

FEPAL

III Congreso Latinoamericano de Investigación: “Psicoanálisis y Psicoterapia”
Trabajos de Investigación empírica
Montevideo del 20 al 28 de setiembre de 2002.

Título del trabajo: Pautas de “evolución clínica” en una paciente aplicando el
Algoritmo David Liberman

Autora: Cristina Tate de Stanley.

El propósito de la presente investigación, es el de constatar la “evolución clínica” de una paciente tratada con terapia medicamentosa y psicoterapéutica, utilizando el método Algoritmo David Liberman.

Dicho método de investigación, analiza las manifestaciones clínicas del paciente, considerando el nivel del discurso, como expresión de las pulsiones y el modo como éstas son modificadas por las defensas.

Considera siete erogeneidades: oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fállico uretral y fállico genital, a las que el autor les adiciona la fijación a la libido intrasomática. En cuanto a las defensas, toma en cuenta básicamente: la represión, la desmentida y la desestimación de la realidad, de la instancia paterna y de los afectos.

Aplicamos el método a dos entrevistas clínicas realizadas a una paciente adulta del sexo femenino con un intervalo de seis meses entre la primera y la segunda de las mismas.

En el presente trabajo nos centraremos en el nivel macro del método y en particular, en las secuencias narrativas, las que conforman cinco momentos, de los cuales, dos son estados (inicial y final) y tres son transformaciones intermedias. La primera se refiere a un estado de equilibrio quebrado por 2) el despertar de un deseo, que genera tensión, al que le sigue 3) un intento de resolverlo, 4) las consecuencias de esa tentativa y 5) un estado final derivado de las transformaciones precedentes, que tiene a su vez dos versiones, una eufórica, de logro y otra disfórica, de fracaso. Las mismas adquieren cualidades específicas según el tipo de erogeneidad en juego, lo que se encuentra también cualificado.

En dichas secuencias narrativas, la defensa determina la posición del narrador en el episodio relatado. Esta forma de encarar la defensa, pertenece al terreno de la retórica, ya que la escena es canónica y la posición subjetiva del narrador le otorga sus características específicas.

Para este método, el concepto de “evolución clínica”, estaría vinculado al tipo de defensa dominante y al cambio de una defensa por otra, como así también, a la coexistencia de varios lenguajes de pulsión en un mismo discurso con la prevalencia relativa de algunos de ellos. Esta pauta constituiría un indicador de la capacidad yoica en la tramitación de las exigencias pulsionales.

Presentación del material clínico:

Los datos que poseemos de la paciente son los siguientes: Sexo femenino, 74 años de edad, viuda. En la primera de las dos entrevistas, vivía con su hermano enfermo mental, quien por lo que se deduce de la segunda entrevista habría fallecido en ese lapso de tiempo. El motivo de consulta inicial fue trastornos de la memoria, observándose asimismo la fijación a ideas sobrevaloradas de tipo persecutorias y constelaciones ideativas referidas a aparatos mediante los cuales se la hacía objeto de influencias y persecuciones. Se indicó una Tomografía encefálica computada que informó atrofia general difusa.

Dada la extensión del material con el que hemos trabajado, el mismo será entregado a la concurrencia, previo a la exposición, a fin de poder tanto seguir el curso de la investigación, como de intercambiar opiniones. En el presente escrito, sólo daremos breves ejemplos del material a considerar.

Pautas de “evolución clínica” en el material analizado:

Dentro del marco de este método reviste interés la comparación de fragmentos entre sí, como por ejemplo los comienzos y finales de las sesiones o los momentos en que se evidencia la transferencia. Lo que a su vez constituye una apreciación compartida por una gran cantidad de psicoanalistas que nos aportan su experiencia clínica.

En el comienzo de la primera entrevista la paciente relataba: “Agredir yo... insultan y quieren que me vaya del edificio... Ellos tienen una computadora... control remoto”, lo que constituía una formación delirante (esquizo-paranoide) y dentro de las secuencias narrativas que el método considera, correspondería al momento del surgimiento de la tensión para la fijación anal primaria, en la que estos sujetos, supuestamente abusadores e injustos quiebran un estado jurídico de equilibrio natural, que sería por ejemplo, la convivencia según las reglas de los buenos vecinos, siendo la posición de la paciente la de ser objeto pasivo de dichas amenazas. Dicha escena continúa luego como la tentativa de consumir un deseo de la lógica oral primaria, ya que mediante un delirio y una alucinación auditiva accede a una verdad. El mecanismo defensivo predominante es la desestimación de la realidad.

En el último fragmento de la primera alude a los vecinos que “provocan problemas con la luz... se baja, se baja, ... tengo mucho miedo. No sé si le sirve Dr., para que usted juzgue que condición tengo como incondicional, no?”. Todo este pasaje, que hemos abreviado, correspondería al estado final de la fijación a la libido intrasomática, la percepción de su enfermedad orgánica y el estado de terror que esto le produce. Luego ubica al terapeuta como poseedor de la verdad (estado inicial en el lenguaje oral primario).

En la segunda de las entrevistas comienza diciendo: “Bueno, Dr. tengo que...”, la presencia de esta estructura frase, marca la presencia del lenguaje anal secundario, el que junto al fálico uretral “poco a poco, poquito” y el fálico genital “muchísima satisfacción”, van a tener una presencia decisiva en esta entrevista, señalando el mecanismo de la represión trófica, a diferencia de la primera de ellas.

En el final de la segunda, evoca la muerte de sus seres queridos, intenta recurrir al mecanismo de desmentida “estoy como si... mi hermano viviera”, pero está el “como sí” y

por otra parte podemos considerar su última frase “tan fea..muerte fea,fea” que surgen como expresión del erotismo fálico genital en su versión disfórica.

Por último, podríamos conjeturar el lugar trasferencial otorgado a su terapeuta, como un ordenador empático, lo que junto con el acierto en las intervenciones y en la medicación indicada, han permitido este progreso clínico notable, apareciendo en la paciente los lenguajes del erotismo complementarios óptimos, tal como el fálico genital lo es del oral primario habiendo variado asimismo sus mecanismos defensivos por otros no patógenos.

Bibliografía:

- 1) Bodni, Osvaldo y otros: “Ponencias en el Congreso de FEPAL. Investigaciones en psicoanálisis”. Gramado 2000.
- 2) Freud, Sigmund (1905) “Tres ensayos de teoría sexual”. A.E. Vol 7.
- 3) Freud, “ (1915) “Pulsiones y destinos de pulsión” A.E. Vol 14.
- 4) Freud, “ (1917) “Conferencia 21” A.E. Vol 15.
- 5) Freud, “ (1924) “Neurosis y psicosis” A.E. Vol 19.
- 6) Freud, “ (1924) “El sepultamiento del Complejo de Edipo” A.E. Vol 19.
- 7) Freud, “ (1926) “El Yo y el Ello”. A.E. Vol 19.
- 8) Freud, “ (1926) “Inhibición, síntoma y angustia” A.E. Vol 20.
- 9) Liberman, David (1970) “Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico Nueva Visión.
- 10) Liberman, “ y Maldavsky, David (1975) “Psicoanálisis y semiótica” Paidós.
- 11) Liberman, “ (1976) “Comunicación y psicoanálisis”. Alex editor.
- 12) Maldavsky, David (1999) “Lenguajes del erotismo”. Nueva Visión.
- 13) Maldavsky, “ (2000) Lenguajes, pulsiones, defensas”. Nueva Visión.
- 14) Maldavsky, “ y otros (2001) “Investigaciones en procesos psicoanalíticos”. Nueva Visión.
- 15) Tate de Stanley, M Cristina y otros: “Ponencias en el Congreso de FEPAL”. Gramado 2000.
- 16) Tate de Stanley, “ “ :coautora del libro citado en 14).