teniendo en cuenta que el aparato psíquico cuenta con dos polos, el perceptual y el motriz, pareciera que la hipertrofia del pensamiento fuera producto del impedimento que se manifiesta en esta paciente respecto del polo motriz, correspondiente a la descarga. El dolor en ella cobra el valor de pulsión, porque de ello no puede fugarse. Freud (1930^a) dice que frente al sufrimiento existen dos recursos: 1) la intoxicación y 2) el trabajo psíquico e intelectual. En Teresa, quien convive con un permanente dolor somático, la sobreinvestidura del pensar podría estar al servicio de generar una contrainvestidura respecto del dolor, como efecto de un intento de ligar la hemorragia libidinal, como si frente al agobio orgánico apareciera el recurso de invertir el mundo de las representaciones. Podríamos entender las interrupciones como un síntoma de la hipertrofia del pensamiento, mecanismo muchas veces exitoso, que en esta oportunidad no lo es. El recurso al pensar resultaría ineficaz por el efecto de “cortocircuito” que le ocasiona el dolor somático, y las estructuras-frase interrumpidas estarían dando cuenta de la eficacia del débito pulsional, del dolor y de la hemorragia.

En Teresa el yo real primitivo nunca logró una homeostasis dado que existe un permanente peligro de fuga libidinal. En la sesión de diciembre, en que la desmentida resulta eficaz, pareciera –gracias a ello– lograrse una homeostasis, que en febrero cae porque se pone en evidencia la fijación a un dolor que no cesa. Las autointerrupciones podrían poner de manifiesto la vigencia de un yo real primitivo en hemorragia, expresándolo en el nivel del preconiente verbal, al mismo tiempo que intentan poner un freno a un posible atropello por parte de la terapeuta en la sesión.

En estos relatos en los que se da un desenlace disfórico para el erotismo intrasomático, se impone un desenlace disfórico para el lenguaje del erotismo

oral primario, en donde no aparece una tercera escena sino su estado final, en donde la paciente se coloca como objeto de goce cognitivo de la terapeuta: *“Así que si querés que sigamos hablando del tema de la hostilidad y el dolor y todas esas cosas, creo que estoy en las condiciones físicas adecuadas”*, se dispone a ofrecer su esencia como efecto de su pérdida de lucidez.

Posiblemente cuando sale a la calle y queda expuesta a un exterior hostil, Teresa pierda una ilusión de genialidad, y para mantenerla tiene que estar sentada y sin recurrir al desplazamiento motriz, nada que la haga refutar su ilusión de omnipotencia cognitiva.

El recurso al erotismo oral primario le permite alcanzar mayor ligadura psíquica, un mayor grado de coherencia. Cuando predomina el desenlace disfórico en el erotismo intrasomático, el erotismo oral primario aparece en una versión disfórica.

Siguiendo la línea del erotismo oral secundario y las distintas escenas de impaciencia que se ponen de manifiesto en la sesión (la gente que camina despacito, el no poder esperar en la fila frente a los tribunales) conjeturamos acerca de la dificultad de Teresa para soportar su propio ritmo, ya que es ella quien se mueve lentamente y con dificultad.

El erotismo anal secundario se pone de manifiesto en el orden que ella se crea para salir a la calle sin lastimarse. Se trata de un orden ligado al control a una organización. Tengamos en cuenta que ella, como persona de baja visión posee una suerte de entrenamiento “asistemático” al respecto. Teresa intenta en esta escena considerarse una excepción, una excepción al contrato de respetar el orden de llegada. Como si hubiera intentado quebrantar un juramento de respetar el turno cuando pretende proponerse como excepción. El deseo especulador la lleva a romper el contrato. En este fragmento vemos cómo desmentida y lenguaje del erotismo anal secundario están en pugna.

Desde el erotismo fálico-uretral, aparece el intento de conquistar espacios de una manera ambiciosa que se manifiesta de manera fracasada en esta sesión. Podemos apreciar que aparece de un modo subyacente la oposición dentro-fuera. Mientras que cuando llega en estado de astenia, desarrolla un pesimismo que la lleva a entregarse.

Dentro de este mismo lenguaje del erotismo, podemos apreciar que existe una relación entre los espacios abiertos o cerrados y el exceso de ambición o el exceso de prudencia. Le pide a una señora que la acompañe por la calle, poniendo de manifiesto un exceso de prudencia, mientras intenta regular sus tensiones desde el erotismo intrasomático, en un espacio abierto.

4.2. Análisis de las defensas

Existen dos formas de estudiar los mecanismos de defensa en un relato: el primero consiste en realizar un inventario de cada una de ellas e intentar detectarlas, el segundo consiste en jerarquizar las que resultan dominantes en una estructura. Para realizar el presente análisis, elegimos la segunda, en donde distinguimos cuatro tipos de defensas estructurales: la represión, la desmentida, la desestimación y la desestimación del afecto, que pueden ser funcionales (normales) o bien patógenas (interfieren en el proceso de complejización yoica). Cuando se da este último caso, determinan la producción de ciertas estructuras clínicas: neurosis de transferencia (represión), estructuras narcisistas no psicóticas (desmentida) o psicóticas

(desestimación de la instancia paterna o de la realidad) o patologías del desvalimiento –tóxicas o traumáticas- (desestimación del afecto).

Para referirnos al presente caso, haremos referencia a dos mecanismos de defensa predominantes: la desmentida y la desestimación del afecto.

Las defensas poseen dos objetivos: 1) mantener una ilusoria integridad yoica, sostener el sentimiento de sí, 2) oponerse a alguno de los amos del yo (realidad, pulsión, superyó), siendo esta última un medio para alcanzar la primera. Para preguntarnos por el éxito o el fracaso de la defensa debemos seguir dos orientaciones (Maldavsky 2002): 1) si logra o no su meta ligada al narcisismo, 2) si logra o no mantener sofocados a los representantes anímicos de ese amo al que se opone.

Cuando la defensa no logra alcanzar la segunda meta, nos hallamos ante el retorno de lo sofocado (de lo reprimido, de lo desmentido, de lo desestimado). Cuando la defensa no logra alcanzar la primera meta nos hallamos ante estados afectivos displacenteros, pero no necesariamente ante un retorno de lo sofocado.

Cuando predomina la desmentida, se crea una escisión del yo: por un lado éste acepta una realidad objetiva y legal displacentera y en consecuencia procura por un lado, decidir y actuar de acuerdo con ello, y por otro, refuta el reconocimiento de los hechos y de la ley para mantener una determinada satisfacción pulsional. Se trata de una defensa que cuando es exitosa, sostiene la paradoja de rechazar la realidad estando conectado, pero también puede fracasar.

El éxito de la desmentida implica 1) poder mantener la conexión con la exterioridad en la medida en que los demás contribuyan a apuntalar la defensa, 2) rechazar fragmentos específicos de la realidad y la ley, 3) sostener la ilusión de omnipotencia. El fracaso por su parte, puede abarcar a alguno o varios de estos tres objetivos. Si fracasa en los dos primeros aspectos, se observa en el plano de las manifestaciones que el paciente está replegado, en donde fracasa la conexión con la realidad y el sostén del narcisismo, pero no por eso se da un retorno de lo desmentido. Otra alternativa es que no sólo fracasen la conexión con la realidad y el sostén del narcisismo sino que también fracace el rechazo de la realidad y de la instancia paterna, con lo cual se da un retorno de lo desmentido.

En esta sesión se da un retorno de una realidad desmentida, que es su estado corporal. Esto se le presenta de tres modos diversos, como expresión de tres lenguajes del erotismo: como intrusión orgánica (libido intrasomática), como quedar a expensas al conocimiento de la terapeuta (oral primaria) y como fracaso de su hipertrofia competitiva (fálico uretral). Este último elemento le da al conjunto el carácter de herida narcisista específica.

El retorno de lo desmentido implica cuatro cuestiones: 1) aparición de afectos displacenteros, 2) retorno de la ley (en su versión sádica), 3) cambio de signo en el doble, 4) prevalencia de un lenguaje del erotismo sádico anal secundario, fálico uretral o fálico genital, en versiones no patógenas

Los tres primeros se dan, ya que predomina un afecto displacentero, dado que la desmentida fracasa en la tentativa de mantener el equilibrio narcisista, que queda vulnerado. El retorno de la ley se da en la falta de excepcionalidad y el cambio de signo en el doble se pone de manifiesto tanto en la gente que la lleva por delante como en la terapeuta ante quien se

propone como objeto de investigación. En estos dos puntos se pone en evidencia el fracaso de la defensa en la oposición contra la realidad y la ley.

En cuanto a la represión como defensa frente a deseos, parece no estar destinada a impedir el surgimiento de la angustia ligada a un deseo sino más bien al servicio de la desmentida de un juicio ligado a la frustración que impone la realidad, de ese otro exterior al aparato psíquico que es el cuerpo.

En relación con la desestimación del afecto, puede entenderse a partir de la definición general del mecanismo, la oposición a lo nuevo. Cuando lo nuevo es el afecto, la desestimación que se opone a él (eliminando al sujeto del sentir) suele ser el complemento de la desmentida o de la desestimación de la realidad y de la instancia paterna. Esta defensa también puede ser exitosa o fracasar. Si es exitosa, el paciente mantiene su equilibrio narcisista, mientras que si fracasa puede caer la ilusión de omnipotencia, pero no por ello retornar el afecto abolido. Lo desestimado retorna bajo la forma de intrusión orgánica y de dolor somático (el lenguaje del erotismo aparece como predominante en el análisis del relato). También observamos que hay un retorno del afecto desestimado acompañado de un estado de dolor orgánico y de angustia. Es decir que en este fragmento aparece no sólo el fracaso de la desmentida sino el retorno del sentir desestimado.

5. Análisis clínico de la sesión

Esta es una sesión atípica en el curso del análisis de Teresa, dado que a lo largo de la misma se pone de manifiesto el estado traumático subyacente. Cuando se agudiza la hemorragia libidinal, se ponen de manifiesto las distintas líneas expuestas por Roitman (1999) para describir el desarrollo psíquico escindido:

- 1) desinvertidura de la realidad hacia el yo corporal y la estasis de las pulsiones de autoconservación, con las pulsiones libidinales en anaclisis. Se observa a lo largo de toda la sesión, junto con una tendencia a abandonarse, a dejarse caer.
- 2) se refiere a los intentos de tramitar dicha tensión mediante la alteración interna, en el marco de un masoquismo erótico intracorporal. Se observa en el Relato 2 cuando se expone a situaciones de riesgo físico.
- 3) corresponde a la sobreinvertidura defensiva de la percepción exterior, distal. Se observa por ejemplo, cuando intenta ofrecerse como objeto de investigación
- 4) se basa en el énfasis en la acción específica. Esta última suele promover un ideal del yo y un superyo que conducen por sobrecompensación, a un refuerzo de la sobreadaptación. Esto es lo que ocurre en Teresa, cuando sobreinveste el pensar.

Hacia el final de la sesión (los fragmentos F2, F3, F4 y F5) la paciente liga la escena inicial con su historia, en donde señala:

- 1) su dificultad para tomar contacto con sus propios estados, tanto físicos como psíquicos,
- 2) la dependencia de otro que pueda captarlos empáticamente: *"(...) hay veces en que ni siquiera sé qué es pedir auxilio. Y entonces dependo de que el otro se de cuenta"*,
- 3) su dificultad para comunicar estados de dolor físico,
- 4) su dificultad para comunicar estados de dolor psíquico,

5) su dificultad para rectificar una atribución materna equivocada, y violenta acerca de sus propios estados: *“Pero las situaciones en las que yo sigo sin saber cómo reaccionar es cuando esa otra persona está absolutamente convencida de que me registra, no?, de que...: “yo sé lo que vos necesitás”, y acto seguido agachate porque después viene el golpe”; (...)* *“como decía mi mamá, te lo puedo decir ahora, “yo estaba absolutamente convencida de que estaba haciendo lo que a vos más te convenía”, y yo estaba sufriendo...”*.

6) Los otros significativos como destinatarios de la bronca impotente por no ser captada de manera empática.

En estos párrafos finales de la sesión se observa cómo frente a la caída de la defensa, aparece un dolor hemorrágico, frente a una vivencia de haber tenido con su madre, omnipotente, un vínculo de violencia psíquica, en donde ella debía adaptarse para lograr ser investida. Pareciera que el vínculo de Teresa con su madre alternara entre dos riesgos: uno, ser desestimada y otro, que su madre perdiera su omnipotencia. Así, pareciera buscar no sólo la mirada de la madre para existir sino que también pareciera colocarse en un lugar tal de permitir a su madre desmentir sus dificultades físicas. Esto podemos pensarlo a la luz de la teoría del desvalimiento, que encuentra su complemento en el estudio de las estructuras narcisistas, en que predomina un vínculo con un doble, que a modo de formación sustitutiva es el garante de una fallida identificación primaria del sujeto. Queda de manifiesto un estado traumático, en donde el dolor físico cobra un valor de pulsión, del cual es imposible fugarse.