

APA, Jornada de Investigación (2004)

## Investigando la vida psíquica del analista con el algoritmo David Liberman

### David Maldavsky

Planteo del problema. Paciente y analista son los dos factores centrales que inciden en el proceso terapéutico y sus resultados. Varias investigaciones recientes destacan el peso que posee uno de los factores, el terapeuta. A su vez, en este terreno, el del analista, se distinguen dos grandes dimensiones: las intervenciones que este realiza y su estilo. Entre estas dos, la primera toma incluye su estrategia, su técnica, su formación, etc. En cuanto al estilo, ha sido menos estudiado, en buena medida por la falta de una taxonomía rica que parta de la perspectiva de la subjetividad y el consiguiente método. Sí se sostuvo, en cambio, que el estudio del estilo del analista es inseparable del del paciente.

Instrumentos. Siguiendo las propuestas de D. Liberman, he intentado categorizar los estilos de paciente y terapeuta desde la perspectiva de la subjetividad, es decir, de cómo uno y otro dan cabida a su propia vida pulsional y la de su interlocutor. He intentado refinar y sistematizar el enfoque de Liberman, para lo cual desarrollé un método, el algoritmo David Liberman (ADL), que permite estudiar las fijaciones pulsionales y las defensas en tres niveles de análisis: palabra, frase, relato. Construí cinco instrumentos, que además sometí a pruebas de confiabilidad y validez. En este momento están en curso alrededor de 30 investigaciones sistemáticas usando el ADL, en Argentina, Brasil, España, Francia y Gran Bretaña, en su mayoría en contextos académicos.

En suma, las erogeneidades que tomo en cuenta son: LI (libido intrasomática), O1 (erotismo oral primario), O2 (erotismo sádico oral secundario), A1 (erotismo sádico anal primario), A2 (erotismo sádico anal secundario); FU (erotismo fálico uretral) y FG (erotismo fálico genital). En cuanto a las defensas, distingo entre las centrales y las complementarias. Las centrales son 1) creatividad y/o sublimación, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y los juicios, 5) desestimación del afecto. Las complementarias son identificación, proyección, asilamiento, anulación, etc. Respecto de las defensas, el ADL analiza además si el mecanismo estudiado es exitoso, ha fracasado o ambas cosas.

Con este método he estudiado los estilos de paciente y terapeuta. Los análisis usando el ADL ponen en evidencia que en paciente y terapeuta se dan múltiples combinaciones entre erogeneidades y defensas, con la prevalencia relativa y cambiante de alguna. El estilo del paciente puede ser descripto como el conjunto concreto de erogeneidades y defensas detectadas en su discurso. El estilo del terapeuta requiere de una consideración más detenida de sus intervenciones. Propongo diferenciar en cada unidad de intervención entre tres tipos: las introductorias (preguntas, mhm, etc), las centrales (referencias a un afecto, establecimiento de un nexo, etc) y las complementarias (ejemplo, aclaración, etc.). Cada una de estas unidades tripartitas forma parte de una estrategia del analista, la cual puede o no tener continuidad en la unidad siguiente.

Esta formalización de los estilos de paciente y terapeuta como unidades complejas se combina con la propuesta de Liberman respecto de las complementariedades estilísticas óptimas. Liberman propuso esta sistematización, a la cual le hice algunos agregados:

Paciente	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
----------	----	----	----	----	----	----	----

Analista	O2	FG	A2	A2	A1	O1	O1
----------	----	----	----	----	----	----	----

Con este enfoque general y estos interrogantes hemos estudiado diferentes materiales clínicos. Nuestros objetivos eran saber 1) si es posible investigar sistemáticamente los árboles de decisiones del analista desde la perspectiva de su subjetividad, 2) si la propuesta sobre la complementariedad estilística es válida, 3) si es posible profundizar en la investigación de la contratransferencia.

Muestra, análisis y resultados. Hace poco presentamos varias investigaciones clínicas orientadas por tales objetivos. Estudiamos cuatro diferentes vínculos terapéuticos. En cada uno de ellos prevalecía un tipo específico de contratransferencia: 1) erótica, 2) hostil, 3) vivencia de ser invadido, 4) somnolencia. El estudio sistemático del discurso de paciente y terapeuta puso en evidencia que, en cuanto a los árboles de decisiones clínicas, contenían estrategias que obedecían a diferentes criterios, y que algunos de ellos eran indicadores de factores contratransferenciales perturbadores. También inferimos que en el desarrollo de una perturbación de contratransferencia tiene fuerte peso un proceso identificatorio del terapeuta con su paciente. La identificación del terapeuta con el paciente resulta fundamental para alcanzar la empatía. Inclusive es un factor decisivo para realizar intervenciones en que la subjetividad del analista se vuelve un requisito para aportar recursos psíquicos faltantes en pacientes con fallas en la figurabilidad. Sin embargo, la identificación con el paciente puede promover que el analista desarrolle resistencias derivadas de factores contratransferenciales perturbadores. También distinguimos entre el desarrollo de una contratransferencia perturbadora y la lucha del terapeuta contra ella, que introduce otro tipo de interferencia. Con todo, cuando esta lucha del terapeuta tiene como meta preservar un proyecto clínico, el paciente capta este esfuerzo y lo valora positivamente; es decir, capta los procesos subjetivos del terapeuta y confía en ellos. Además, advertimos que la contratransferencia perturbadora es consecuencia de una serie complementaria, en que se combinan las incitaciones del paciente y las disposiciones subjetivas del terapeuta, y que en ocasiones uno de estos dos factores tiene mayor peso que el otro.

En cuanto a los árboles de decisiones clínicas del terapeuta, fue posible apreciar que a veces las rectificaciones de estrategias clínicamente no pertinentes del terapeuta abarcaban a su intervención central (en los casos de contratransferencia erótica y de contratransferencia somnolienta), y en otras ocasiones solo a la intervención introductoria (en el caso de contratransferencia hostil). Por fin, en el otro caso (vivencia de ser invadido), las modificaciones en el enfoque clínico estuvieron motivadas por el cambio que sobrevenía al mismo tiempo en el estilo de la paciente.

Resulta más complejo decidir si es correcta la propuesta sobre las complementariedades estilísticas. En efecto, si cada estilo concreto de un paciente contiene un manajo de erogeneidades y defensas, y cada estilo del terapeuta un conjunto de intervenciones introductorias, centrales y complementarias, es necesario complejizar el enfoque para dar cabida a esta variedad de elementos. De los estudios realizados dedujimos que es conveniente tomar en cuenta el componente principal de la intervención clínica como el factor central para decidir sobre la complementariedad estilística, pero también que las intervenciones introductorias y complementarias tienen su peso, sobre todo cuando predomina en el paciente una transferencia negativa.