

**Maldavsky, D. et. al., (2007e), Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL), *Revista Acta Psiquiátrica*, 96-110.**

## Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL)

David Maldavsky\*, J. Cantis, R. de Durán y H. García Grigera

En este trabajo expondremos y analizaremos una primera entrevista con un paciente afásico. Aplicando el algoritmo David Liberman (ADL) estudiaremos primero el discurso del paciente y luego el del terapeuta. Respecto del paciente, enfocaremos tanto las escenas relatadas (que permiten investigar las relaciones extratransferenciales) cuanto las escenas desplegadas en sesión como actos del habla (que permiten investigar las relaciones intra-sesión). Respecto del terapeuta estudiaremos sus intervenciones tomando en cuenta su eficacia y el riesgo de que este pase a ocupar el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Luego nos concentraremos en las perturbaciones lingüísticas del paciente, que intentaremos ligar con la eficacia de su sistema defensivo. Por fin, en la discusión, procuraremos reunir el análisis de este caso con el de otros pacientes afásicos, para considerar problemas teóricos y clínicos que estas patologías ponen de relieve.

### Método

El método empleado para realizar estas investigaciones es el algoritmo David Liberman (ADL), diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas en el discurso. El ADL toma en cuenta tres niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) palabras. Tanto en el relato como en los actos del habla es posible detectar escenas. Las primeras son narradas, y las segundas se despliegan al hablar. El análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente. El estudio de los actos del habla permite investigar la relación transferencial. El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta 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 (Freud, 1926d).

En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia. La desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995a; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofilias 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.

---

\* Director del Doctorado de Psicología, UCES

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

Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar. El método permite investigar los conflictos del paciente en los terrenos tanto transferencial cuanto extratransferencial (con padres, socios, hijos, etc.). Para el estudio de las relaciones extratransferenciales es conveniente tomar en cuenta el relato del paciente. Para el estudio de la relación transferencial es conveniente tomar en cuenta los actos del habla.

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

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

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

Esquema de las escenas inherentes a las secuencias narrativas de cada lenguaje del erotismo

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

## Muestra

Eduardo (69 años) fue operado en mayo del 2006 para realizarle un reemplazo de la válvula aórtica. Sufrió un paro cardiorrespiratorio de 20 minutos. Desde entonces tiene problemas para expresarse, olvidos esporádicos y desorientación témporo espacial. Tres años antes de esta operación al paciente le habían realizado un triple by pass. A ambas intervenciones cardíacas llegó con un alto grado de excitación nerviosa. Actualmente sufre de hipertensión arterial y fuma con frecuencia. Se le ha diagnosticado un deterioro cognitivo global severo con compromiso funcional compatible con una enfermedad mental degenerativa de tipo cortical. El paciente había realizado todo tipo de tratamiento, que abandonaba al poco tiempo. En la entrevista con los familiares (los dos hijos y la esposa de Eduardo) se hizo evidente que la esposa tendía a infantilizar al paciente y a incrementar la dependencia de Eduardo con ella. Hacía 15 años Eduardo tuvo un cuadro de depresión con intervención psiquiátrica. Se encerró en la casa y se quedaba callado. Había tenido varios fracasos en actividades laborales. Antes de la operación trabajaba como taxista de noche. En una oportunidad fue narcotizado y robado por una mujer en un confuso episodio.

1\*\*\*. Ante las preguntas del terapeuta dice “que tuvo una operación en el corazón y... por unos minutos no pude hablar”. Al articular los sonidos, lentifica la pronunciación, como si la lengua se quedara pegada a la zona de articulación. Afirma que la operación ocurrió cuatro años atrás. Después empezó con una terapia de rehabilitación para caminar. En el presente “no no doy doy para tocar”. La operación ocurrió simultáneamente con la detección de su problema valvular. Una válvula “no regaba normal”. Ante otras preguntas del entrevistador afirma que antes no tuvo otro problema cardíaco.

2. El terapeuta le pregunta cómo se sintió cuando se fue a operar, y si tuvo problemas antes de la operación. Eduardo responde que no y, tras unas frases no inteligibles (por dificultades articulatorias, aunque ya no con la lentificación por tener la lengua pegada al paladar), relata que debió pedir turno para operarse, “nada más”. Durante la operación surgieron dificultades y estuvo tres días internado. Recuerda que cuando salió de la internación no podía caminar, “nada más”.

3. El terapeuta le pregunta qué problemas tiene en el presente y el paciente alude a sus limitaciones para caminar. Aclara: “caminar es relativo”. El entrevistador le pregunta si entiende cuando se le habla o hay partes que no entiende. El paciente responde que algunas partes “no me acostumbro ahora”. No se acostumbra a recordar, pierde la memoria.

4. El terapeuta le pregunta cómo se siente cuando pierde la memoria. El paciente responde: “No, no, nada”, pero ante la insistencia del terapeuta agrega que cree que se pone triste. El terapeuta le dice que cuando hablaba de la memoria ante él tenía cara triste. El paciente responde: “No sé”.

5. El terapeuta le pregunta si cuando se pone triste se encierra y el paciente dice: “Creo que no hablo”. Ante nuevas preguntas del terapeuta dice que no recuerda si esto le pasaba antes de la operación.

---

\*\*\* La fragmentación de la sesión tiene como meta facilitar el análisis de las escenas desplegadas por paciente y terapeuta. El criterio para la fragmentación se basa en los cambios en las intervenciones del terapeuta.

\*6. Tras un silencio, ante la pregunta del terapeuta el paciente dice que en ese momento en sesión no piensa nada. El terapeuta lo invita a contar algo que tenga ganas, y el paciente responde: “No, no”, y luego queda en silencio. El terapeuta concluye que Eduardo prefiere que él le pregunte y el paciente acepta. El terapeuta le pregunta si en la casa está callado, y el paciente responde que siempre lo está; que antes también fue así, no le gusta hablar, no sabe por qué.

7. El terapeuta le pregunta por la relación con la esposa y el paciente responde que después de enfermarse la relación con ella se aplacó, él la busca, la mima. No recuerda cómo era antes esta relación. El terapeuta le dice que el hijo le contó que a veces Eduardo lo visita durante los fines de semana, y ante las preguntas del terapeuta, el paciente aclara lacónicamente que le gusta ir y que allá cambia de vida. Ahora el paciente vive en una casa nueva, donde está como en el campo. Repite los mismos sonidos inarticulados del fragmento 2. Ante los pedidos de aclaración del terapeuta dice que vive en una casa. Rectifica una versión que el terapeuta da de su vivienda actual (en el campo) y agrega que antes vivió como en el campo y que su hijo vive así. Siempre que pudo el paciente hizo vida de playa o de campo. El terapeuta acota: la vida que sería natural, y el paciente confirma. El terapeuta le pregunta por la relación con su hija. El paciente responde que él la ve bien, y que la frecuenta menos que a su hijo. Ella se siente feliz de estar casada.

8. El terapeuta le pregunta cómo es un día suyo. El paciente dice que se levanta a las 10 hs, desayuna, camina un poco, “siempre acompañando la pierna que no me da”. Ante las preguntas del terapeuta agrega que él espera, para comer. El terapeuta le pregunta si sale de la casa. El paciente responde: “ ‘Qui’ para salir con un un ‘dotor’. Que empezó a hacer... Para mí, sí, por mí saldría, pero no sé, no me dejan”. Aclara luego que la esposa no lo deja, y que salió con el doctor que lo trata, que un día lo sacó y fueron a tomar un café. A ese doctor no lo volvió a ver, “no me toca ir”. Aclara que es el psiquiatra. Insiste: el doctor lo sacó a la calle. A él le gustó, porque nunca lo hace. Ante las preguntas del terapeuta agrega que nunca lo hace porque tiene desconfianza en él mismo, “que no me sepa ‘verder’, a mí sí, pero...”. Agrega que durante el día está solo, y que le gustaría salir.

9. El terapeuta le dice que quizá con el tiempo tenga un acompañante, un asistente. El paciente asiente, repite los mismos sonidos inarticulados del fragmento 2 y agrega: “Es que salgo y llego a la puerta, me quedo parado, pero no no... Mi persona, para mí lo hago”. El terapeuta comenta que quizá su familia tema que no se pueda cuidar. “O que yo me pueda perder”, agrega el paciente. En medio de los sonidos inarticulados ya descritos el paciente alude al viaje en colectivo y a donde se puede bajar, que él no tiene problemas con eso. Ante preguntas del terapeuta agrega que antes de enfermarse era independiente, extraña manejarse como antes, por todos los lugares. Añade que cuando no está la esposa en la casa no hace nada. Mira televisión o escucha radio. Se desacostumbró de leer. Tiene que leer algo dos o tres veces para que le quede; él trata de recordar.

10. El terapeuta le pregunta si desea iniciar un tratamiento psicoterapéutico y el paciente dice: “Puede ser”. Ante las preguntas del terapeuta dice que se trata con un psiquiatra desde hace mucho y no recuerda por qué. Supone que dejó de salir con él a la

calle porque el psiquiatra no tenía tiempo. Fue hace mucho tiempo atrás, no recuerda. El terapeuta dice que va a ser tratado para trabajar el problema de la memoria que el paciente dice que perdió.

11. Luego el terapeuta le pregunta cómo se sintió durante la consulta y el paciente responde: “bien”, y aclara: “por la forma en que usted me habla”, y agrega que el terapeuta le pregunta por su vida. El terapeuta le propone que haga una psicoterapia y el paciente acuerda.

12. El terapeuta añade que, como el paciente se enfermó, cambiaron muchas cosas, su vida no es la misma, y necesita que lo ayuden a transitar lo que está viviendo. El paciente acepta su comentario. El terapeuta prosigue: la ayuda va a ser para él y para la esposa. El paciente saluda agradeciendo.

En una segunda entrevista Eduardo alude a su mejoría: pudo hablar, no estuvo triste. El terapeuta insiste en la necesidad de un tratamiento y agrega que el paciente se sentía un niño al lado de su esposa. El paciente pide un acompañante para poder salir.

### Análisis del discurso del paciente

#### Análisis del relato

- I.1. Tuvo una operación del corazón porque una válvula no funcionaba bien,
  2. por unos minutos no pudo hablar,
  3. quedó con una dificultad para caminar.
- II.1. Algunas veces no entiende cuando se le habla,
  2. todavía no se acostumbra a recordar, pierde la memoria,
  3. entonces se entristece y no habla.
- III.1. En la casa está siempre callado, no le gusta hablar,
  2. ahora tiene una relación calma con la esposa, la mima.
- IV.1. Cuando podía, iba a la playa o al campo,
  2. ahora él vive en una casa,
  3. su hijo vive en el campo y él lo visita.
- V.1. Su hija está casada y es feliz por ello,
  2. la frecuenta menos que al hijo.
- VI.1. Durante el día queda en la casa, hace quehaceres domésticos,
  2. camina un poco, acompañando a la pierna que no le da.
- VII. 1. La esposa no lo deja salir,
  2. él llega hasta la puerta y se detiene,
  3. él no sale porque le falta confianza, teme perderse.
- VIII.1. Antes de enfermarse era independiente,
  2. extraña manejarse como antes por todos lados.
- IX.1. Cuando no está la esposa en la casa, no hace nada: mira televisión, escucha radio,
  2. se desacostumbró de leer, tiene que leer dos o tres veces para que le quede.

- X.1. Va al psiquiatra desde hace mucho,  
 2. una vez el psiquiatra lo sacó a la calle, fueron a un café,  
 3. a él le gustó.

El relato I corresponde a la operación y su consecuencia inmediata. Respecto de la referencia del paciente a la dificultad para mover la pierna, no se corresponde con los hechos, ya que Eduardo camina normalmente. El relato II expresa las consecuencias ulteriores, vigentes hasta el momento de la consulta, y el estado afectivo derivado de ellas. Los relatos III, VI, VII y X se refieren a su vida cotidiana en la relación matrimonial. Los relatos IV y V expresan su relación con sus hijos, el relato VIII, su capacidad previa para desplazarse por todos lados y el X, su relación con el psiquiatra. Entre ellos, los relatos I, II y III aparecen como organizadores del conjunto. El relato I alude al origen de lo expresado en el relato II, mientras que el III alude a lo nuclear del estado actual. Los relatos restantes corresponden a las consecuencias de lo descrito en los tres primeros o la evocación de lo que en el presente no puede hacer.

He aquí un análisis de las erogeneidades y las defensas en los diez relatos.

I	LI O1	Desestimación del afecto Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Fracasado Fracasado	Central Complementaria
II	O1 O2 A2 FU	Acorde a fines Acorde a fines Acorde a fines Represión	Fracasado Fracasado Fracasado Fracasado	Complementaria Complementaria Central Complementaria
III	LI O2 FU	Desestimación del afecto Acorde a fines Acorde a fines	Exitoso/fracasado Exitoso Exitoso	Complementaria Central Complementaria
IV	FG	Acorde a fines	Exitoso	
V	O2 FU FG	Acorde a fines Acorde a fines Acorde a fines	Exitoso Exitoso Exitoso	Complementaria Central Complementaria
VI	O1 O2 FU FG	Desestimación de la realidad y la instancia paterna Acorde a fines Represión Represión	Fracasado Exitoso Exitoso Fracasado	Complementaria Complementaria Central Complementaria
VII	A1 FU	Acorde a fines Acorde a fines	Exitoso Exitoso	Complementaria Central
VIII	O2 FU	Acorde a fines Acorde a fines	Fracasado Exitoso	Central Complementaria
IX	A2 FU	Acorde a fines Represión	Exitoso Exitoso	Central Complementaria
X	FU FG	Represión Acorde a fines	Exitoso Exitoso	Complementaria Central

Por lo tanto, prevalecen primero LI y la desestimación fracasada del afecto y O1 y la desestimación fracasada con la predominancia de LI (relato I), luego (relato II) tienen hegemonía O2 y A2 y la defensa acorde a fines fracasada (confrontación con su limitación), y por fin (relato III) LI y la desestimación del afecto exitoso/fracasada y O2 y FU y la defensa acorde a fines exitosa (relación actual con la esposa). Los relatos II y III muestran lo principal del estado actual del paciente. En el conjunto, LI (la operación y sus consecuencias orgánicas) es dominante, y O2 (la tristeza) es su consecuencia psíquica. Es conveniente considerar también el valor de O1 y la desestimación fracasada (convicción de que tiene afectado el movimiento de una pierna). Este hecho no es un

efecto orgánico del trauma sino uno psíquico. También son consecuencia del trauma las versiones disfóricas de O1 (no entender), A1 (estar preso), A2 (no recordar) y FU (falta de costumbre). Si bien FU predomina ampliamente desde el punto de vista estadístico, desde el punto de vista lógico prevalecen LI, O1 y O2. LI se acompaña de dos versiones de la desestimación del afecto: fracasada (relato I) y exitoso/fracasada (relato III). Esta última prevalece en el momento actual.

Se advierte que en el paciente se contraponen 1) el encierro en el silencio (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto, O1 y la desestimación fracasada, O2 y A1 y defensa acorde a fines fracasada y A2 y FU, ambos también con defensas acordes a fines fracasadas) y 2) el ser invitado a salir a visitar a sus hijos o el hacerlo acompañado por el psiquiatra, así como la capacidad previa para manejarse solo (en lo cual se combinaron O2, A2, FU y FG con defensas exitosas acordes a fines). Prevalece el encierro silencioso, correspondiente a una corriente psíquica en que domina LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto. También resulta notable la posición en que se ubica el paciente, como compañero de la pierna que supone que no da (relato VI), lo cual corresponde a O1, FU (central) y FG (complementaria). El hecho de colocarse como objeto acompañante de alguien que él supone que no da no da también incluye el relato X. En este se advierte que cuando aparece un personaje que da compañía, el paciente logra salir de su encierro. Algo similar se advierte en los relatos IV y V.

### Análisis de los actos del habla

En el fragmento 1 en el paciente prevalecen 1) referencias a su estado corporal (LI y defensa exitosa acorde a fines) 2) alusiones hipocondríacas (O1 y desestimación fracasada), 3) dificultades para pronunciar palabras (A2 y defensa fracasada acorde a fines combinados con LI y desestimación fracasada del afecto, que es dominante) y relatos de hechos concretos (A2 y defensa exitosa acorde a fines) y 4) autointerrupciones. Prevalece LI. En el fragmento 2 prevalecen los mismos lenguajes y defensas, pero ambos aparecen como respuestas a la pregunta del terapeuta sobre el sentir. Predomina LI y desestimación exitosa del afecto. A ello se agregan la lentificación del habla y las dificultades articulatorias (LI y desestimación fracasada del afecto). Así se combinan dos estados de la misma defensa: exitosa por un lado y fracasada por el otro, con el predominio de esta última. En el fragmento 3 predominan A2 y defensa exitosa acorde a fines. En el fragmento 4 en el paciente se combinan 1) banalización: no siente nada (LI y desestimación exitosa del afecto), 2) referencias a sus estados afectivos (O2 y defensa exitosa acorde a fines) y 3) aparición de dudas y negaciones en relación con los estados afectivos (A2 y represión exitosa). Entre estos lenguajes y defensas se da un conflicto: LI se contraponen a O2, y A2 está al servicio de LI, que es dominante. En el fragmento 5 aparece la misma combinación que en el fragmento 4, con la misma prevalencia de LI y la desestimación del afecto. La banalización corresponde a la desestimación exitosa del afecto. Pero resalta también la referencia a no recordar episodios del pasado (A2 y defensa fracasada acorde a fines combinada con LI y desestimación fracasada del afecto que es dominante). Así que se presentan dos estados distintos de la misma defensa: exitosa (banalización) y fracasada (imposibilidad de recordar), con el predominio de este último. En el fragmento 6 predominan 1) la banalización (LI y la desestimación exitosa del afecto), 2) el relato de hechos generales, no concretos (A2 y represión exitosa) y 3) referencias al gusto (FG y represión exitosa), con el predominio de LI. En el fragmento 7 prevalecen los mismos lenguajes, con el agregado de la referencia al estado afectivo de la hija (O2 y defensa acorde a fines) que resulta prevalente. Otra vez resalta la referencia a la falta de recuerdos de sucesos previos (A2 y defensa fracasada acorde a fines combinados con LI



y desestimación fracasada del afecto, que es prevalente). Sin embargo, el paciente también rectifica (A2 y defensa exitosa acorde a fines) una versión que da el terapeuta de una descripción hecha por el mismo Eduardo. Prevalece finalmente O2. En el fragmento 8 predominan los mismos lenguajes que en el fragmento 6, con la prevalencia de FG y la defensa exitosa acorde a fines. En el fragmento 9 predominan los mismos lenguajes que en el fragmento 7, con la prevalencia de A2. El balbuceo intermedio corresponde a LI y la desestimación fracasada del afecto. En el fragmento 10 prevalecen el no recordar episodios de un pasado inmediato (A2 y la defensa fracasada acorde a fines combinada con LI y desestimación fracasada del afecto, que es dominante). En el fragmento 11 predomina la expresión de un nexo causal (A2 y defensa exitosa acorde a fines). En el fragmento 12 predominan 1) la aceptación del comentario del terapeuta (A2 y defensa exitosa acorde a fines) y 2) el agradecimiento (FG y defensa exitosa acorde a fines). Prevalece FG.

Fragmento 1	LI	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 2	LI	Desestimación del afecto	Fracasado
Fragmento 3	A2	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 4	LI	Desestimación del afecto	Exitoso
Fragmento 5	LI	Desestimación del afecto	Fracasado
Fragmento 6	LI	Desestimación del afecto	Exitoso
Fragmento 7	O2	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 8	FG	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 9	A2	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 10	LI	Desestimación del afecto	Fracasado
Fragmento 11	A2	Acorde a fines	Exitoso
Fragmento 12	FG	Acorde a fines	Exitoso

Puede advertirse que en el paciente prevalecen dos defensas diferentes acompañantes de LI: acorde a fines (fragmento 1) y desestimación del afecto (fragmentos 2, 4, 5, 6 y 10), esta última con dos estados diferentes (fracasado o exitoso) Cuando aparece la desestimación fracasada del afecto (fragmentos 2, 5, 10) simultáneamente el paciente alude a su no saber o su no recordar (A2 y defensa acorde a fines fracasada). El no saber o no recordar no parece tanto consecuencia de una represión cuanto de una desorganización por un trauma. Por lo tanto, en relación con A2 más que la represión exitosa predomina la defensa acorde a fines fracasada, subordinada a LI. Sin embargo, también es posible que parte de los olvidos del paciente sean consecuencia de una pérdida de la realidad, como cuando prevalecen O1 y la desestimación exitosa/fracasada. A diferencia de la convicción de que no puede mover la pierna luego del trauma (que expresa el retorno de lo desestimado, es decir, el fracaso de la defensa), los “olvidos” pueden ser también una expresión de la desestimación exitosa/fracasada. Cuando aparece la desestimación exitosa del afecto (fragmento 4 y 6) predomina la banalización en lugar del sentir (O2). A ello se agrega el laconismo (A2 y represión + defensas caracterológicas exitosas). En cambio, cuando el paciente alude a sus relaciones actuales con la esposa, los hijos e inclusive con el psiquiatra, así como cuando se refiere a la relación con el entrevistador, LI deja de tener el mismo carácter dominante, y prevalecen sobre todo FG y A2, a veces con una defensa acorde a fines (en algunas ocasiones exitosa y en otras fracasada).

Por lo tanto, es posible advertir un conflicto entre por un lado LI y la desestimación exitosa o fracasada del afecto, y por otro lado A2 y FG y la defensa exitosa acorde a fines. Cuando prevalece LI, además A2 se combina con la defensa exitosa acorde a fines o con la represión + defensas caracterológicas. En el curso de la entrevista, el paciente pudo tener mayores recuerdos y pensar. La mudanza ocurrió a partir del fragmento 7, en el cual, pese a aludir a su falta de recuerdos (en relación con el vínculo con su esposa

antes de su operación), luego se refiere a sus hijos y al estado afectivo de la hija. Este cambio se consolidó en los fragmentos siguientes con excepción del 10, en que retorna la referencia central a la falta de recuerdos cuando alude a las razones por las que el psiquiatra no volvió a sacarlo a la calle.

### Escenas relacionadas y desplegadas

Las escenas LI que aparecen en el relato armonizan con otras similares desplegadas durante la sesión, y lo mismo ocurre con las escenas O1, O2 y con las escenas A2, FU y FG. Respecto de FU, que tiene gran importancia en los relatos, se presenta en los actos del habla como autointerrupciones, lo cual armoniza con la vivencia de frenarse en el avance por falta de orientación, a la que el paciente teme. Se advierte que estas autointerrupciones aparecen sobre todo cuando el paciente se atreve a desarrollar relatos más extensos, que podrían ser equivalentes de las escenas de salir a la calle y perderse. Quizá la mezcla entre laconismo (A2 y represión + defensas caracterológicas exitosas) y banalización (LI y desestimación exitosa del afecto) contenga también un valor evitativo (FU y represión + defensas caracterológicas exitosas) durante la sesión. En los actos del habla, las mayores desorientaciones se dan respecto de las escenas relacionadas FG, por ejemplo en el fragmento 7. La escena en que el paciente alude a acompañar a una pierna que no da resulta ilustrativa. El hecho de acompañar corresponde a FU, el hecho de que alguien no dé corresponde a un personaje en quien prevalece una versión disfórica de FG (no dar), combinada con el laconismo. Pero además “la pierna que no da” es expresión de O1 y la desestimación fracasada, es decir, corresponde a una defensa psicótica. De modo que en ese personaje al cual el paciente acompaña se combinan O1, A2 y FG, con una prevalencia del primero de ellos. En consecuencia, el paciente tenía una dependencia de una corriente psíquica psicótica, lacónica y no generosa, que potenciaba su encierro.

En el estado actual del paciente advertimos un predominio de LI y la desestimación exitosa del afecto, combinada con O1 y la desestimación a veces exitosa y a veces fracasada, O2 y la defensa acorde a fines fracasada y con A2 y FU y las defensas caracterológicas exitosas. A ello se opone otro fragmento psíquico, centrado en O2, A2, FU y FG con defensas exitosas acordes a fines. Durante la entrevista, este último sector fue teniendo una importancia creciente.

Respecto de la organización psíquica del paciente llama la atención el conflicto entre dos sectores, uno centrado en defensas funcionales fracasadas y otro que tiene como núcleo una defensa propia de las neurosis traumáticas y tóxicas (desestimación del afecto), a veces exitosa y a veces fracasada, combinada con una defensa psicótica (desestimación). Podemos suponer que la cardiopatía que requirió una primera intervención quirúrgica (by pass) fue consecuencia de una estructura patógena precedente, quizás con una defensa psicótica exitosa/fracasada combinada con la desestimación exitosa del afecto, mecanismos estos que fracasaron (sobre todo la desestimación del afecto) y dieron lugar a la crisis orgánica. Pero de ello hallamos escasas huellas en los relatos del paciente y en las escenas desplegadas en sesión.

En el conjunto tiene importancia la compañía (o la ausencia de ella) para que el paciente pueda pasar desde el primer tipo de organización psíquica al segundo, como ocurre durante la sesión. La compañía corresponde a FU y le permite a Eduardo salir de su laconismo y luchar exitosamente contra su desorientación. Resulta llamativa la coincidencia entre este hecho y la actividad laboral de Eduardo (taxista) antes de enfermar: el cliente proponía una orientación (la meta de su viaje) y acompañaba a Eduardo hacia allí y entonces Eduardo lograba orientarse. En cuanto al laconismo del

paciente durante algunos fragmentos de sesión, y que atribuimos a A2 y la represión + defensas caracterológicas exitosas, parece corresponder a una identificación con un personaje decepcionante “que no da”.

### Análisis del discurso del terapeuta

En el fragmento 1 el terapeuta recaba información (A2). En el fragmento 2 pregunta al paciente por su estado afectivo (O2). En el fragmento 3 sigue recabando información y se centra en la falta de memoria del paciente (A2). En el fragmento 4 el terapeuta primero pregunta por el estado afectivo del paciente en relación con la pérdida de memoria y luego le interpreta el afecto que aquel siente a partir de la expresión facial que tiene (O2). En el fragmento 5 el terapeuta alude al enlace causal entre tristeza y encierro y pregunta si esta relación (entre depresión y encierro) es anterior a la operación (A2). En el fragmento 6 el terapeuta invita al paciente a hablar espontáneamente de lo que se le ocurra y luego pregunta si en el presente esta combinación entre depresión y encierro también se da en la casa (A2). En el fragmento 7 el terapeuta recaba información sobre la relación actual del paciente con la esposa y alude a que el hijo del paciente se refirió a que a veces este lo visita. Luego pregunta por la relación del paciente con su hija (A2). En el fragmento 8 el terapeuta recaba información sobre la cotidianeidad del paciente en el presente (A2). En el fragmento 9 el terapeuta anticipa al paciente que quizá le proponga tener un asistente y recaba información respecto a si antes de enfermar al paciente le gustaba salir. En el fragmento 10 el entrevistador le propone iniciar un tratamiento para trabajar el problema de la memoria que perdió (A2). En el fragmento 11 le pregunta cómo se sintió durante la entrevista (O2) y luego le insiste con la indicación de psicoterapia. En el fragmento 12 el entrevistador hace referencia a los problemas del paciente y le insiste nuevamente con su indicación del tratamiento, inclusive para la esposa de este (A2).

Entre las intervenciones del terapeuta, algunas son introductorias, sobre todo el recabar información (fragmentos 1, 3, 7 y 8). En cuanto a las intervenciones centrales, algunas son O2 y aluden al estado afectivo del paciente (fragmentos 2, 4 y 11). Otras son A2 y establecen nexos causales o pretenden ampliar la extensión de dichos nexos al recabar nueva información (fragmentos 5 y 6). Otras, que también son A2 contienen indicaciones para el tratamiento por seguir y su justificación (fragmentos 9, 10 y 12).

Puede advertirse que luego de la primera tentativa de sintonía con el paciente (fragmento 2) el terapeuta debe volver a recabar información más precisa sobre su problema antes de intentar otra vez una conexión empática. En el fragmento 4 se da una escalada desde la pregunta por un afecto (tristeza) a su interpretación. A partir de este momento el terapeuta se siente en condiciones de establecer nexos causales y de extender esta conexión (entre tristeza y encierro del paciente) a diferentes terrenos. Sin embargo, a comienzos del fragmento 6 se advierte que el terapeuta tropieza con la parálisis del paciente al invitarlo sin éxito a hablar espontáneamente, y en el fragmento 7 recaba información adicional al aludir a lo que le dijo el hijo del paciente. Entonces logra que el paciente se vuelva más activo. En el fragmento 8 vuelve a recabar información, antes de proponer al paciente qué tratamientos seguir. Por fin en el fragmento 11 el terapeuta vuelve a preguntar por el estado afectivo durante la entrevista que está por terminar, sin necesidad de interpretar luego el sentir del paciente, a diferencia de lo ocurrido en el fragmento 4.

Durante los fragmentos 4, 5 y 6 el terapeuta corrió el riesgo de ocupar en sesión el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente, que deja a este expuesto a repetir la situación de encierro que prevalecía fuera de la sesión. Conciente de este

riesgo, el terapeuta invita al paciente a hablar de lo que se lo ocurra (fragmento 6) y luego aporta información adicional que le dio el hijo del paciente (fragmento 7). A partir de este último tipo de intervención el riesgo queda conjurado, y la entrevista pasa a asemejarse más bien a las escenas en que el paciente visita a sus hijos o sale acompañado.

### Perturbaciones lingüísticas

El paciente tiene básicamente tres tipos de perturbaciones que pueden ligarse con la intervención quirúrgica y sus secuelas: 1) laconismo y banalización, propios de los momentos de repliegue, 2) dificultades de dicción y pérdida parcial de orientación en sus frases, 3) falta de memoria. El repliegue parece derivar de LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto, con el complemento de A2 y la represión + defensas caracterológicas exitosas. La falta de orientación en las frases parece menos una consecuencia de una tendencia a la evitación y más un efecto de la falta de recuerdo del plan general de dicha frase y, en este sentido, corresponde también a una falla en la memoria. Esta pérdida de orientación en las frases, consecuencia de la falla en la memoria preconciente (operativa), es expresión de A2 y la defensa fracasada acorde a fines combinada con LI y la desestimación fracasada del afecto, que es dominante. Así que las fallas en la memoria son de dos tipos: 1) olvido de recuerdos de episodios, sobre todo los previos a la intervención quirúrgica (memoria episódica) y 2) olvido del plan de la frase. Las fallas en la memoria episódica que abarcan sobre todo a la relación (previa al trauma) con la esposa, el trabajo y el psiquiatra, son también expresión de LI y la desestimación del afecto y de A2 y la defensa acorde a fines, pero a ella se unen también O1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna. Este enfoque de la pérdida de la memoria episódica combina la alteración orgánica consecuencia del trauma (LI y desestimación fracasada del afecto) y una pérdida de la realidad propia de la psicosis, sin megalomanía y sin restitución (O1 y desestimación exitoso/fracasada de la realidad y la instancia paterna). Esta última defensa (desestimación psicótica) también se presenta como restitución (desestimación fracasada) cuando el paciente alude a que una pierna no lo acompaña. Así que también podría decir: “la memoria no me acompaña”, como expresión de este mismo estado fracasado de la defensa psicótica. Así que en las fallas de la memoria episódica predominan LI y la desestimación del afecto y O1 y la desestimación con dos estados: exitoso/fracasado y fracasado.

En cuanto a las dificultades de dicción de Eduardo, son de dos tipos: 1) fallas en la pronunciación y 2) el balbuceo. Ambas dificultades de dicción parecen corresponder a LI y la desestimación fracasada del afecto, es decir a un retorno atenuado de la situación traumática, a la manera de la parte por el todo.

Cabe agregar algunos comentarios respecto del balbuceo. Este aparece en los fragmentos 2, 7 y 9. En el fragmento 2 se presenta cuando el paciente es preguntado respecto de su estado afectivo. En el fragmento 7 aparece al describir la vida de su hijo en el campo, y en el fragmento 9 antes de describir su quedar paralizado ante la puerta sin poder salir. En los tres casos el balbuceo aparece ligado con el salir, con el quedar paralizado antes de hacerlo. Parecería que ante esta escena se desencadena en el paciente una irrupción de la vivencia traumática que retorna, con la angustia automática acompañante. Así, pues, en las escenas referidas al salir se da, en los actos del habla, una irrupción de LI y la desestimación fracasada del afecto.

Algo parcialmente similar le sucede, en el terreno de los actos del habla, cuando comienza a desarrollar frases más “ambiciosas” y amplias. Entonces pierde la orientación y no puede recuperarla. Así sucede en los fragmento 8 y 9. Pese a ello, sobre

todo en el fragmento 9, logra continuar con su relato. Este fragmento es especialmente significativo, ya que las frases que no logra completar se combinan con el balbuceo. Quizá correspondan al momento culminante de su modificación de las defensas durante la sesión, gracias a las intervenciones del terapeuta.

También se advierte el valor de sus otras dificultades de dicción, consistentes en errores de pronunciación, sobre todo en el fragmento 8. En él, aludiendo a la falta de confianza en sí mismo, comete un error de pronunciación, luego de lo cual se desorienta. Así que quizá el error de dicción sea el comienzo de la pérdida de orientación en la frase.

En suma, entre los trastornos ligados con A2 y la defensa fracasada acorde a fines, combinados con LI y la desestimación fracasada del afecto (que es dominante), los problemas de pronunciación pueden hacer de prolegómeno de las fallas en la memoria operativa y de la memoria episódica.

El laconismo (en los actos del habla) puede equipararse con el no salir del paciente (en el relato). Ambos expresan una solución (A2 + represión y defensa caracterológica exitosa) que se combina con el encierro (LI y desestimación del afecto exitoso/fracasada) o con la banalización (LI y desestimación del afecto exitosa). A ello se agrega el éxito de una técnica evitativa (FU y represión + defensas caracterológicas).

También notamos que, luego de perder la orientación en la frase, el paciente usa expresiones similares: 1) “a mí sí, pero...” (fragmento 8) y 2) “mi persona, para mí lo hago” (fragmento 9). Es posible que estas frases se entiendan a partir de un sector previo del fragmento 8, en que el paciente alude a que salió con su psiquiatra y luego agrega: “Por mí, sí, por mí saldría, pero no me dejan”. De hecho, esta tentativa de salida es la que protagoniza en sesión en el fragmento 9, en que logra expresar lo que desea pese a las pérdidas de orientación y el balbuceo.

Los problemas afásicos del paciente expresan a A2 y la defensa fracasada acorde a fines y a LI y la desestimación del afecto, exitosa o fracasada. Entre ambos lenguajes, predomina LI, ya que a su vez las fallas en la memoria son una consecuencia del trauma.

El fracaso de la desestimación del afecto cuando el paciente comienza a salir del encierro en el laconismo y la evitación pone en evidencia los problemas clínicos que se presentan cuando, como consecuencia de las intervenciones clínicas, cambia el sistema defensivo patógeno del paciente. Parecería que es prácticamente inevitable que entonces la situación traumática precedente se reedite (algo atenuada) en la sesión, y que en el paciente aparezca una crisis de angustia o sus equivalentes atenuados (balbuceo, desorientación, fallas en la pronunciación) con el consiguiente riesgo de un nuevo congelamiento de la situación y de una posterior regresión. El paciente muestra, además, que puede superar estos momentos críticos, pero de todos modos en cada caso es necesario tener en cuenta con qué recursos a favor cuentan paciente y terapeuta para encarar estos cambios en las defensas, lo cual le permitirá a este último decidir con mayor claridad acerca del momento oportuno para realizar ciertas intervenciones.

## Discusión

Existen pocas investigaciones psicoanalíticas de tratamientos de pacientes afásicos. Sobre todo destacan los aportes de K. Kaplan-Solms, y M. Solms (2000), quienes describen una variedad de casos clínicos. Las investigaciones de estos autores se centran sobre todo en establecer nexos entre las perturbaciones afásicas y diferentes sectores del “aparato del habla” que Freud (1891) describió. Por lo tanto, pretenden ligar la clínica

con la metapsicología. Por ejemplo, describen el caso de un paciente afásico que conservaba la capacidad de recurrir al preconciente, pero estaba imposibilitado de usar la motricidad fonatoria. En tal caso, según los autores, fracasa específicamente uno de los sectores del aparato del habla, ligado con el pasaje a la motricidad fonatoria. Además, los análisis de las evoluciones clínicas de los pacientes están expuestos de manera sensible y matizada, aunque no recurren a métodos sistemáticos de investigación. Por nuestra parte, 1) hemos realizado un análisis sistemático de la clínica, y 2) pusimos no tanto en evidencia la conexión entre la perturbación afásica y la metapsicología freudiana sino los caminos que emplean las pacientes para enfrentar el problema de sus limitaciones lingüísticas, y las condiciones para lograrlo.

Hemos estudiado ya varios casos de afasia, cada uno con su especificidad clínica. En todos estos advertimos que el problema somático que derivó en la afasia tiene las características de un trauma, y que los trastornos afásicos constituyen una forma de reedición mitigada de dicho trauma, es decir, un retorno del estado de coma, etc. En este punto, el caso de Eduardo coincide con los restantes.

En primer lugar, cabe distinguir entre dos grupos de paciente afásicos: los que se hallan replegados y los más comunicativos. El paciente que estudiamos aquí pertenece al primer grupo. En él suelen prevalecer LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto y, cuando empiezan a comunicarse (por las intervenciones del terapeuta), esta defensa se vuelve exitosa y se combina con el laconismo (A2 y represión + defensas caracterológicas exitosas) y la evitación (FU y represión + defensas caracterológicas exitosas). Sin embargo, como consecuencia de las intervenciones del terapeuta este sistema defensivo exitoso suele quedar conmovido, como ocurre en este caso. Podemos advertir que la conmoción del sistema defensivo está ligada a la posibilidad de salir del repliegue para comunicar algo que implica un cierto compromiso afectivo. En tal situación, se dan dos procesos simultáneos: 1) el fracaso de la desestimación del afecto, que origina un retorno (mitigado) de la situación traumática (balbuceo, pérdida de las memorias operativa y/o episódica, perturbaciones en la dicción), 2) la aparición de defensas más benignas (en este caso, defensas exitosas acordes a fines). Entre las dos consecuencias, la primera (fracaso de la desestimación del afecto) exige del terapeuta que esté preparado para la irrupción de una angustia automática en el paciente. Más allá del bagaje de recursos de que disponga el terapeuta para encarar este problema, es importante tomar en cuenta que también el paciente realiza esfuerzos por recuperarse.

La escena en que Eduardo alude a acompañar a una pierna que no da, o esa otra en que se refiere al psiquiatra que solo en una oportunidad lo llevó a tomar un café fuera de la casa y luego dejó de prestarle atención ponen en evidencia la misma situación: una vivencia de estar dependiente de alguien que abandona, que desinvieste al paciente, de donde puede derivar la irrupción de la angustia automática. Entonces el paciente queda desorientado y carente de recursos, a menos que el terapeuta se halle atento y realice intervenciones pertinentes, como lo advertimos en el fragmento 7. Hemos advertido ya que ese personaje “que no da”, que abandona, corresponde a una corriente psíquica psicótica del paciente mismo.

La inversa de esta situación traumática es que alguien lo invite, o le dé, en lo cual se combinan O2 (sentirse querido) y FG (recibir un don), con la prevalencia de FG y defensas exitosas acorde a fines. Se trata de una escena del paciente mismo, que sin embargo debe desplegarse en el interlocutor en su versión activa (el otro lo invierte, o le da), mientras que el paciente se beneficia de ello pasivamente, aunque inmediatamente

pasa a responder saliendo del repliegue y superando el momento crítico de la irrupción de los trastornos afásicos.

Con estos comentarios nos introducimos en el problema de la tentativa de autocuración del paciente, es decir, el camino que emprende para recuperarse de la reedición del trauma (trastorno afásico). En este punto destacamos la importancia de los recursos FG, que hemos advertido también en los otros casos que estudiamos. Los componentes FG suelen implicar un proceso identificatorio, tal como se evidencia a menudo en las dramatizaciones. Sin embargo, como también lo advertimos en las dramatizaciones, la identificación constituye al mismo tiempo un modo de relatar los hechos objetivos, y en ellos se diferencia de la identificación más “pasional” que advertimos en O2, que no va acompañada de un relato de hechos a través de recursos histriónicos.

Dicho en términos más conceptuales, los recursos FG corresponden al yo realidad definitivo, aunque con un revestimiento propio del yo placer purificado. Estos recursos FG suelen ser el camino preferido en pacientes afásicos para superar las limitaciones que sufren. Tales limitaciones (propias de A2) corresponden también al yo realidad definitivo, y su superación a través de los recursos FG implica una regresión parcial y funcional en que dicho yo apela al yo placer purificado a su servicio. Para ello resulta fundamental que la desestimación del afecto sea removida, al menos parcialmente, de modo que permita el despliegue de recursos expresivos que demandan un intercambio con el ambiente.

En este punto hallamos diferencias entre lo que advertimos (Maldavsky et al., 2007) en otros pacientes afásicos y lo que se observa en Eduardo. Mientras que los otros pacientes recurren activamente a FG, Eduardo necesita que sea el interlocutor quien aporta este mismo lenguaje. Es decir, su posición es más pasiva y dependiente, hecho que quizá sea un indicador de la mayor gravedad de su afección neurológica.

### Las afasias y las neurosis traumáticas

Se habrá advertido que hemos propuesto ubicar a los trastornos afásicos en el marco psicopatológico de las neurosis traumáticas, a las que uno de nosotros dedicó su interés sobre todo en Pesadillas en vigilia (Maldavsky, 1995). En ellas es dominante la desestimación del afecto con dos estados: exitoso/fracasado o exitoso. Esta defensa puede coexistir con otras, correspondientes a corrientes psíquicas neuróticas, psicóticas, etc. Pero en determinados momentos puede fracasar la desestimación del afecto y entonces, en medio de una fuerte crisis de angustia, retornan (a menudo alteradas) las vivencias de la situación traumática. Esta irrupción incoercible de la situación insoportable a veces es interferida por un repliegue permanente en un estado desvitalizado, inerte, complementado por mecanismos evitativos y técnicas de control extremas. Precisamente, puede advertirse que la irrupción de las vivencias traumáticas en el presente se da en aquellas situaciones en que, ante la hostilidad del otro, el paciente fracasa en su tentativa de fuga.

Ahora bien, en los pacientes afásicos la situación traumática corresponde al momento del coma. Se trata de un trauma que altera profunda y radicalmente la economía pulsional del paciente, del mismo modo que en las neurosis traumáticas estudiadas con más frecuencia. Como en las neurosis traumáticas convencionalmente analizadas, en los pacientes afásicos advertimos momentos en las que prevalece la desvitalización (desestimación exitoso/fracasada del afecto). En cambio, no advertimos solo un flash back, un retorno angustiante de las vivencias sufridas, expresión del fracaso de la

defensa. En cambio, notamos la aparición de las perturbaciones lingüísticas. En las sesiones estas suelen incrementarse cuando fracasa en el paciente la desestimación del afecto, como consecuencia del trabajo realizado por el terapeuta y suelen ser acompañadas por la invasión de una angustia automática que es necesario encarar durante las sesiones.

Lo específico de tales casos no es tanto la neurosis traumática en sí misma sino el modo en que retorna la situación orgánica y psíquicamente improcesable ( por una alteración lingüística) y el modo en que el paciente procura recuperar al menos algo de su equilibrio psíquico previo (recurriendo a FG).

## **Bibliografía**

Freud, S. (1891) La afasia, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1973.

Kaplan-Solms, K. & Solms, M. (2000), Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis, Karnac Books, London.

Maldavsky, D., (1995a) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.

Maldavsky D., Cantis J., de Durán R., García Grigera H., Tres casos de afasia: investigación de las erogeneidades, las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (ADL), UCES, 2007.