

El erotismo sádico anal primario y la desmentida en la escena psicoanalítica
Investigación sobre la intersubjetividad en la clínica con el algoritmo David Liberman (ADL)
David Maldavsky

Una investigación sistemática con el ADL

En el libro aún inédito, La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Una investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), que escribí con casi treinta colaboradores, estudiamos diez primeras sesiones correspondientes a cuatro terapeutas: seis de los pacientes con el Terapeuta A, una con la Terapeuta B, otra con la Terapeuta C, y otros dos con el Terapeuta D. Cada estudio tiene la misma estructura: 1) relato detallado de la sesión, 2) análisis del discurso del paciente (lo cual implica considerar las relaciones extratransferenciales del paciente y el vínculo con el terapeuta), 3) análisis del discurso del terapeuta (lo cual implica tomar en cuenta sus intervenciones introductorias, centrales y complementarias), 4) contribuciones e interferencias del paciente al trabajo clínico, contratransferencia, árbol de decisiones clínicas. En todos los casos intentamos detectar las erogeneidades y las defensas dominantes en paciente y terapeuta.

En nuestra investigación aplicamos el algoritmo David Liberman (ADL), un método de investigación 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 incluye: libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). 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. 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, en las patologías psicosomáticas y adictivas, en las traumatofiliias 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. Si se desea estudiar la relación transferencial, es conveniente prestar atención a las escenas desplegadas al hablar (actos del habla). Si se desea estudiar las relaciones extratransferenciales, es conveniente prestar atención a las escenas que el paciente narra.

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. 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.

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, el ADL está diseñado además para detectar su estado (exitoso, fracasado, etc.). Con los instrumentos del ADL (grillas, 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.

Reseña de algunas conclusiones de la investigación

Entre las múltiples conclusiones que es posible extraer del estudio de estas diez primeras sesiones con el ADL una tiene valor pronóstico: si durante la primera sesión el paciente mantiene o desarrolla una defensa patógena que no cambia como consecuencia del intercambio con el terapeuta, el tratamiento no habrá de prosperar y será interrumpido en un plazo relativamente corto.

Otras conclusiones conciernen a los rasgos caracterológicos del paciente y sus efectos en su propia estructura psíquica y en el vínculo. En cuanto a los efectos de los rasgos caracterológicos del paciente sobre la propia estructura psíquica, uno tiene gran importancia: el desarrollo de un componente tóxico. Este parece derivar de que el rasgo patológico de carácter interfiere en la fluidez del procesamiento de las exigencias pulsionales y tiende a promover un cierto grado de estasis pulsional. Sobre todo importa que en dichos pacientes suele darse un momento inicial de triunfo narcisista secreto cuando la defensa (habitualmente la desmentida) es exitosa y permite que se mantenga un estado de repliegue, a lo cual sigue un arruinamiento de dicho triunfo, no continuado necesariamente de una reconexión con la realidad. En este repliegue (carente de fluidez para el procesamiento pulsional) con un triunfo narcisista arruinado se desarrolla, precisamente, la situación tóxica ya mencionada. En cuanto a los efectos de estos rasgos patológicos de carácter sobre los vínculos, el más notorio es que tienden a promover que el terapeuta ocupe, de una manera inadvertida, la posición de un personaje en una escena traumática del paciente.

También estudiamos sesiones ulteriores de algunos de estos mismos pacientes para investigar los caminos del cambio clínico. Fue posible advertir que estos cambios siguen dos orientaciones confluyentes: por un lado, el núcleo

patógeno originario disminuye su amplitud en la vida psíquica, y deja un espacio para que otras erogeneidades y defensas, no patógenas, ocupen un lugar en el discurso del paciente; por otro lado, las erogeneidades previamente procesadas con defensas patógenas pasan a ser elaboradas con mecanismos menos costosos.

Existen otros hallazgos, correspondientes a las complementariedades estilísticas, a las secuencias sistemáticas de intervenciones de los terapeutas, etc., que preferimos no mencionar aquí, ya que tal vez nos desviaríamos de nuestra meta.

La eficacia intersubjetiva de A1 y la desmentida en la primera sesión

Hecho este resumen de algunas de las conclusiones del libro, que hacen de marco de este trabajo, deseo concentrarme en algunos sectores de la investigación que atañen a la importancia de A1 acompañado de una desmentida patógena, es decir, el conjunto que suele adjudicarse a pacientes con una caracterología desafiante, trasgresora, como algunas perversiones, psicopatías, etc. Habitualmente el análisis con el ADL arroja resultados multivariados, lo cual permite advertir que a veces A1 y la desmentida ocupan la posición dominante y en otros casos ocupan un lugar secundario, pero eficaz. En el primer caso (A1 y la desmentida como dominantes) aludimos estrictamente a una caracterología desafiante, trasgresora, mientras que en el segundo caso (A1 y la desmentida como complementos) esta misma estructura sigue siendo eficaz, pero en organizaciones psíquicas con otras características. En lo que sigue deseamos presentar tres casos en los cuales este mismo conjunto (A1 y desmentida) ocupa diferente lugar en la organización psíquica y vincular y se combina de manera diversa con el atrapamiento clínico del terapeuta en una escena traumática del paciente.

Norberto: Atrapamiento del terapeuta en una contradicción pragmática del paciente

Norberto comenzó la primera sesión diciendo que, pese a no tener título universitario, ocupaba el cargo de director administrativo y técnico en un área de la atención de niños y adolescentes a cargo de la justicia en una ciudad de Corrientes. Si bien solía aceptar las sugerencias de los profesionales, él tenía la responsabilidad y la firma, y por momentos se desorientaba y desordenaba. Recurría con frecuencia a prácticas homosexuales promiscuas para descargar las tensiones laborales, y esto le interfería el acercamiento a la esposa, con la cual no tenía relaciones sexuales desde hacía dos años. Su esposa le reclamaba tibiamente por ello. Hacia el final de la sesión, el terapeuta se refirió con cautela a la tendencia desafiante y manipuladora del paciente. El paciente aceptó (“aja”, “seguro”) las intervenciones del terapeuta, el cual se quedó preocupado pensando que había sido demasiado enérgico y algo apresurado. La preocupación del terapeuta parecía infundida: Norberto escuchó sus interpretaciones como si se tratara de algo conocido para él, incluso fue él quien propuso la palabra “manipulación” para referirse a sus propias prácticas en

diferentes situaciones sociales e institucionales, y solo luego el terapeuta usó el término.

Es posible inferir que el terapeuta quedó atrapado en la confesión que le hizo el paciente al comienzo de la hora: él ocupaba un cargo para el cual no estaba habilitado. Quien escucha una confesión de actos reñidos con las normas consensuales se encuentra atrapado entre dos órdenes contradictorias, de diferente grado de abstracción; 1) esto debo denunciarlo (para no ser cómplice), 2) no puedo ser infidente. La primera orden, más general, deriva de valores cívicos, la segunda, de valores propios de la ética profesional. Además, es imposible 1) cuestionar la contradicción y 2) fugar de la situación, todo lo cual corresponde al atrapamiento pragmático, que prevalece cuando predominan A1 y la desmentida. La cautela del terapeuta al interpretar y su visión autocrítica al finalizar la hora ponen en evidencia una posición ingenua. Es decir, en el terapeuta se desarrollaban FU (cautela) y la represión, mientras que, como ya indicamos, en el paciente prevalecía A1 y la desmentida.

Recordemos que Freud sostenía que las neurosis son el negativo de la perversión, y que en los hombres prevalece la perversión mientras que en las mujeres predomina la neurosis. Como en las perversiones el mecanismo central es la desmentida; y en las neurosis de transferencia, la represión, podemos pensar que en los vínculos, por ejemplo en una pareja, se da una relación entre dos corrientes psíquicas, una de ellas neurótica (represión), sostenida por una mujer, y la otra perversa (desmentida), sostenida por el hombre. Algo de ello se dio en esta ocasión, en que el paciente mantenía la posición de A1 y la desmentida, y el terapeuta, la de FU y la represión. Tal vez en ese momento el terapeuta ocupara ante Norberto una posición similar a la de su esposa. La intervención pertinente hubiera sido, quizá, de tipo A2, con una estructura "si...entonces": si usted continúa con su práctica manipuladora, no podrá alcanzar su meta de acercarse sexualmente a su esposa. En tal caso, la intervención A1 del terapeuta hubiera tenido solo una función introductoria, mientras que la intervención central hubiera sido A2.

Corina: Inducción por la paciente de intervenciones clínicas A1 no pertinentes de la terapeuta

En su primera sesión, Corina se explayó largamente sobre su conflicto con el novio, quien desde hacía varios años postergaba la decisión de casarse con ella. La paciente se colocaba en una posición comprensiva y sacrificial, y aducía, para justificarlo, que él había sufrido mucho en la infancia. Su madre y sus amigas, a su vez, se enojaban con el novio de Corina y lo atacaban, y esta trataba de atemperar las críticas que le hacían con los mismos argumentos: él había sufrido mucho, había que comprenderlo, etc. En determinado momento relató que en las reuniones con amigos de ambos, el novio tendía a maltratarla para que sus amigos se rieran a costa de ella.

El largo parlamento sacrificial de la paciente del comienzo de la primera sesión corresponde a O2 y la desmentida, pero cuando aludió a la escena del maltrato por el novio, hubo un cambio: O2 fue sustituido por A1 (denuncia), también acompañado por la desmentida. Ante ello la terapeuta, que hasta ese

momento había hecho intervenciones centradas en el establecimiento de nexos y el énfasis en la racionalidad, pasó a realizar una extensa secuencia de denuncias (A1 acompañado por la desmentida) contra el novio: él la maltrataba, era egoísta, etc. La paciente respondió a estas intervenciones enfatizando su actitud previa, tolerante y comprensiva, sacrificial (O2 y la desmentida). En la escena de la sesión, la terapeuta pasó a ocupar el mismo lugar de aquellos familiares y amigos que se enojaban con el novio de Corina y lo atacaban. Por fin la terapeuta se rescató de esta propuesta y pasó otra vez a realizar intervenciones centradas en la racionalidad, etc. Pero durante el período en que en ella prevaleció la denuncia contra el novio de Corina, se daba este nexo intersubjetivo: mientras en la paciente predominaban O2 y la desmentida exitosa, en la terapeuta prevalecían A1 y la misma defensa. En este caso, paciente y terapeuta tenían la misma defensa, aunque combinada con diferente erogeneidad.

Sabemos que en aquellos pacientes en quienes predominan O2 y la desmentida, ocurrió una regresión en que A1 (sentimiento de venganza e injusticia) fue sustituido por el énfasis en el sacrificio, el amor, etc. Suele ocurrir entonces que A1 tienda a ser desarrollado por algún personaje del entorno, inducido por el discurso del paciente, como ocurrió en este caso.

Carmen: Una intervención A1 pertinente de la terapeuta

Carmen relató en su primera sesión que estaba de novia con Pedro hacía varios años. Los padres no aceptaban a Pedro, al que habían visto una sola vez. Durante todos estos años Pedro y ella se veían a escondidas de los padres de Carmen. Ahora Pedro y ella habían comenzado a vivir juntos y ella temía que ya no podría mantener en secreto el vínculo y que sus padres se enojarían al descubrirlo. La terapeuta le preguntó si la decisión de vivir juntos había sido tomada de común acuerdo. Carmen dijo que no, que había sido una decisión unilateral de Pedro, que fue a vivir al departamento que ella acababa de alquilar para mudarse allí. Y tras una pausa volvió a insistir en que sus padres eran autoritarios y que habría una fuerte pelea. La terapeuta indagó largamente la relación de la paciente con sus padres sin que Carmen aportara anécdotas que justificaran sus temores. Las relaciones con los padres se caracterizaban por la recíproca evitación. Finalmente la terapeuta le dijo a la paciente que ella no contaba los hechos y que así no podría trabajar. La paciente aceptó esta intervención y poco después la terapeuta volvió sobre la pregunta acerca de la decisión de vivir juntos. Entonces la paciente insistió en que Pedro decidió unilateralmente mudarse al departamento de ella, y agregó que él había sido adicto, que tuvo varias internaciones y que ahora estaba curado.

En este caso, la conducta evitativa exitosa de Carmen con sus padres se repitió durante un fragmento de la sesión. Tal conducta corresponde a FU y la defensa caracterológica exitosa. En relación con sus padres esta conducta estaba acompañada de una práctica erótica desafiante secreta con Pedro, en la cual se evidenciaba la eficacia de A1 y la desmentida exitosa. En este caso A1 y la desmentida quedaban subordinadas a FU y la defensa caracterológica. Durante la sesión esta conducta evasiva exitosa se acompañó de una tendencia

a desorientar a su terapeuta, lo cual también corresponde a FU y la defensa caracterológica. En dicha escena paciente y terapeuta coincidían en cuanto a la erogeneidad y la defensa, ya que en ambas prevalecían FU y la defensa caracterológica, pero en ella la paciente ocupaba una posición eufórica, ya que tenía éxito en la evitación, y la terapeuta una posición disfórica, ya que permanecía en un estado de desorientación, como los padres de Carmen. Hasta que la terapeuta denunció la estrategia evitativa de Carmen y logró rescatarse de la escena de atrapamiento clínico. Su intervención (denuncia) corresponde a A1, acompañada de una defensa acorde a fines, y fue pertinente.

Es posible advertir que en sus relaciones extratransferenciales Carmen había mantenido esta defensa caracterológica evitativa exitosa durante bastante tiempo, no solo ante sus padres, sino también ante el novio, pero cuando consultó esta había fracasado. Por un lado, no podía seguir evitando mostrar el novio a los padres, y por otro lado (y este era el punto central), su novio había acortado excesivamente las distancias al instalarse en el departamento de la paciente, y este parecía ser el núcleo del problema. Así que la defensa caracterológica finalmente fracasó tanto en sesión como fuera de ella, en sus relaciones extratransferenciales.

Atrapamientos clínicos, distribuciones posicionales de paciente y terapeuta y eficacia de A1

Advertimos que en las tres primeras sesiones se dieron atrapamientos clínicos en que el terapeuta pasó a ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Con Norberto, el terapeuta fue objeto de manipulación, como otros personajes de su mundo extratransferencial, sobre todo la esposa. Con Corina, la terapeuta no pudo sustraerse de la tendencia a atacar al novio de la paciente, como lo hacían amigos y familiares de esta. Con Carmen, la terapeuta pasó por momentos de desorientación, como los padres de la paciente, como consecuencia de la estrategia evitativa de esta última. Nos encontramos con tres tipos diferentes de atrapamiento clínico. Norberto y su terapeuta diferían en cuanto a erogeneidades y defensas (A1 y la desmentida para el paciente, FU y la represión, para el terapeuta), Corina y su terapeuta diferían en cuanto a erogeneidades (O2 en la paciente, A1 en la terapeuta), pero coincidían en cuanto a la defensa (desmentida), y Carmen y su terapeuta coincidían en cuanto a erogeneidades y defensa (FU y la defensa caracterológica) y diferían solo en el estado (exitoso o fracasado) de dicha defensa.

Es posible esquematizar las tres alternativas:

		Paciente	Terapeuta
1. Norberto	Erogeneidad	Diferente	
	Defensa	Diferente	
2. Corina	Erogeneidad	Diferente	
	Defensa	La misma	
3. Carmen	Erogeneidad	La misma	
	Defensa	La misma	

En las tres primeras sesiones recién comentadas, A1 y la desmentida tiene su peso en la escena. No solo el paciente desarrolla este lenguaje sino que también lo promueve en el terapeuta. En efecto, el terapeuta de Norberto denunció al paciente (A1) en cuanto a sus prácticas manipuladoras y su intervención fue solo parcialmente pertinente, y la terapeuta de Corina hizo otro tanto contra el novio de la paciente, de manera no pertinente. En ambos casos la defensa (desmentida) del paciente era exitosa, y continuó siéndolo. Solo con Carmen la denuncia (A1) del terapeuta fue pertinente, ya que esta era secundaria a una defensa caracterológica (FU y represión + desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante) exitosa que, ante la intervención de la terapeuta, quedó parcialmente removida.

Así, pues, podemos advertir que A1 y la desmentida se desarrollan en el paciente pero que también puede ser inducida en las intervenciones del terapeuta. Así suele ocurrir cuando se dan atrapamientos clínicos en los cuales el terapeuta es inducido por las estrategias defensivas contenidas en los actos del habla del paciente.

Cabe agregar, además, que en los tres casos aparecieron componentes tóxicos acompañantes. En Norberto, estos eran evidentes en las manifestaciones catárticas homosexuales, que tenían como función descargar tensión. Corina, a su vez, desarrolló varias manifestaciones psicósomáticas y un insomnio persistente, y Carmen, por su parte, a lo largo de la sesión acompañó sus actos del habla con risas, exhalaciones de aire e inspiraciones tensas. Estos componentes perduraron durante toda la extensa primera parte de la sesión en que sus técnicas evitativas lograron desorientar a la terapeuta. En tal caso, la condición tóxica se daba no solo en su apego a un novio adicto sino en la escena misma de la sesión.

Respecto de las tres alternativas ya mencionadas de distribuciones posicionales entre paciente y terapeuta cuando predominan los atrapamientos clínicos intersubjetivos en sesión, es posible que el cuadro expuesto poco más arriba pueda generalizarse a un grupo mucho más amplio. Es posible que en este cuadro esté representado lo nuclear de la categorización de los atrapamientos intersubjetivos en sesión, y que requiera solo de pocos complementos como podría ser que ambos interlocutores tengan una misma erogeneidad (por ejemplo, O1) y diferente defensa patógena (por ejemplo, desmentida y desestimación). Además, tal vez esta categorización puede extenderse a otras relaciones de atrapamiento intersubjetivo, fuera de sesión.

A este conjunto es conveniente agregar otras alternativas, que se presentan cuando no prevalece el atrapamiento intersubjetivo en sesión, circunstancias en las cuales predominan en el terapeuta defensas acordes a fines o inclusive la creatividad.